

**Arist von Schlippe  
Jochen Schweitzer**

**LEHRBUCH  
DER SYSTEMISCHEN  
THERAPIE UND BERATUNG**

**Vandenhoeck & Ruprecht  
in Göttingen  
2003**

**Арист фон Шлиппе  
Йохан Швайтцер**

**УЧЕБНИК  
ПО СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ  
И КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ**

**Институт консультирования и системных решений  
Москва  
2007**



*Перевод с немецкого: проф. А. Фильц, Н. Бреславская  
Научный редактор: к.п.н. Михаил Бурняшев*

**Шлиппе А. ф., Швайтцер Й.**

Учебник по системной терапии и консультированию. — М.:  
Институт консультирования и системных решений, 2007. —  
363 с.

*Все права защищены.  
Любая перепечатка издания является нарушением  
авторских прав и преследуется по закону.  
Опубликовано по соглашению с Vandenhoeck & Ruprecht.*

Эта книга представляет собой уникальный учебник по системной терапии и консультированию. В нем впервые систематизировано развитие системного подхода в течение последних десятилетий: наглядно представлены теоретические модели, разнообразие надежных и испытанных системно-теоретических практик, спектр применения системных концепций и даже критика системного подхода.

Здесь изложены не только основы метода, но и примеры работы с индивидуальными клиентами, группами, коллективами и организациями. А также особенности применения системного подхода в таких областях, как медицина, психотерапия, социальная работа, менеджмент, предпринимательство, политика и т. п.

Книга адресована широкой читательской аудитории: студенты получают общее представление о системном подходе, а практикующие специалисты найдут в ней немало ценных сведений об использовании системных концепций в терапевтической и консультативной практике. В то же время книгу можно рассматривать и как справочник: отдельные ее разделы и части читаются независимо друг от друга.

ISBN 5-91160-002-1

© Vandenhoeck & Ruprecht, Arist von Schlippe/Jochen Schweitzer: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen, 2003, 9. Aufl.  
© Институт консультирования и системных решений, 2007

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие Хельма Штирлина .....	11
Предисловие авторов .....	14
<b>I. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР .....</b>	<b>17</b>
1. От семейной терапии — к системной терапии и консультированию .....	17
1.1. наброски к истории системной терапии .....	18
1.2. Краткий обзор моделей .....	24
1.3. Миланская модель и ее значение .....	26
<i>Наброски к истории Миланской модели</i> .....	28
<i>Исходные границы Миланской модели</i> .....	31
<i>Основные направления и принципы;</i> <i>циркулярные вопросы</i> .....	34
<i>Инвариантные интервенции</i> .....	35
<i>Путь Босколо и Чеккина</i> .....	37
1.4. Вместо проблем — решение: краткосрочная терапия, ориентированная на решение .....	38
1.5. Сотрудничество вместо интервенции: рефлексирующая команда .....	42
1.6. Интеракция как общение: нарративный тип мышления .....	44
1.7. Изначальный порядок и смирение: концепция Берта Хеллингера .....	47
<i>Изначальный порядок</i> .....	49
<i>Равновесие между «брать» и «давать»</i> .....	51
<i>Прерванное движение любви к родителям</i> .....	51
<i>В поисках силы</i> .....	52
<i>Понимание истины</i> .....	52
<b>II. ТЕОРИЯ .....</b>	<b>55</b>
2. О поисках, находках и пользе теоретических положений ...	55
2.1. Не является ли словечко «системный» проективным тестом? .....	55
2.2. Краткая история системно-теоретического движения .....	56

2.3.	Что есть система? .....	61
2.4.	Кибернетика первого порядка: часть и целое, границы, правила .....	64
	<i>Соотношение части и целого: подсистема и внешний мир</i> .....	64
	<i>Границы</i> .....	66
	<i>Правила</i> .....	68
2.5.	От гомеостаза к флуктуации, хаосу и синергетике ...	69
	<i>Концепция гомеостаза</i> .....	69
	<i>«По ту сторону от гомеостаза»: флуктуация</i> .....	71
	<i>Синергетика: от хаоса к структуре</i> .....	72
2.6.	Как жизнь творит себя сама: теория аутопоэтических систем .....	76
2.7.	Не более чем коммуникация: теория социальных систем .....	80
2.8.	Возвращение к личности: теория систем, центрированная на личности .....	83
2.9.	Мир, созданный общими усилиями: социальный конструкционизм .....	88
2.10.	Конец больших проектов: философия постмодернизма .....	91
3.	Основные вопросы системной терапии .....	97
3.1.	Реальность: что такое действительность? .....	97
3.2.	Каузальность: что является причиной чего? .....	101
3.3.	Язык и рекурсивность: как создаются социальные действительности? .....	105
	<i>«Империя языка»</i> .....	105
	<i>Язык как средство упорядочивания, язык как тривиализатор</i> .....	107
	<i>Рекурсивность языка</i> .....	109
	<i>Язык и системы</i> .....	112
4.	Системное понимание проблем .....	114
4.1.	Системы, определяемые проблемами .....	114
4.2.	Что такое проблема? .....	115
4.3.	Как создаются проблемы? .....	118
4.4.	Могут ли проблемы оказаться полезными? .....	120
4.5.	Как хронифицировать проблему: инструкция .....	123
4.6.	Формы клинических систем .....	128



<b>III. ПРАКТИКА: МЕЖДУ НАУКОЙ, РЕМЕСЛОМ И ИСКУССТВОМ</b>	<b>130</b>
5. Основные позиции, положения, определение цели	130
5.1. Расширение пространства для реализации	130
5.2. Конструирование гипотез	131
5.3. Циркулярность	132
5.4. От «разнопартийности» к нейтральности	133
5.5. От нейтральности к заинтересованности	135
5.6. Ирреферентность: неуважение к идеям, уважение к человеку	137
5.7. Терапия как провокация и стимулирование	138
5.8. Нацеленность на ресурсы — ориентация на решение	140
5.9. Ориентированность на клиента	141
6. Первые подходы: гипотезы	143
6.1. Формирование начальных гипотез	143
6.2. Источники информации: регистрационные листы, телефонные сообщения, истории болезни	144
6.3. Заочные формы системной информации: генограмма, системный рисунок, органиграмма	146
<i>Генограмма</i>	146
<i>Системные рисунки (схемы)</i>	149
<i>Время, пространство, энергия</i>	150
<i>Органиграммы</i>	151
6.4. Гипотезы о контексте, в рамках которого происходит направление клиента	153
7. Системные вопросы	154
7.1. Циркулярные вопросы: форма проведения системной беседы	155
7.2. Формы вопросов для уточнения отличий	160
<i>Вопросы на классификацию</i>	160
<i>«Процентные» вопросы</i>	161
<i>Вопросы на согласование</i>	161
<i>Вопросы на сравнение подсистем</i>	162
7.3. Конструирование действительного и возможного: содержание системной беседы	162
7.4. Вопросы о конструировании действительности	163
<i>Вопросы о показаниях для консультационной работы</i>	165
<i>Вопросы к контексту проблемы</i>	168

7.5.	Вопросы о формировании возможностей .....	173
	<i>Общие замечания</i> .....	173
	<i>Вопросы, ориентированные на решения</i> <i>(«коррекционные вопросы»)</i> .....	176
	<i>Вопросы «об ухудшении»</i> .....	178
7.6.	Вопросы, ориентированные и на решение, и на проблему .....	179
7.7.	Вопросы в начале и в конце терапии .....	181
	<i>Вопросы в начале терапии</i> .....	181
	<i>Заключительные вопросы</i> .....	181
7.8.	Стилистические аспекты .....	182
8.	Семейная скульптура и другие метафорические техники .....	183
8.1.	Работа с семейной скульптурой .....	183
8.2.	Семейный подиум и другие символические образы ...	188
8.3.	Видеоконсультирование .....	189
8.4.	Экстернализация проблемы .....	189
8.5.	Метафоры, притчи, остроты, карикатуры .....	193
9.	Комментирование как техника .....	195
9.1.	Признание, комплимент, позитивная коннотация ....	195
9.2.	Реинтерпретация — рефрейминг .....	197
9.3.	«Расщепление» терапевтической команды или терапевта .....	202
10.	Заключительные интервенции .....	203
10.1.	Базовые положения заключительных интервенций ...	203
10.2.	Типичные варианты содержания заключительных интервенций .....	206
10.3.	Поведенческие рекомендации .....	208
10.4.	Ритуалы .....	213
	<i>Специальные ритуальные действия</i> .....	215
10.5.	Тяжелые испытания .....	219
11.	Работа с рефлексирующей командой .....	221
11.1.	Формирование контекста изменений .....	221
11.2.	Обыгрывание рефлексирующей позиции .....	227
12.	Внешние рамки: контраст, цель, ход терапии .....	229
12.1.	Как часто, как долго? Интервалы между занятиями, общая длительность .....	229
12.2.	Один раз не считается? Терапия одной сессии .....	232
12.3.	Кого и когда приглашать. Состав участников .....	234



12.4. Для чего спрашивать «зачем?» Уточнение цели .....	235
12.5. Несколько «типичных» вариантов терапии .....	237
12.6. Как и когда остановиться? Завершение .....	239
<b>IV. ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ .....</b>	<b>241</b>
13. Сеттинг .....	241
13.1. Семейная терапия без семьи: индивидуальная системная терапия .....	241
13.2. Взгляд в обратном направлении: реконструкция семьи в группе .....	245
13.3. Лучше «на живом»: системная супервизия .....	248
<i>Предпосылки внешней супервизии .....</i>	<i>249</i>
<i>Два типичных примера живой супервизии в рамках</i> <i>учебной программы по системной терапии .....</i>	<i>252</i>
<i>Супервизия случая без супервизора .....</i>	<i>253</i>
13.4. Опиум для народа? Супервизия команды и консультирование организации .....	254
<i>Результаты супервизии: структурирование</i> <i>сверху вниз .....</i>	<i>256</i>
<i>Определение цели вместо направленности на проблему ...</i>	<i>258</i>
<i>Планирование времени: гибкое завершение .....</i>	<i>259</i>
<i>Начальная фаза супервизии: оценка реального</i> <i>состояния команды (коллектива) .....</i>	<i>260</i>
<i>Как помешать работе .....</i>	<i>261</i>
13.5. Шеф в поисках совета: коучинг руководящего персонала .....	262
<i>Коучинг с помощью внешнего консультанта .....</i>	<i>264</i>
<i>Коучинг с участием собственных консультантов</i> <i>фирмы .....</i>	<i>266</i>
<i>Коучинг с участием руководства .....</i>	<i>266</i>
<i>Коучинг-беседа .....</i>	<i>267</i>
13.6. Сделай сам: «карусель заказов» как средство самосупервизии .....	267
<i>Явные и скрытые заказы .....</i>	<i>268</i>
<i>Техника проведения .....</i>	<i>268</i>
13.7. Сотрудничество с большими системами: конференция семейных помощников .....	270
<i>Без внешнего консультанта: конференция семьи</i> <i>с помощниками .....</i>	<i>273</i>
14. Прикладные аспекты .....	275
14.1. Семейная медицина .....	276

14.2. Психиатрия .....	279
14.3. Служба социальных работников .....	281
14.4. Школа .....	285
14.5. Менеджмент .....	289
14.6. Политика .....	293

## **V. КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ .....**

15. Больше недругов — больше чести? Дискуссии вокруг системной терапии .....	296
15.1. Полоролевая «чувствительность»: насколько враждебна системная терапия к женщинам? .....	296
15.2. Системная семейная терапия как консервативная социальная технология? .....	301
15.3. Все выдумка, все путем? .....	303
<i>Произвольность определений</i> .....	303
<i>Произвольность реальности</i> .....	304
<i>Человек, которого можно изменить любым способом</i> ...	305
15.4. Десолидаризация и недостающая этика .....	306
15.5. «Бистро-терапия»: должна ли хорошая терапия быть краткосрочной? .....	309
16. Что использует системная терапия? О состоянии экспертной оценки эффективности .....	312
16.1. Общий обзор .....	315
16.2. Результаты секундарного анализа .....	318
16.3. Экспертные исследования эффективности «по ту и по эту сторону» навязанной необходимости контрольных групп .....	323
16.4. Об эффективности других системных форм сеттинга .....	327
16.5. О будущем экспертных исследований .....	328
16.6. Что еще можно исследовать: неэвалюативные системные исследования .....	330

## **ИТОГ: НЕ ВЕРЬТЕ УЧЕБНИКАМ (ВО ВСЯКОМ СЛУЧАЕ, НАШЕМУ) .....**

Литература .....	334
------------------	-----



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга является уникальным изданием. Хотя количество текстов, посвященных семейной системной терапии и терапии пар, постоянно увеличивается, среди них, насколько мне известно, все еще нет ни одной — ни немецкоязычной, ни иностранной работы, которую можно было бы сравнить с этой.

Чтобы стало понятнее, на какое многообещающее, но не легкое предприятие замахнулись авторы, мне хочется провести аналогию развития системной терапии с ранними этапами более чем столетней истории психоанализа. В свое время психоанализ представлялся в качестве новой науки о душевной жизни, хотя на самом деле опирался на понятия и модели тогдашней парадигмы естественных наук — прежде всего физики и химии. Вспомним такие выражения, как «сопротивление», «вытеснение», «катексис» («заряд»), «реактивное образование» или «сублимация». Теоретические переплетения, созданные с помощью этих понятий, открыли доступ к новым сферам познания и практики, а впоследствии — к их конструированию. Вместе с тем открылся новый путь к пониманию душевных процессов и психотерапии, к новым перспективам, и даже больше — в контексте общественных изменений наметился всеобщий переворот коллективного сознания. Как отметил поэт У. Х. Оден, произошли изменения духовного климата во всем западном мире. Психоаналитики ранней эпохи, стоявшие у истоков этого развития, были творческими маргиналами: им никто не предлагал университетских должностей (впрочем, они к ним и не стремились). Не раз они преступали границы, установленные официальными научными дисциплинами.

Многое из сказанного относится к системной теории и консультативной помощи, особенно к их развитию на протяжении последних десятилетий. Они также процветают вне рамок признанных академических структур; они чаще всего являются творениями креативных маргиналов; они также создают себя из разных сфер науки, практического опыта и непосредственной деятельности; они, наконец, также открывают новые перспективы, проявляя себя как в качестве двигателей, так и носителей перемен духовного климата.



Однако нельзя не видеть и некоторых отличий: своим появлением системный подход совсем не обязан какой-то одной выдающейся личности, основавшей и развивавшей направление. Этот подход возник в разных местах и многих умах почти одновременно. Его определяют разнообразные процессы взаимного обогащения, проникновения и разграничения — процессы, которые будущим историкам психотерапии еще предстоит с огромными сложностями распутывать и описывать. Кроме того, системная теория и практика подпитываются моделями и способами мышления, навеянными духом времени постмодернистской (*Zeitgeist*) науки и философии. Это модели таких популярных после Второй мировой войны системных наук, как кибернетика, теории информации, коммуникации и игр, общая теория систем, теория хаоса и т. п., а также такие способы мышления, как радикальный конструктивизм. Системная терапия пытается завоевать мир в то время, когда население нашей планеты все больше сплетается с последствиями электронной революции и мы стоим перед угрозой нарастающего информационного потопа.

Сказанного, возможно, достаточно для того, чтобы очертить круг задач, которые поставили перед собой в этой книге *Арист фон Шлиппе* и *Йохан Швайтцер*: выбрать из потока существующих теорий и разнообразных литературных источников именно ту информацию, которая наиболее соответствовала бы дню сегодняшнему, отделить зерна от плевел, то есть высветить самое существенное и представить его доступным языком. Авторам пришлось, с одной стороны, показать общую панораму во всех ее аспектах, обеспечить достойное изложение материала; с другой же стороны — не скрывать разногласия и конфликты между различными теоретическими направлениями. И мне остается лишь выразить свое восхищение и принести самые искренние поздравления авторам: настолько элегантно им удалось осуществить свой замысел (даже притом, что лично я расставил бы в отдельных местах несколько другие акценты). Результат их работы — потрясающий результат, — несомненно, получился не только благодаря их всесторонней образованности, умению видеть суть вещей и способностям доступно излагать сложнейшие материи, но и потому, что оба автора являются «полнокровными» клиницистами, пристальный и критический взгляд которых направлен прежде всего на то, что имеет непосредственное отношение к практике.

И все же, несмотря на все добрые пожелания, сопровождавшие эту книгу при ее рождении, меня гложет один вопрос: не переживаем ли мы конец фазы анархического творчества, соучастником которого случилось быть нашему гейдельбергскому коллективу? Не означает ли это наступление «скучных времен» упорядочения, категоризации, уточнений, учебных программ по системной терапии и консультированию того, что само по себе неизбежно, но вызывает грусть, меланхолию и даже тревогу?

Собственно, книга не лишена своих особенностей. Хотя бы потому, что авторы проявили себя отнюдь не рутинными графоманами. Их увлеченность свободным стилем письма (по крайней мере, так показалось мне при чтении) или, если хотите, их тяга к писательской игре при серьезном и тщательном составлении этой книги — тяга, которая вновь и вновь озвучивается в тексте будто бы струнными инструментами — все это, по моему мнению, пошло этой книге лишь на пользу.

*Хельм Штирлин*



## ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРОВ

Системная терапия и консультирование миновали свой подростковый возраст и стали «взрослыми»: годы быстрого роста, бурного творчески-хаотического развития, высмеивания «устаревших» парадигм и сепарации от них же, групповых споров между школами-соперницами — все это уже позади.

Сегодня с увеличением числа публикаций появилась потребность в интегрирующем взгляде. Системно-терапевтические знания рассыпаны по несметному количеству журнальных статей, книг и специальных изданий. Пришло время создать *учебник*, который подытожит прогресс познания, продолжавшийся много десятилетий в различных направлениях, наглядно представит разнообразие надежных и испытанных системно-теоретических практик, раскроет спектр применения системных концепций и, наконец, займется критикой системного подхода.

Наше намерение — представить эту книгу в виде именно такого учебника. Мы сознательно планировали написать ее как можно шире; поэтому она пригодится и тем, кто хотел бы получить общее представление об этой области познания, и тем, кто захочет основательно ее проработать. В то же время книгу можно рассматривать и как справочник: отдельные ее разделы и части читаются независимо друг от друга. Можно ограничиться и лишь теоретической частью; но можно и опустить ее и воспользоваться конкретными указаниями из разделов, посвященных терапевтической практике.

При написании этой книги мы подразумевали, что системная терапия и консультирование пробивали себе дорогу, вобрав понятия семьи и терапии, а впоследствии начали проникать и в другие области консультирования. Системный подход применялся постепенно, сообразно нуждам вспомогательных специальностей (социального менеджмента, предпринимательства, управления, политики и т. п.). Именно поэтому пособие должно было включать в себя не только основы метода, но и примеры работы с индивидуальными клиентами, группами, командами (коллективами) и организациями.

Название нашей книги подчеркивает тот факт, что мы не видели принципиальных методических различий между понятиями «системная терапия» и «системное консультирование». Если такие различия и существуют, то они проявляются скорее в разных способах применения метода. Каждое из направлений — архитектура, психотерапия, социальная работа, управление или политика — имеет собственную логику, под которую практикующие «системники» должны подстраивать свою практическую деятельность. Отсюда становится понятным, что при составлении книги мы старались включить специфические моменты каждого из названных направлений.

Кроме того, мы решили представить современное «состояние искусства», абстрагируясь от ныне существующих школ. При этом мы не избегали упоминания о разногласиях (даже если между нами они и возникали), пытаясь обобщить дискуссионный опыт и различные модели с 1980-х годов и до нынешнего времени. Нам пришлось несколько ограничить некоторые классические тенденции, как, например, «концепция делегирования» И. Бузормени-Надя и Х. Штирлина или подходы В. Сатир и С. Минухина, несмотря на их всеобщее признание и нашу личную приверженность. Тем, кто особенно заинтересуется этими концепциями, мы советуем обратиться к детальным обзорам А. фон Шлиппе (von Schlippe, 1984), Ю. Крица (Kriz, 1985), Х. Штирлина (Stierlin, 1994).

Мы, авторы этой книги, — старинные друзья, но вместе с тем работаем обучающими терапевтами в конкурирующих институтах, на разных факультетах разных университетов. Профессионально мы «росли» в разных школах системной терапии. Но мы прошли один и тот же путь — от структурной модели, ориентированной на личностный рост, до системно-конструктивистского подхода, навсегда сохранив симпатию к живым, активно действующим и игровым терапевтическим подходам. Именно в таком сочетании мы видим шанс этой книги: не сводить системную терапию и консультирование к отдельным направлениям и школам, а наоборот, собрать достижения различных институтов и моделей в единую современную и достойно представленную обобщающую концепцию.

Мы долго раздумывали над тем, как нам лучше представить в нашей книге формы обозначения лиц разных полов. Двойное упоминание с одновременным учетом и мужчин, и женщин (например, «психотерапевт (-ка)». — *Прим. пер.*), очевид-

но, будет помехой при чтении, однако мы попробовали поэкспериментировать, чтобы читатель сам увидел, насколько это важно. Понятно также, что там, где мы использовали только одну форму (например, «психотерапевт». — *Прим. пер.*), мы всегда имели в виду оба пола.

У каждой книги много «родителей». Мы хотим поблагодарить всех тех, у кого мы учились, и особенно наших коллег из Гейдельбергского института системных исследований и Вайнгаймского института семейной терапии за многочисленные дискуссии и подсказки, воплотившиеся в этой книге. Отдельно мы хотели бы выразить признательность Юргену Крицу за его дружескую поддержку, а также Райнхарду Фоссу и Каю Хамбургу за важный вклад в раздел консультирования, обучения и менеджмента организаций. Особую благодарность мы хотим выразить Маттиасу Оксу за побуждение нас к работе, отличавшееся широкой осведомленностью и справедливой критикой.

*Арист фон Шлиппе, Йохан Швайтцер*

## I. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

### 1. От семейной терапии – к системной терапии и консультированию

Системная терапия возникла не вдруг и не сразу. Ее корни лежат у истоков психотерапии. В 1950-е годы первые пионеры стали покидать насиженные места индивидуальной и групповой терапии и начали работать с семьями. Концепции, появившиеся вокруг новорожденной *семейной терапии*, притягивали все новых последователей. И по мере того, как этот вид терапии завоевывал все большее признание, семья все чаще рассматривалась как нечто целостное, нуждающееся в «лечении». В конце концов, семья — это одна из форм социальной организации человека. Значение системного подхода как специфического способа видения мира выдвинуло на передний план следующее требование: «От семейной терапии — к системной перспективе» (Reiter et al., 1988). Сегодня семейная терапия и системная терапия претендуют на нечто большее, чем быть просто еще одной формой терапии. Техники системной терапии являются результатом проблем, связанных с конструированием людьми окружающей действительности в рамках социальных систем. Не менее важным является и то, какие предубеждения человека положены в основу его мышления и переживаний, а также каковы возможности эти предубеждения выявлять и преодолевать. Чем чаще указанные аспекты выходили на первый план, тем менее значимым становился вопрос о том, с какой именно системой или частью системы велась работа и всегда ли на терапии должна присутствовать вся семья. Соответственно все меньше говорится о «семейной терапии», а больше — о «системной терапии» или о «системном консультировании», если оно выходит за тесные рамки поля психотерапии. Это развитие будет представлено ниже.



### 1.1. Наброски к истории системной терапии

Список предшественников семейной терапии достаточно обширен. Первые попытки семейно-ориентированной работы датируются концом XIX столетия и связаны с проблемами социальной поддержки населения. Еще в 1890 году сотрудница американской социальной службы Зилпа Смит критиковала своих коллег: «Большинство из вас пытается взять под опеку отдельных людей — бедных или больных — без учета их семейных взаимосвязей. Мы же лечим семью как нечто целостное, стараясь прежде всего сохранить ее» (Broderick & Schrader, 1981). Следует также назвать несколько имен тех, кто проби-вал дорогу системно-теоретического подхода, исходя из об-щих представлений психологии и психотерапии: например, Курт Левин — из теории поля («Жизненное пространство лич-ности как поле»), Якоб Морено — при обосновании метода психодрамы, в рамках которого человек и сеть его социальных связей рассматривались как нерушимое целое. К истокам при-надлежит и имя Альфреда Адлера (Alfred Adler), взгляды кото-рого в значительной степени являются теоретическим обосно-ванием социальной обусловленности поведения человека.

Здесь, однако, важно подчеркнуть определенное различие между семейно-ориентированным ракурсом видения проблем и развитием системных форм интервенции в строгом смысле этого слова. Научные интересы в течение длительного време-ни были направлены на поиск причин или, скорее, *единой* причины психических расстройств. По этому образцу начи-ная с 1940-х годов проводились все ранние исследования се-мей. Бум наступил после открытия «шизофреногенной» или — в более широком смысле — «патогенной» матери. Дискус-сии об особой маскулинизирующей тенденции привели к тому, что вскоре стали говорить и о «нарушении сексуальной жиз-ни матерей», производящих впечатление «эротически незре-лых», которыми с очевидностью «распоряжаются» эротически более зрелые мужчины с неповрежденной сексуальностью. По-зиция мужчин долгое время не принималась во внимание; поиски причин велись лишь с точки зрения одного из парт-неров. Результаты исследования семей в тот период представ-лялись в форме линейной цепи причинных взаимосвязей, а именно — в виде различных вариантов использования ребен-ка матерью для удовлетворения собственных потребностей

(*maternal Missbrauch*). Однако этот период не следует недооценивать: он показывает, насколько актуальной была и остается проблема освобождения от заданных стереотипов мышления. Этот период доказывает также, насколько установки нашего мышления, категории, конструируемые и используемые нами еще до акта восприятия (познания. — *Прим. пер.*), влияют на нас таким образом, что лишь по прошествии нескольких десятилетий мы удивленно качаем головой: как мы могли даже думать о чем-то подобном?

В то же время делались первые попытки отказаться от рамок сеттинга, введенных психоанализом. Речь шла о вовлечении семьи в терапию, что, правда, не соответствовало современному пониманию семейной терапии, а скорее означало перенос групповых техник на работу с больными шизофренией и их родителями. Поначалу подобные попытки казались случайными и обретали форму «общей» групповой терапии с участием матерей и их дочерей или же только родителей больных (Schindler, Hosemann et al., 1993). Такие попытки, однако, повлекли за собой пересмотр перспектив терапии и переживались тогдашними теоретиками и практиками столь драматично, что весь тот период описывался как истинное «изменение парадигмы». Вехой здесь стала книга Г. Б. Ричардсона (Richardson) «У пациентов есть семьи», вышедшая в 1945 году и ставшая тогда настоящей сенсацией.

В отличие от психоанализа З. Фрейда, системная (семейная) терапия все же не смогла бы назвать единственного гениального основоположника, стоявшего у истоков ее теории. Скорее можно говорить о череде выдающихся личностей; причем, по-видимому, однозначно указать на того, кто из них первым начал работать с семьями, оказалось бы задачей весьма затруднительной.

История, которую охотно рассказывала Вирджиния Сатир (ее нередко называют «матерью семейной терапии»), удачно отражает опыт многих ее коллег периода возникновения семейной терапии. В 1951 году ей передали на терапию 26-летнюю пациентку, больную шизофренией, которая до этого безуспешно лечилась у многих психотерапевтов. Спустя 6 месяцев появились первые признаки прогресса в терапии. Внезапно к Сатир обратилась мать пациентки, угрожая обвинениями, что, дескать, ее дочь охладела к родителям и стала еще более отчужденной. Сатир: «В тот день в голосе матери мне почему-то слышались два посыла: с одной стороны, словесная угроза, с другой — невысказанная просьба. Для себя я решила избрать путь второго посыла и, проигнорировав угро-



зу, пригласила эту женщину прийти ко мне. В то время подобный поступок мог показаться достаточно непривычным. Женщина охотно приняла приглашение» (цит. по: Jurgens & Salm, 1984, с. 404). При первой общей встрече Сатир обратила внимание, что поведение пациентки в присутствии матери ничем не отличалось от ее поведения до начала терапии. Сатир попыталась выработать с обеими новое состояние равновесия. Такое расширение сеттинга привело к тому, что на следующем шаге терапии возник вопрос об отце. Комментарий Сатир вполне отражает всеобщее настроение профессионалов того времени: «Отец действительно никогда не рассматривался как часть эмоциональной жизни семьи: в то время терапевты, как правило, совсем не думали об этом». Когда же к терапии присоединился отец, Сатир испытала новый шок: «Теперь и мать, и дочь оказались в том же самом месте, с которого начиналась терапия». Оказалось, что вначале Сатир обращала внимание на *интрапсихические аспекты* дочери; далее в центре ее внимания оказалась *коммуникация* матери и дочери — особенно те аспекты, которые позже позволили сформулировать теорию коммуникации. И, наконец, Сатир открыла *структурные аспекты системы*, или триады: альянсы, коалиции, втягивание третьего в скрытый конфликт и т. д. Со временем Сатир задействовала и «идеального» брата пациентки, что позволило выработать для этой семьи именно то состояние равновесия, которое и дало возможность успешно завершить терапию.

Уже в 1950-е и 1960-е годы существовало три института, исследования которых в области шизофрении благоприятствовали дальнейшему прогрессу. В Йельском университете работала группа Теодора Лидза (Theodore Lidz), в Вашингтоне в Национальном институте психического здоровья исследования проводили Лайман Уинн (Lyman Wynne) и его сотрудники (например, Wynne & Singer, 1965), в Пало-Альто был создан Институт психических исследований (MRI) (см. также Bodin, 1981). Последний основан в 1959 году Доном Джексон (Don Jackson), Жюлем Рискиным (Jules Riskin) и Вирджинией Сатир (Virginia Satir); в дальнейшем здесь работали Джей Хейли (Jay Haley), Пол Вацлавик (Paul Watzlawick), Джон Уикленд (John Weakland), Ричард Фиш (Richard Fisch) и Грегори Бейтсон (Gregory Bateson) (ранние работы MRI были собраны Бейтсоном и опубликованы в 1969 году). Исследования этих авторов привлекали особенное внимание в связи с изучением шизофрении в социальном контексте, в частности, благодаря теории двойной связи (*Double-Bind Theory* — см. таблицу).

Период 1950-х и 1960-х годов был захватывающим. С одной стороны, первопроходцы, пытавшиеся рассматривать пробле-

### ЧТО ТАКОЕ ДВОЙНАЯ СВЯЗЬ («DOUBLE-BIND»)?

Базовой предпосылкой является наличие тесной взаимосвязи, которая для всех задействованных лиц (как вместе, так и по отдельности) имеет важное значение (например, для ребенка — взаимосвязи в семье; или же в других, не менее важных ситуациях — в психотерапии, при материальной зависимости, болезни и т. п.). Указанные контексты несут в себе определенную напряженность, характеризуются «ожиданием наказания»: например, контекст учебного процесса основывается скорее на избегании наказания, чем на стремлении к награде и поощрению. В такой ситуации напряженности человек переживает себя *vis-a-vis* с парадоксальными высказываниями или парадоксальными требованиями — парадоксальными вследствие того, что он получает одновременно два принципиально противоположных сигнала. К примеру, сказанное сквозь зубы: «Конечно, я люблю тебя, и ты это знаешь!». Какая бы сторона этой фразы ни рассматривалась, так или иначе, при ее восприятии будет иметь место элемент наказания. Парадоксальные требования к поведению касаются таких его форм, которые не могут быть осуществлены или могут проявляться лишь спонтанно: «Я хотела бы, чтобы ты обратил на меня внимание и показал, что любишь меня!» Или: «Что мне теперь делать с этим букетом цветов?! Ты принес его мне только потому, что вчера я жаловалась, что ты никогда не даришь мне цветы! Ты должен приносить их мне добровольно, по собственному желанию!»

Чтобы возникла двойная связь, необходимы еще три условия:

- запрет на обсуждение ситуации (метакоммуникация табуирована);
- запрет на выход из ситуации;
- перенос подобной коммуникативной формы на все события, происходящие в данное время, потому что такой перенос влечет за собой привычное ожидание «парадоксальности Вселенной».

Согласно авторам концепции, вышеупомянутые условия создают специфический контекст, в рамках которого вполне вероятным будет появление шизофренического способа коммуникации (Bateson et al., 1969, Watzlawick et al., 1969). Теория «двойной связи» сыграла значительную роль в развитии семейной терапии. Правда, сегодня она остается достаточно противоречивой и эмпирически не подтвержденной (а возможно, ее и нельзя доказать. — Olson, 1972). Более детальное критическое рассмотрение этой теории можно найти в работах Кронина и соавторов (Cronen et al., 1982).

мы в новом ракурсе, находились под значительным давлением своих более ортодоксальных коллег, для которых суровые правила абстинентности классического психоанализа оставались нерушимыми. С другой стороны, семейная терапия открывала новые интересные возможности и перспективы видения про-



блем человека. Сатир описывает то время так: «Ранний период был самым захватывающим для тех из нас, кто начинал работу с семьями, — мы тогда замахнулись на совершенно новые для нас области. Было немного тревожно позволять себе выбиваться за рамки дозволенного, так как не только в области теории, но иногда и в буквальном смысле мы ставили на карту свой профессиональный авторитет» (Jurgens & Salm, 1984, с. 405).

Здесь, к сожалению, мы не можем представить всех первооткрывателей и основателей семейно-терапевтических школ. Пришлось бы говорить о значительном количестве лиц, институций и географических регионов. Но все же следует вспомнить о Натане Аккермане (Nathan Ackermann) из Нью-Йорка (его именем назван один из наиболее известных образовательных институтов в области системных знаний), о Карле Витакере (Carl Whitaker), Джоне Боулби (John Bowlby), Мюррее Боуэне (Murrey Bowen), Рональде Лэйнге (Ronald Laing) и Дэвиде Купере (David Cooper), Робине Скиннере (Robin Skynner) (см. Stierlin, 1994). Своей концепцией «завещания и заслуг», пронизывающих несколько поколений семьи, Иван Бузормени-Надь (Ivan Boszormenyi-Nagy) заложил фундамент для последующего развития «ранней» Гейдельбергской модели. В Филадельфии усилиями Сальвадора Минухина (Salvador Minuchin) была основана Детская консультативная клиника, в которой разрабатывалась концепция структурной семейной терапии — концепция, приобретшая огромную популярность в 1970-х и в начале 1980-х годов.

Пристальное внимание в середине 1970-х годов привлекла Миланская группа, которую возглавила Мара Сельвини Паллаццоли (Mara Selvini Palazzoli). Значение Миланской модели для развития всех последующих концепций трудно переоценить. Подробнее эта модель будет представлена в специальном разделе.

В Германии ранние концепции были тесно связаны с психоанализом, как, например, семейно-терапевтическая модель Хорста Эберхарда Рихтера (Horst Eberhard Richter) (Giessen, 1963, 1972). В 1971 году Рихтер основал Рабочую группу для семейных исследований и семейной терапии; именно она стояла у истоков Немецкого объединения семейной терапии (Reiter, 1988). И по сей день это Объединение остается активной семейно-терапевтической ассоциацией. К психоаналитически ориентированным первопроходцам можно отнести Экхарда

Шперлинга (Eckhard Sperling) с его Геттингенской рабочей группой (Sperling, 1983, Massing et al., 1982) и Теа Бауридль (Thea Bauredl) с концепцией «анализа отношений» (1980). В целом, и Гейдельбергская модель, представленная рабочей группой Хельма Штирлина (Helm Stierlin), также исходит из психоаналитической традиции. Дальнейшее развитие дало возможность постепенно интегрировать разработки Миланской модели с более поздними подходами, прежде всего нарративными и ориентированными на принятие решений. Сегодня все это мы воспринимаем как теорию и метод сугубо системных концепций, сильные стороны которых проявляются в работе с «упрямыми» заболеваниями и «ригидными», «негибкими» системами, а также в тесном единении теории и техники (Simon, 1988a; Weber & Stierlin, 1989; Rueker-Embsden-Jonasch & Ebbecke-Nochlen, 1992; Stierlin, 1994; Retzer, 1994; Schweitzer & Schumacher, 1995).

Широкое распространение в немецкоязычном мире приобрела и концепция, предложенная Институтом семейной терапии, основанным в Вайнгайме в 1975 году Марией Бош (Maria Bosch). Эта модель основывается на принципах гуманистической психологии В. Сатир и представляет собой современную попытку объединения различных системных перспектив, в частности, Миланской модели с теорией самоорганизации и принципами «рефлексирующей команды» (von Schlippe & Kriz, 1987; Moller & von Schlippe, 1991; Troesscher-Huefner, 1991; книга Lenz et al., 1995, посвященная системной терапии пар).

Следует вспомнить также концепцию Гамбургской рабочей группы Курта Людевига (Kurt Ludewig), который в 1992 году представил проект «обобщающей системной терапии», теоретической базой для которого стали работы Умберто Матураны (Maturana). В Швейцарии наибольшим успехом пользовались работы Института брака и семьи [напр.: Josef Duss-von Werdt et al., 1995 — работа с проблемой развода; Rosemarie Welter-Enderlin, 1992 — терапия пар; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 1996; Juerg Willi — терапия пар (1976, 1991a) и психосоматическое консультирование, которое проводится «на грани» психоаналитических концепций (1991b)]. Образовательной деятельностью в Швейцарии занимается Готтлиб Гюнтерн (Gottlieb Guntern): основываясь на подходах С. Минухина, он формулирует комплексную систему «экологической антропологии» (1992). В 1981 году этот автор публикует провокационную статью «Измене-



ние парадигмы» и вызывает интенсивную дискуссию среди терапевтов семейного и других направлений. Концепцию «рефлексирующей команды» продолжает развивать Людвиг Райтер (Reiter et al., 1988). В то же время он пытается углубить и эмпирические исследования в области семейной терапии (Reiter et al., 1993). Очевидно, что этот список остается субъективным и ни в коем случае не претендует на полноту изложения, что, наверное, было бы невозможно. Можно лишь добавить, что для тех, кто интересуется состоянием семейной терапии в немецкоязычном мире за последние 20 лет, полезным был бы обзор Хоземана и соавторов (Hosemann et al., 1993), содержащий также интервью с большинством из упомянутых выше авторов\*.

## **1.2. Краткий обзор моделей**

Единой системной терапии не существует. Это понятие следует рассматривать как широкое метаопределение — что-то наподобие общих рамок, охватывающих значительное число различных гетерогенных моделей (Lieb, 1995). При взвешенном подходе можно было бы представить разнообразие существующих моделей и концепций в виде обобщающей схемы (см. с. 27). Мы полностью осознаем, что вряд ли нам удастся представить эти модели равноценно и охватить их посредством грубой систематизации рубрик, таких как «Классические модели», «Кибернетика второго порядка» или «Нарративные подходы». Это замечание, в частности, касается двух последних рубрик, где взаимные пересечения концепций наиболее выражены. Тем не менее мы надеемся, что такая систематизация позволит избежать нежелательной путаницы.

Каждая из упомянутых моделей внесла свой особый вклад в развитие современной системной терапии и консультирования: любая системная работа так или иначе соотносится с вышеназванными концепциями. Такое положение объясняется

---

\* Информации о реальном и актуальном состоянии системной и семейной терапии, не говоря уже о специфическом системном консультировании, у авторов перевода, к сожалению, нет. Можно лишь косвенно судить, что в течение последних 5-7 лет в России, равно как и в Украине, работает немало полноценно образованных специалистов в этой области, не объединенных до сих пор в «известное» и формально декларирующее свои «конфессиональные» интересы сообщество системных семейных психотерапевтов. — *Прим. пер.*

но столько отсутствием «чистых» концепций, которые можно было бы просто «пересадить» на новую почву, сколько тем, что терапевтическая компетентность достигалась каждым из терапевтов в результате личного общения с разными, а порой со многими учителями (см. Orlinsky, 1994). В свою очередь, эти учителя, влияя на развитие системно-терапевтической практики, сами стали «моделями» — благодаря идеализации или же вследствие обесценивания (негодования и сепарации).

Особой заслугой *структурной семейной терапии* С. Минухина стала тематизация значения границ и структур. То, как родительская и детская субсистемы «входят» в отношения, а также четкость или, наоборот, размытость границ внутри семьи — это вопросы, ответы на которые и сегодня помогают в любой работе с семьями. Смелый конфронтационный стиль Минухина, воплотившийся в постановке точных, «бесстрашных» вопросов, вдохновлял многих на риск (то есть выразительный и четкий стиль терапевтического диалога). Минухин и его коллеги относятся к тем, кто систематически подвергали свою работу эмпирической проверке (см.: Aponte & VanDeusen, 1981) и старались концептуально рассматривать проблемы социально неблагополучных семей (Minuchin et al., 1967).

*Модель нескольких поколений* (трансгенерационная), сформулированная И. Бузормени-Надем и позже нашедшая свое воплощение в концепции «делегирования и связанной с ним индивидуализации» (Stierlin, 1975), внесла в системную терапию новую струю: рассмотрению и распознаванию подлежат не только сегодняшние, актуальные события, но и «силовое давление», влияние «завета» предыдущих поколений на смысл текущих форм поведения, переживаний и симптомов. Поэтому вопросы направлены на то, выполняются ли такого рода «заветы» и выполнимы ли они вообще.

Последующие достижения, вошедшие в концепцию семейной терапии, собраны в рубрике «Семейная терапия, ориентированная на переживания» (см. таблицу «Обзор системно-терапевтических моделей»). Большая заслуга здесь принадлежит В. Сатир; именно в то время, когда проблемам индивидуальности и терапевтических отношений стали уделять меньше внимания, она обратила свой взор на самооценку, являющуюся необходимой предпосылкой для удачного общения, а затем и на проблему доверительности терапевтических отношений, которые определяют одну из наиболее важных составляющих



процесса, обуславливающего терапевтические изменения (см. Green & Herget, 1991). И сегодня вызывает восхищение способность В. Сатир устанавливать искренние и теплые отношения.

К современным стандартам причисляют и метод «семейной скульптуры», заимствованный из направления, ориентированного на переживания и рекомендованный для работы в системном ключе. Значение творческой игры подчеркивал К. Витакер, представитель того же направления. Его неортодоксальный метод работы и сейчас остается образцом творческого и успешного преодоления границ, которые пытается установить теория.

Важные указания о различных ситуациях, в которые может попасть терапевт, системная терапия позаимствовала из *стратегической* семейной терапии, связанной с именем Джея Хейли. Даже если позиция «*up*» (*англ.* — «сверху») терапевта, т. е. позиция власти и снисходительности по отношению к клиенту, является сегодня не столь важной, то все же до сих пор речь идет о том, как не поддаться искушению и не позволить системе сбить себя с толку и как сохранить максимальную прозрачность отношений. Все это создало предпосылки для поисков простого решения запутанных проблем путем постановки креативных, непривычных и даже «сумасбродных» задач. Такой подход и доныне остается важным инструментом.

Классические модели, для более детального ознакомления с которыми мы отсылаем читателей к публикациям А. фон Шлиппе (von Schlippe, 1984), Ю. Крица (Kriz, 1985), Х. Штирлина (Stierlin, 1994), представлены нами достаточно лаконично. Акцент в книге сделан на новые концепции.

### **1.3. Миланская модель и ее значение**

В развитии системной терапии и консультирования особое место занимает Миланская модель. Циркулярность, нейтральность и метод постановки циркулярных вопросов на сегодняшний день являются неотъемлемой частью системного инструментария. Большинство положений, представленных в этой книге, так или иначе связаны с Миланской моделью, поэтому целесообразно будет подробнее остановиться на основных направлениях развития этой модели, делая при этом акцент на отдельных ее аспектах. В частности, мы остановимся на про-

## ОБЗОР СИСТЕМНО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ

Автор	Происхождение	Определение системы	Основные методы
<b>I. КЛАССИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ</b>			
<b>Структурная семейная терапия</b> (О. Минухин, 1977)	Структурализм	Структура, границы иерархии	Испытание границ. Стабилизация систем
<b>Модель не-скольких поколений</b> (трансгенерационная) (И. Бузормени-Надд, и Г. Шпарк, 1981; Х. Штирлин, 1978)	Психоанализ	Невидимые связи, проходящие через поколения	Выяснение «счетов» и «завещаний»
<b>Семейная терапия, ориентированная на переживания</b> (Н. Сатир, 1990, К. Витакер, 1991)	Гуманистическая психология	Самооценка и общение (коммуникация)	Скульптура, рефрейминг
<b>Стратегическая семейная терапия</b> (Дж. Хэйли, 1977)	Кибернетика	Семья как кибернетическая саморегулирующаяся система	Парадоксы, специальные ритуалы, домашние задания
<b>Системно-кибернетическая семейная терапия</b> (М. Сельвини Палаццол и соавт., 1977)	Кибернетика	Семейная игра	Циркулярность, гипотезы, нейтральность, парадоксы
<b>II. «КИБЕРНЕТИКА ВТОРОГО ПОРЯДКА»</b>			
<b>Системно-конструктивная терапия</b> (Л. Босколо и соавт.)	Конструктивизм	Семейная терапия как «разговорная игра»	Циркулярный опрос, гипотетические вопросы
<b>Рефлексирующая команда</b> (Т. Андерсен, 1990)	Конструктивизм	Людам свойственно конструировать множественные реальности	Рефлексирующая команда, кооперация (сотрудничество)



Продолжен

Автор	Происхождение	Определение системы	Основные методы
<b>III. НАРРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ</b>			
<b>Терапия: конструктивные и полезные диалоги</b> (Г. Андерсон и Г. Гулишиан, 1990, 1992)	Социальный конструкционизм	Социальная конструкция социальных реальностей языковыми средствами	Множественные диалоги, создание кооперативного контекста, «рефлексирующая команда»
<b>Терапия как деконструкция</b> (М. Уайт, 1992)	Философия постмодернизма (Дж. Деррида, М. Фуко)	Системы состоят из историй, люди являются рассказчиками	Экстернализация, поиск исключений
<b>Краткосрочная терапия, ориентированная на решения</b> (С. де Шазер, 1989)	Философия языка	«От языка некуда деться»	Разговор нацелен на решение, «чуждые (волшебные) вопросы», домашние задания

блеме циркулярных вопросов — как центральной проблеме всего системного метода. Этому будет посвящен отдельный раздел книги — «Системные вопросы».

### *Наброски к истории Миланской модели*

Название «Миланская модель» тесно связано с именами четырех психотерапевтов — Мары Сельвини Палаццоли (Mara Selvini Palazzoli), Луиджи Босколо (Luigi Boscolo), Джанфранко Чеккина (Gianfranco Cecchin) и Джулианы Прата (Giuliana Prata). В 1975 году достоянию широкой публики ими была представлена великолепная книга «Парадокс и контрпарадокс»\*. В книге описана терапевтическая модель для семей больных шизофренией. Быстрота терапии и ее — по утверждению авторов — эффективность отодвигали на задний план все остальные подходы в этой области.

\* Палаццоли М. С. и др. Парадокс и контрпарадокс: новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. — М.: Когито-Центр, 2005.

Несомненным лидером группы была Мара Сельвини Палаццоли. Выросшая в богатой миланской семье, она получила воспитание, отмеченное чувством выраженной дистанции: в течение многих лет эмоциональным центром для нее оставались няня и гувернантки. Свою семью она описывает как «несчастную» и рассказывает, что во время терапии ей не раз доводилось вспоминать о своих семейных отношениях (Zundel & Zundel, 1987). В начале клинической карьеры ей приходилось много работать с девушками, страдающими расстройствами приема пищи. Эта работа мотивировала ее намерение получить психоаналитическое образование. После обучения у таких знаменитостей, как Бенедетти (Benedetti), Босс (Boss) и Кремериус (Cremerius), она стала специалистом в области анорексии/булимии. Длительные и тяжелые терапевтические процессы, лишь незначительная часть которых давала желаемый результат, вызывали у М. Сельвини Палаццоли столь явную неудовлетворенность, что для более успешной работы с подобными расстройствами ей пришлось искать новые пути. Именно в это время судьба свела ее с Г. Бейтсоном, мировоззрение которого сразу же ее пленило, радикально изменив взгляды на психические расстройства, и способствовало построению собственной концепции семейной терапии. Это развитие хорошо огажено в ее книге, посвященной расстройствам приема пищи (1975). Однако самый важный шаг — переход от аналитической к системной перспективе в ее книге представлен одним-единственным, последним разделом.

В мае 1967 года М. Сельвини Палаццоли основывает первый в Италии институт, ориентированный на семейную терапию. После длительной начальной фазы в 1971 году она объединяет свои усилия с тремя коллегами (Босколо, Чеккин, Праги) — так же, как и она, врачами и дипломированными аналитиками, настроенными на отказ от психоаналитического способа мышления. Вначале вновь созданная рабочая группа проводила терапию семей больных, страдающих расстройствами приема пищи, и лишь позже — пациентов с шизофренией.

В конце 1970-х годов, после десяти лет сотрудничества, женская и мужская части группы распались, каждая из них приступила к разработке собственных концепций. В это время М. Сельвини Палаццоли начинает критиковать Миланскую модель 1970-х годов, оставаясь, однако, на основной магистрали — совершенствования интервенций, в частности, в сторону улучшения системы взаимодействий с больными шизофренией. Свои



концепции она рассматривает как постоянные «переменные величины»: для нее важнее искать новые пути обновления. М. Сельвини Палаццоли подчеркивала, что именно *она* является инстанцией, способной вносить изменения:

«Я поняла, что быть изобретательной просто необходимо, и я изобретала свои рецепты. Теперь я лечу больных шизофренией за пять-шесть сессий. Нужно всего лишь хорошо использовать собственную голову» (из интервью для Henning'a, 1987, с. 14).

К последующим достижениям М. Сельвини Палаццоли причисляют метод инвариантных интервенций для «шизофренических» семей, а также стремление применить свои идеи к социальным системам — предприятиям, социальным службам и т. п. (Selvini Palazzoli et al., 1984). В конце 1980-х гг. она говорит о необходимости заново «открывать» индивидуальность (Selvini Palazzoli et al., 1987), интегрируя индивидуальный и системный подходы в рамках единой комплексной модели (Selvini Palazzoli et al., 1992). Стиль ее работы был и остается довольно жестким: ведь носителем его была женщина, полностью осознававшая собственную компетентность, дисциплинированная, техничная и четкая и вместе с тем обладавшая такими важными терапевтическими качествами, как эмпатия, теплота и чувствительность к контекстам. Следующий пример иллюстрирует одну из заключительных интервенций «поздней» Сельвини Палаццоли (цит. по: Zundel & Zundel, 1987, с. 140):

Отец-инвалид и его молодая симпатичная супруга имеют двоих детей — Анну и Федерику. Последняя является идентифицированной\* пациенткой. С детских лет ее считают больной шизофренией. Отношения матери с собственными родителями, а также со свекром и свекровью были весьма натянутыми, хотя мать больной изо всех сил старалась делать все «как положено». Муж никогда не поддерживал ее; наоборот, всячески попрекал из-за болезни дочери. В свою очередь, мать больной резко набрасывалась на мужа, когда тот начинал ссориться с Федерикой.

В конце второй сессии М. Сельвини Палаццоли делает следующую интервенцию: «Твоя мама ведет себя так, будто она безгрешная, — и все для того, чтобы понравиться твоим бабушкам и дедушкам. Она ненави-

---

\* Идентифицированный пациент (ИП) — понятие, используемое в системной семейной терапии для обозначения члена семьи — носителя симптома, болезни. Это позволяет снять с ИП «ярлык больного», т. к. считается, что ИП только лишь проявляет через себя симптом, а источником его является вся семейная система.

для своего отца, но чувства свои она может проявить лишь тогда, когда ты играешь в сумасшедшую, а он начинает тебя ругать. Только в этом случае она может выпустить пар. Однако для отца ты делаешь что-то очень важное. Твоя мама — красивая женщина, а твой отец — калека, к тому же старый и ревнивый. Твоя мама охотно «оторвалась» бы от семьи и пошла себе любовника. Но она вынуждена оставаться дома из-за сумасшедшего ребенка. Ведь ты настолько глупа, что позволяешь себе вмешиваться в проблемы родителей. Но ты глупа не потому, что тебе это сказали психиатры, а потому, что ты так сама решила — оставаться сумасшедшей и благодаря этому сохранять свою власть в семье. Очень скоро твоя сестра встретит своего возлюбленного и уже через некоторое время будет в белом платье стоять с ним перед алтарем. А ты? Будешь и дальше строить из себя дурочку и мямлить?»

### *Исходные границы Миланской модели*

Уже на ранних этапах Миланская группа пыталась воплотить в жизнь принципы «кибернетического конструктивизма». Соответственно мотивы, чувства, потребности и индивидуальность конфликты рассматривались как конструкты традиционной эпистемологии, которые мы застаем уже сформированными. Семью понимали как закономерно регулирующую систему: так и любая иная группа, семья в течение некоторого времени обретает правила, определяющие и ограничивающие пространство поведенческой игры каждого из ее участников.

В случае, когда семья имеет явные клинические проблемы, процессы в ней начинают регулироваться взаимодействиями (трансакциями), точка пересечения которых неизменно попадает в поле симптоматики, являющейся предметом жалоб: «Власть заключена в правила игры» (Selvini Palazzoli et al., 1977, с. 15). В этом-то и состоит парадокс, с которым семья приходит к терапевту: несмотря на страдания, положительные изменения не в интересах семьи, поскольку «игра» должна продолжаться в неизменном виде. «Измените нас, но только так, чтобы мы не менялись!» — на что семья получает ответ в виде «контрпарадокса»: «Мы можем изменить вас только при условии, что не будем вас менять!».

Передко такую терапию называют «длительной кратковременной терапией». Она может продолжаться месяцами или даже годами, хотя общее количество терапевтических встреч может оставаться небольшим. Между отдельными сессиями могут быть

довольно длительные временные промежутки. На ранних этапах развития подхода обычно устанавливалось до 10 встреч с максимальным их увеличением до 20-ти. Однако их количество могло быть и значительно меньшим.

Наиболее известным (и чаще всего копируемым) отличием Миланского подхода является сеттинг, точнее, его построение. Два терапевта (а позднее даже и один из них) работают с семьей, в то время как двое других наблюдают, сидя за односторонне-прозрачным зеркалом. Наблюдатели имеют право прервать сессию (например, по телефону или другим способом) в момент, когда они считают, что терапевты пропустили что-то важное или стали заложниками системной динамики. В «классическом» варианте сессия состоит из следующих пяти частей:

*Подготовительная часть:* дискуссия членов терапевтической команды по поводу имеющейся информации и обсуждение первичных гипотез: 5 — 20 мин.

*Интервью:* терапевт (или два терапевта) проводят интервью с семьей. Целью этой части работы является получение дополнительной информации. При этом терапевты воздерживаются от каких-либо интервенций. Команда проводит наблюдение в течение 50 — 90 мин.

*Промежуточная часть:* члены терапевтической команды в отдельном помещении обсуждают различные гипотезы и вырабатывают заключительную интервенцию: 15 — 40 мин.

*Заключительная интервенция:* выводы терапевтической команды сообщают семье — чаще в форме парадоксальной рекомендации или ритуала. Остальные участники терапевтической команды внимательно наблюдают за реакцией членов семьи: 5 — 15 мин.

*Заключительная часть:* обсуждение терапевтической командой хода всей сессии и особенно последних реакций семьи: 10 — 20 мин.

После заключительной интервенции встречу немедленно прекращают, дальнейшие дискуссии с семьей запрещены. Это объясняется намерением внести в семью новую информацию, а любые дополнительные разговоры могли бы «разбавить» ее. По той же причине принципиально отклоняются любые попытки членов семьи обсуждать предыдущие занятия. Такие попытки рассматриваются как маневр, направленный на торможение изменений, происходящих в семейной системе. Любые телефонные обращения по поводу кризисных ситуаций в семье, как правило, также остаются без ответа (не отреагируются).



Пинн Хоффман (Hoffman, 1982, с. 289) отмечала, что подобная позиция требует буквально «стальных нервов» — как, например, в ситуации с женщиной, которая постоянно звонила по телефону, требуя проведения очередной сессии. Ее супруг, дескать, пребывает в катастрофически подавленном состоянии и угрожает отрезать себе пенис. Терапевтическая команда интерпретирует звонок как попытку установить контроль над сессингом и дает следующий ответ: подобная реакция семьи предсказуема, и следующая встреча состоится в установленный срок (правда, неизвестно, был ли еще к тому времени у супруга его пенис).

Целесообразность подобной установки состоит в том, чтобы помочь терапевту сохранить терапевтическую позицию и не позволить выбить себя из колеи, потерять контроль и встать на сторону одного из членов семьи. Это особенно важно для семей, с которыми работала Миланская группа, то есть с членами семей больных шизофренией и так называемыми шизофреническими взаимодействиями. На этом базировалась способность терапевтов держаться независимо, а с другой стороны — и многочисленные критические замечания о холодности и дистантности подобной концепции.

Миланская модель внесла в понятие системы важные концептуальные изменения по сравнению с более ранними представлениями. Наиболее важную часть системы в терапии составляют не отдельные личности, а *информация* и *коммуникация*. То есть фокус терапии находится не столько в «крови и плоти» каждого отдельного индивидуума как целостной единицы, сколько в единстве всех значений и правил семьи. Семьи рассматриваются скорее как информационные системы, чем как системы физические, обладающие массой и энергией (Tomm, 1984, с. 8). Цель терапии не фокусируется на отдельных личностях; речь идет не о том, чтобы лечить пациента, и не о стремлении помочь членам семьи «разобраться» с расстройствами и способами их выявления. Речь идет о том, чтобы как можно быстрее вывести семейную игру из существующего состояния равновесия и изменить правила, по которым до сих пор происходили семейные интеракции (взаимодействия). М. Сельвини Палаццоли сообщает о своих затруднениях, связанных с ее терапевтическим ощущением «тирании, исходящей от языка как такового».

«Мы должны заставлять себя систематически избегать глагола «являюсь» и заменять его глаголом «кажется». Так, например, если отец...

выглядит во время сессии грустным, нам следует всячески воздерживаться от того, чтобы не сказать ему: «Вы *были* грустны»... Вместо этого нам следует молча сконцентрировать свое внимание и попытаться выявить все возможные *влияния* подобного поведения на других... Именно наши собственные ошибки... заставили нас научиться тому, что все взаимодействия в семьях, где есть больные шизофренией, — не более чем шахматные ходы, гарантирующие продолжение игры; это всегда лишь демонстрация и имитация» (Selvini Palazzoli et al., 1977, с. 33f).

Особое значение для терапевта имеет его способность оставаться вне игры: тот, «кто втянут в игру, заведомо проигрывает» (Selvini Palazzoli et al., 1977, с. 47). Поскольку заложником парадокса игры является вся семья, то для оказания помощи подобным семьям «миланцам» пришлось выработать в 1970-х годах вышеупомянутую технику контрпарадокса, а именно: сами по себе противоречивые (на разных уровнях понимания) «рецепты» или рекомендации делают невозможным для семьи продолжение игры по существующим правилам (см. также раздел «Заключительные интервенции»). Рецепты, зачастую конструируемые «на ходу» и отображающие семейную ситуацию в виде абсолютно неожиданной интерпретации, принесли Миланской команде широкую известность. Несколько позже М. Selvini Палаццолли, Л. Босколо и Д. Чеккин утверждали, что техника парадоксальных интервенций применялась ими все реже (Telfener, 1987); все более очевидным становился тот факт, что основная видоизменяющая сила состоит в технике циркулярных вопросов и соответствующих комментариев, способной поставить семью перед новым видением проблем.

#### *Основные направления и принципы; циркулярные вопросы*

Основные направления работы для ведущих системно-терапевтических сессий были представлены представителями Миланской школы в многочисленных, но разбросанных публикациях (Selvini Palazzoli et al., 1981). Сегодня эти направления признаются стандартным инструментарием для базовой позиции системной терапии. Их подробное описание приведено в разделе «Основные позиции, положения, постановки задач». В целом речь идет о принципах построения гипотез, циркулярности и нейтральности, тесно связанных и переплетенных между

Подобно сторонам треугольника, эти принципы составляют «опоры терапевтической техники всей модели» (Telfener, 1987, с. 162). В 1985 году М. Сельвини Палаццоли и Д. Прата выделяют базовые принципы интервенции, к которым относятся:

- положительное истолкование любых поведенческих проявлений;
- семейные ритуалы;
- увеличение интервалов между занятиями;
- парадоксальные рекомендации.

Так как указанные принципы отражают прежде всего методические аспекты, то более подробному их рассмотрению будет посвящен отдельный раздел — «Практика». В общих чертах цель состоит в том, чтобы как можно быстрее сориентировать, какая именно игра происходит в семье и как можно эту игру изменить. Однако центральным методом, внедренным Миланской командой в системную терапию, является метод циркулярных вопросов — наиболее последовательное методическое воплощение системной теории познания (см. также раздел «Системные вопросы»).

### *Инвариантные интервенции*

После выхода М. Сельвини Палаццоли из первоначальной терапевтической команды в поисках более эффективных путей изменения правил игры в семьях с «шизофреническими» взаимодействиями, она предложила новую форму интервенции, известную сегодня под названием «инвариантной интервенции». Каждой семье предлагается одно и то же задание, которое никоим образом не зависит от существующей конфликтной ситуации (Selvini Palazzoli & Prata, 1985, Henning, 1987).

Для этого с каждой семьей вначале проводятся два занятия: в конце второй сессии терапевт высказывает следующий заключительный комментарий: «Вот что я вам могу сказать: терапевтическая команда пришла к выводу, что семье необходима терапия. Следующая встреча состоится в такой-то день и в такое-то время. Вы (при этом к каждому из детей персонально



обращаются по имени и по старшинству) остаетесь дома. На встречу приходите только вы, родители, вдвоем» (Henning, 1987). В этот момент сессия немедленно прекращается. Во время следующей терапевтической беседы обсуждаются реакции членов семьи, особенно родителей, на предыдущую интервенцию, после чего дается следующее предписание, которое необходимо выполнять в четыре шага.

1. При любых обстоятельствах супружеская пара обязуется хранить в тайне содержание встречи, об этом она сообщает каждому, кто будет задавать вопросы.
2. Примерно через неделю в точно установленные дни и с тщательно установленной регулярностью супруги уходят из дома, не объясняя никому, куда они направляются. При этом отец и мать по очереди оставляют на столе записку: «Сегодня нас не будет дома». Где будут проводить время родители — это их собственные проблемы, но при этом требуется, чтобы они где-нибудь поели, если собираются вернуться домой после 23 часов.
3. На вопрос детей, где были родители, те отвечают, что занимались своими делами, и это касается только их.
4. Отец и мать порознь ведут дневники, где фиксируют вербальные и невербальные реакции детей на поведение родителей. Записи обсуждаются во время терапевтических сессий.

Если родители выполняют указанные рекомендации, то во время последующих встреч им предлагается уйти из дома на более продолжительное время — вначале хотя бы на выходные. Уходя, они, как и раньше, оставляют записку: «Мы вернемся такого-то числа после 23 часов». Следующей стадией становится рекомендация длительного отсутствия, во время которого родители должны обеспечить младших детей профессиональной няней и ни в коем случае не поручать это задание кому-то из родственников.

Этот метод был выработан в рамках проекта, начатого в 1979 году, и его опыт базируется на результатах работы с 19 семьями. Во всех семьях у детей наблюдалось тяжелое и изнуряющее заболевание — 6 случаев хронических психозов, 10 случаев хронической шизофрении, 3 случая острых галлюцинаторных психозов. В 10 из указанных 19 семей идентифицированные пациенты демонстрировали быстрое улучшение и, следовательно, постепенное «угасание» психотического поведения, особенно если родители строго придерживались реко-

«оплаченный». «Предложенный рецепт со всей очевидностью прерывает существующую игру в семье — независимо от того, достаточно ли хорошо терапевт понял, какой именно была эта игра» (Selvini Palazzoli & Prata, 1985, с. 279). К сожалению, итоговые результаты, заявленные на 1985 год, остались до сих пор не опубликованными.

### *Путь Босколо и Чеккина*

После распада первоначальной команды Луиджи Босколо и Франческо Чеккин приступили к собственной образовательной деятельности, в основу которой была положена модель семейной терапии. Их опыт показал, что ни одна модель не может являться универсальной конструкцией, тем более модель, базирующаяся на специфических ситуациях, и что Миланской концепции необходимо доказать свою способность к обобщению. Л. Босколо и Д. Чеккин предлагали понимать Миланскую концепцию шире, чем просто границу для организации собственного восприятия во многих областях практической работы. Преобладающая практическая направленность побуждала их пересмотреть базовые положения ранней Миланской модели — с ее метафорическим языком времен «холодной войны», отношением к клиентам как к оппонентам или врагам, «маневрами», «стратегиями» или «контрнападениями», которые необходимо вовремя распознать, а следовательно, и отделиться от них. Работа Босколо и Чеккина отклонялась «все дальше от инструментальных моделей «стратегических» начинаний» (Boscolo et al., 1988, с. 27).

В первом разделе своей книги авторы проводят интересный анализ базовых положений Миланской концепции. По их мнению, эта концепция содержит определенный познавательный-теоретический «разлом»: с одной стороны, она требует уважения к «системной мудрости» и способностям системы к самоорганизации, с другой же стороны, характеризуется выраженными стратегическими подходами (те же вышеупомянутые метафоры времен «холодной войны»). Возможно, указывают Босколо и его соавторы (Boscolo et al., 1988, с. 16), этот «разлом» связан с непроработанными противоречиями первоначальной команды из Института психических исследований в Пало-Альто. Если Дж. Хейли, говоря о необходимости сильной и твердой позиции терапевта, планировал интервенции строго и неукоснительно в стратегическом ключе, то Г. Бейтсон всегда и всюду от-



стаивал точку зрения «невмешательства» в динамику самоорганизации, поскольку любая форма вмешательства в систему рано или поздно оказывается вредной для ее экологии. Основным в тогдашней дискуссии был вопрос о значении *власти*: он и поныне остается «слабым местом» семейных дебатов (см., напр.: Levold, 1986, Collmann, 1993, Goodrich, 1994, von Schlippe, 1995). Неразрешенность этого конфликта находит свое отражение в Миланской модели, а может, даже и в самой команде, если проследить различия в дальнейших путях участников ее первичного ядра.

Л. Босколо и Д. Чеккин постепенно двигались в сторону концепции сотрудничества и создания конструктивного диалога. Такая концепция характеризует все подходы, опирающиеся на «кибернетику второго порядка» (см. раздел 2.2). Все чаще речь идет о том, чтобы сделать более прозрачными запутанные и застывшие монологи или диалоги системы с помощью новых гибких языковых вариаций, а также о таком сотрудничестве с системой, которое открыло бы для нее новые возможности, а не только привело к замене *одной* возможности *единственной другой*. Основываясь на взглядах Умберто Матураны (см. раздел 2.6), то есть на точке зрения, согласно которой любые изменения «по инструкции», то есть попытки вызвать в системе целенаправленные изменения, невозможны, — Босколо и Чеккин направляют свои интервенции не на достижение специфического результата, а скорее на то, чтобы вызывать в системе неудовлетворенность и побудить ее к действию:

«Однажды Чеккин заметил, что рай кибернетики первого порядка потерян; рай, в котором верилось, что можно кинуть в систему бомбой и попасть точно в цель. Однако не существует ни бомб, ни целей, ни какого-либо «извне»; есть только большая эволюционирующая и наблюдающая система, состоящая из всех людей, втянутых в первоначальную проблему. Определяющими для результата являются лишь общие (коллективные) стремления, которые чаще всего застают всех врасплох» (Boscolo et al., 1988, с. 31).

#### **1.4. Вместо проблем — решение: краткосрочная терапия, ориентированная на решение**

Модель краткосрочной терапии, ориентированной на решение, следует четко отличать от других методов системной и семей-



ной терапии (de Shazer, 1989c). Первые вопросы данной модели сразу же нацеливают на решение: «Проблемные разговоры создают проблемы, разговоры о решениях вырабатывают решения!»

Например, на обращение пациентки: «Доктор, у меня депрессия!» — можно ответить двояко: «Откуда вам это известно?» или «Преследует ли вас депрессия 24 часа в сутки, даже в то время, когда вы спите?»

Краткосрочная терапия, ориентированная на решение, появилась в середине 1970-х годов в Милуоки (США), в Центре краткосрочной семейной терапии; ее родоначальниками стали Стив де Шазер (Steve de Shazer) и его супруга Инсу Ким Берг (Insoo Kim Berg), а также Ева Липчик (Eve Lipchik) и их коллеги (подробнее см.: Walter & Peller, 1994 и Eberling & Hargens, 1996). Ядро концепции определила точка зрения, согласно которой большим заблуждением было бы считать, что между проблемой и ее решением существуют какие-либо взаимосвязи. Скорее наоборот, оказывается, что от случая к случаю процессы принятия решений становятся все более схожими — в отличие от проблем, для которых интервенции зависят от тех или иных обстоятельств (de Shazer, 1989b, с. 12).

Широко известной стала метафора дверного замка: «Жалобы, с которыми пациенты приходят к терапевту, подобны замку в двери, за которой их ждет «хорошая» жизнь. Клиенты уже испробовали все возможное... но дверь все еще закрыта; поэтому у клиентов складывается впечатление, что они попали в ситуацию, решение которой находится за границами их возможностей. Нередко следствием такого вывода становится дальнейшая эскалация усилий: клиенты пытаются разобраться в конструкции замка, в том, почему он не открывается. Но очевидно, что к решению можно «пробраться» только с помощью ключа, а никак не с помощью дверного замка... Способ интервенции требует их применения лишь для поиска и нахождения решений. И нет никакой потребности в том, чтобы интервенция усложняла дверной замок» (de Shazer, 1989b, с. 12).

При подобном подходе предусматривается наличие определенного ресурса, и поэтому в разговоре создается состояние ожидания новых изменений, которые необходимо построить на фундаменте предыдущих достижений. Вся терапевтическая система создается для того, чтобы как можно быстрее найти решение. Поэтому особенно важно обратить внимание на то, каким именно образом обе стороны могут распознать момент

решения проблемы. Именно этот аспект контракта ценится выше всего. «Классика» работы задается условиями сеттинга: терапевтическая команда наблюдает за разговором через полупрозрачное зеркало; интервью завершается, и после перерыва клиенту сообщается заключительный комментарий, как правило, с конкретным заданием.

Для первой сессии предлагается следующая структура (Loth, 1992):

1. Ознакомление со стилем работы.
2. Представление жалоб (проблем, трудностей).
3. Обсуждение исключений из правил (привычных ситуаций), связанных с жалобой или проблемой — то есть ситуаций, когда происходит так, что ожидаемая проблема не проявляется.
4. Определение терапевтической цели.
5. Определение потенциальных решений.
6. Прерывание процесса для консультативной паузы.
7. Сообщение клиенту информации, имеющейся в данное время в распоряжении терапевтической команды.

Для краткосрочной терапии рекомендуются различные техники, например следующие.

*Вопросы об изменениях до начала терапии.* Это вопросы об изменениях, произошедших в период между первым обращением за помощью и первой беседой. При целенаправленном расспросе оказалось, что 2/3 от числа опрошенных отметили изменения, произошедшие еще до первого разговора, которые они оценивали как желаемые по отношению к своим проблемам (Weiner-Davis et al., 1987).

«Чудесные (или волшебные) вопросы» стали особенно популярными в форме вопросов об исключительных, невозможных ситуациях: «Если бы произошло чудо и проблема вдруг исчезла, чем в первую очередь вы бы занялись с самого утра?» — и далее: «Какие изменения произошли бы в поведении вашего супруга (супруги, детей, шефа)? По каким признакам вы распознали бы эти изменения? Какие изменения произошли бы в реакциях этих людей на ваше изменившееся поведение? Кто удивился бы больше всех? И если после чуда прошло бы два месяца (полгода, пять лет), как могли бы измениться тогда ваши отношения?» (см. также раздел 7.5).

*Домашние задания.* С первых же шагов эта концепция работает над изменениями, для которых особый репертуар составля-



«домашние задания». В зависимости от способа представления проблемы отношения между клиентом и терапевтом разделяются на разные категории. Соответственно, предлагаются и различные возможности контракта:

**«Посетитель»** — приходит, как правило, не по своей воле, не высказывает никаких жалоб и не ожидает изменений. В таких случаях высказываются лишь «комплименты», все предыдущие решения «посетителя» оцениваются положительно; ни терапия, ни задания ему не предлагаются.

**«Жалобщик»** — так характеризуют людей с наличием постоянных проблем (и рассказывающих жалобы), ожидающих изменений прежде всего от окружающих — например, от терапевта или партнера. В терапии таким клиентам предлагается наблюдение за собственным поведением или же интеллектуальные задания.

**«Клиент»** — только личность с проблемами и представлением об активном их преодолении может рассматриваться как клиент, с которым можно заключать контракт на изменения. Наряду с заданиями наблюдать за поведением клиент получает и задания, влияющие на его поведение.

Ниже приведены примеры стандартных заданий, использующиеся при этом подходе. Их целью является противодействие оппонирующей позиции клиента, считающего, что его поведенческий репертуар для решения проблемы уже полностью исчерпан (de Shazer & Molnar, 1983).

- «Мне бы хотелось, чтобы с сегодняшнего дня и до нашей следующей встречи вы подробно и внимательно отмечали все, что в вашей жизни (супружестве, семье, отношениях) должно было бы оставаться таким, как сейчас». Опыт показывает, что клиенты склонны фокусировать внимание прежде всего на стабильности проблемных образцов поведения и одновременно не замечать никаких отклонений. Примерно в 90% случаев клиенты позже сообщали о ситуациях, переживаемых ими как позитивные, о которых при иных обстоятельствах они бы и не вспомнили (див. Weiss, 1988).
- «Сделайте что-то совсем другое!» В этом случае интервенция направлена на то, чтобы вызвать у клиента состояние удивления, и состоит в побуждении к непривычному поведению. Постоянно ссорящейся паре, например, можно дать задание хотя бы раз в день ошеломить, удивить друг друга, то есть придерживаться привычных образцов поведения, но в другой, неожиданной форме. Такая интервенция особенно эффективна при жалобах на постоянно повторяющийся вариант отношений, который тянет за собой один и тот же «шлейф» (например, приступы гнева у ребенка).



- Таким же образом может помочь задание положиться на случай: «Если вы не способны решить, как поступить, — киньте монету!»
- «Обратите внимание на то, что вы делаете, когда у вас появляется искушение или настойчивое желание проявить симптом (или любые другие поведенческие проявления, связанные с вашей проблемой)!» За этой интервенцией скрывается положение, согласно которому клиенты чаще склонны считать, что их проблемное поведение якобы не связано напрямую с их личностью и находится вне сферы их контроля.
- «Большинство людей в вашей ситуации сделали бы ...!» При этом варианте, названном авторами «четвертой стандартной интервенцией», не предлагают никаких заданий; здесь речь идет о необходимости заменить идею, согласно которой большинство клиентов рассматривают свою реакцию на имеющуюся проблему как единственно логически возможную.

Домашние задания в краткосрочной терапии, ориентированной на решение, как правило, характеризуются креативностью и простотой, которые помогают находить неожиданно легкие решения для проблем, воспринимавшихся как сложные. При этом «из кармана» вынимаются варианты интерпретаций проблем, которые будто бы «ни к чему»; однако они способствуют переключению внимания на новые пути принятия решения.

Б. Фурман и Т. Ахола (Furman, Ahola, 1995, с. 102f) описывают женщину, обратившуюся за консультацией по поводу изнурительных ссор со своим супругом. Почти ежедневно разгоралась ссора из-за дверей шкафа, которые она по привычке оставляла открытыми, тогда как ее супруг настаивал на том, что они должны быть закрыты. После обсуждения этой ситуации с терапевтической командой женщина получила следующий совет: сказать супругу, что, по мнению терапевтической команды, оставленные открытыми двери шкафа могли бы означать подсознательный, а возможно, и неосознаваемый сигнал о ее готовности к сексуальным отношениям с супругом. Через три недели она, смеясь, сообщила терапевтам, что домашние ссоры прекратились, а ее супруг заявил, что подобной ахинеи он еще не слышал. Он теперь закрывает двери сам.

### **1.5. Сотрудничество вместо интервенции: рефлексирующая команда**

Одним из наиболее известных представителей концепции, ориентированной на кибернетику второго порядка, является

голландский терапевт Том Андерсен (Tom Andersen, 1990). Он считал псевдовлительными рамочные условия (сеттинг) «терапевтической» системной терапии. Закрытая дискуссия терапевтической команды за односторонне-прозрачным зеркалом участия семьи воспринимается последней как нечто унижающее и не соответствующее терапевтическому контексту, препятствующему сотрудничеству (кооперацию). Однажды его терапевтическая группа пережила ситуацию, когда из-за технического сбоя семья получила возможность услышать все дебаты терапевтической команды и отреагировала неожиданно — отнюдь не с раздражением, а достаточно мотивированно и заинтересованно. С того момента Андерсен начал все чаще привлекать семью к прослушиванию дискуссий терапевтической команды (при этом микрофон переключали таким образом, чтобы семья могла слышать дискуссии терапевтов; или терапевтическая команда работала в той же комнате, что и семья). Было замечено, что именно такой стиль работы может производить необыкновенный эффект, способный заменить заключительные интервенции и парадоксальные комментарии. Так возникла рефлексивная команда (РК) — альтернативный подход для всех концепций, выдвигавший на передний план роль терапевта (например, классическая Миланская модель, структурный подход).

Произошла, если можно так выразиться, системная революция, поставившая под сомнение множество излюбленных форм работы: односторонне-прозрачное зеркало (с возможностью спрятаться за ним), терапевтические предписания и заключительные рекомендации (которые оставляли впечатление всемогущества у терапевта). Однако, по нашему мнению, новый подход поставил перед системной терапией еще и некоторые принципиальные вопросы. А именно: не должна ли модель, целью которой является *эмансипация*, а именно способность человека держать в своих руках собственные возможности (более того, модель, утверждающая, что невозможно оказывать целенаправленное влияние), — не должна ли она сама по структуре быть эмансипационной? Не должны ли содержание и форма более четко соответствовать друг другу?

РК-модель рассматривает терапию скорее в контексте сотрудничества-кооперации, чем власти. В этой модели последовательно апробируются пути теснейшего сотрудничества терапевтов, команды и семьи в поиске решений насущных про-

блем. Интересен также эффект воздействием концепции на самих специалистов: они вынуждены иначе вести себя с семьей (что, в частности, касается особенностей речи), избегать выражений «обвинительного профессионального дискурса» (Hoffman, 1996) — таких как «проекция», «чрезмерно реагирующая мать» и т. п. Терапевты вынуждены находить соответствующие ситуации и понятные для семьи языковые формы. Более подробно этот метод будет описан в разделе «Работа с рефлексирующей командой».

### **1.6. Интеракция как общение: нарративный тип мышления**

На протяжении последних лет дискуссии вокруг системной теории разворачиваются еще в одном направлении: нужна ли она вообще и можно ли ее применять для моделирования и понимания человеческих или социальных систем. Здесь акцент делался не столько на системные конфликты, границы и иерархию, сколько на способ *наррации* — рассказа как контекста (Voeckhorst, 1994). В дальнейшем это привело к смещению акцентов с форм поведения на идеи, и не только на личностные, но и на коллективные (Hoffman, 1996). Речь здесь идет не только о языке как таковом; но и о смыслах, передающихся с помощью языка в виде определенных шаблонов (в социальных системах эту роль играют истории), которые создают и обустроивают реальность в системах. Таким образом, действительность — это не что иное, как истории: люди говорят именно о них, а совсем не о различных альянсах, границах, правилах и ограничениях (разве что когда о своих семьях рассказывают сами семейные терапевты).

«Мне понравилась эта фантазия. У меня появлялось чувство, будто события, происходящие с людьми, описываются как в плохих романах XVIII столетия — приукрашенные, с повторяющимися оборотами, и не отражают то, что есть на самом деле. Вместо того чтобы втискивать их в рамки кибернетической теории обратной связи, я начала видеть их для себя как водопады или реки. Я сказала себе: думай не о вечно повторяющихся циклах, думай о реках в потоке времени» (Hoffman, 1996, с. 17).

Семья выступает здесь как ближайшее социальное окружение (пространство), в котором истории каждого не только



предстоят одна другой со всей своей силой, но и пребывают в крайнем интенсивном постоянном взаимодействии. Истории придумываются в одиночестве — для рассказа требуется Слушатель, который находится всегда рядом с Рассказчиком. Важно заметить, что рассказывать можно и без слов. История «все равно я всем безразличен» не требует множества слов, чтобы по-настоящему рассказывать ее себе и другим.

Этот процесс был назван «конструирование реальности семьи», или «семейная парадигма» (Reiss & Olivieri, 1983): для интерпретации действительности каждый член семьи пользуется общей системой определений и убеждений, то есть так называемой «нарративной традицией» — свойственной каждой семье традицией рассказа (Boeckhorst, 1994).

«Аспекты действительности, выбираемые нами для соответствующей интерпретации, определяются господствующей традицией. Эта традиция исключает из рассмотрения альтернативные интерпретации, заботясь о том, чтобы другие аспекты действительности не принимались во внимание. Следствием этого становится неполное представление о действительности: чем больше мы привязаны к видению одних вещей, тем меньше замечаем остальные» (Boeckhorst, 1993, с. 9).

Значения поведенческих проявлений и сути вещей, которые семья хотела бы передать своим членам, является еще одним аспектом нарративной традиции. Х. Штирлин (Stierlin, 1994) говорит о «семейном кредо», то есть о внутренних или передаваемых вслух убеждениях в семье, создающих рамки для определенной формы рассказа обо всем том, что случилось, оживляя тем самым «живую силу» рассказанных событий.

Возможность воспринимать действительность социальных отношений сквозь призму историй ставит перед нами новый интересный вопрос: какие же именно истории управляют нашей жизнью и нашими семьями? Какие истории рассказывает о себе человек своему окружению, а какие — себе самому? На какие события прошлого обращает внимание, а на какие — нет? Роль терапевта при этом состоит в том, чтобы, находясь в позиции «ни-о-чем-не-знания» (Anderson & Goolishian, 1992), с «безграничным интересом» ознакомиться со смыслами клиента (ведь сам клиент является экспертом), понять их и, таким образом, дать клиенту почувствовать, как они связаны с традициями рассказа — собственными и общими.

Можно спросить вслед за Майклом Уайтом (White, 1989): «Каким историям ты позволяешь управлять своей жизнью? Ты хочешь, чтобы эти истории правили бал в твоей жизни?» После этого делается попытка деконструировать привычную систему историй, отыскивая *альтернативное знание*, например, исключения: когда ты в последний раз сумел отказаться от истории, в которой ты постоянный неудачник? Как тебе удалось это сделать? Как тебе было предложено оказаться неудачником и как ты ответил на это «нет»? Кто из людей, знающих тебя с детства, менее всего удивился бы, услышав, что ты с этим делом справился?»

Каждый создает свою историю с помощью особой традиции рассказа, описывающей пережитое как «правило» или как нечто «типичное». Тогда это означает, что другие истории, которые, наверное, тоже происходили, но рассматривались как одиночные события, были просто проигнорированы или недооценены. Их проработка приводит к процессу, который в терапии называется «превратить знакомое в экзотику» (White, 1992 со ссылкой на Bourdieu): привычный способ видения действительности изменяют, отыскивая моменты, когда не все происходило так, как ожидалось.

#### *Пример*

Сорокопятилетний мужчина, более десяти лет проживающий в эмиграции в Германии, рассказывает свою историю так, будто он «дважды отправлялся в изгнание», то есть он «изгой от рождения». В его рассказе замечен акцент: мать всегда желала избавиться от него — еще будучи беременной, поскольку не хотела иметь второго ребенка. Она даже угрожала мужу суицидом, если он станет возражать. Но муж вместе с врачом убедили мать выносить ребенка. Они склонили ее к мысли, что она будто бы слишком слаба физически для аборта, который, кроме всего прочего, является грехом. Подобный самоуничижительный стиль рассказа интерпретирует жизнь как «изгнание с момента рождения». Как можно рассказать эту же историю по-иному? Ее нельзя заставить «не быть», но все же можно решить, на какие составляющие этой истории следует опереться для утверждения своей идентичности.

В разговоре акцент сначала слегка смещается; внимание обращается на то, что фактически имеется в этой истории: сделала ли мама аборт? Нет. На чем основывалось ее решение? Оно было связано не с врачом, а с тем, что она приняла решение *не* совершать самоубийство, приняла решение жить дальше. В чем еще можно найти силу? В том, что, несмотря на неблагоприят-

эти сходные условия, ребенок остался в живых и живет уже 10 лет. Это становится точкой отсчета для развития новой традиции рассказа, основывающейся скорее на силе решения в будущей жизни, а также шансом для осторожного изменения внутренних образов.



Мне очень жаль, дорогой, но в следующем разделе истории, которую я буду о себе рассказывать, тебя уже не будет.

Рис. 1. (Автор Нильс Граббе.)

### **1.7. Изначальный порядок и смирение: концепция Берта Хеллингера**

Одной из немногих концепций, сумевших так распалить и поларизовать дискуссии вокруг системной терапии, оказалась концепция Берта Хеллингера (Bert Hellinger). Именно поэтому мы хотим рассмотреть и обсудить ее более основательно. Хеллингер предложил необычный подход к «ультракороткой» проблемно-ориентированной терапии, при которой пациент (-ка) представляет образ собственной семьи. Расстановка проводится в рамках групповой работы и базируется на минимальной информации. Важными здесь являются лишь «внешние» события:



«...Кто-то умер, согрешил или преступил закон; возможно, существовал кто-то, нам неизвестный, или же родился внебрачный ребенок? Меня интересуют лишь такие события; мне не нужны личностные характеристики, я не занимаюсь развернутыми анамнестическими описаниями» (1995b, с. 22). В расстановках Хеллингер ищет «удачный, хороший образ», который может представлять собой «хороший порядок» или же *новое отображение внутренних ресурсов*, нуждающееся в терапевтической проработке. При этом он руководствуется обратной связью от тех участников группы\*, которые исполняют фиксированные роли в расстановке (то есть он опрашивает их, переживают ли они изменения, проводимые ведущим в расстановке как «хорошие» или как «плохие»). Так ему удастся быстро привести клиента (-ку) к жизненно важным моментам (каждая расстановка длится до 20 — 30 минут) и искать для их разрешения соответствующие ритуалы (разрешающие фразы и образы) или метафоры.

#### *Белый медведь*

Жил-был белый медведь, который ездил везде вместе с цирком. Но хозяева не занимали его в представлениях, он был нужен им только для привлечения посетителей. Поэтому он все время сидел в своем вагончике. Этот вагончик был так тесен, что пройти он мог только два шага вперед и два назад. Потом хозяевам стало жаль белого медведя, и они продали его в зоопарк. Там его поселили в просторном вольере. Но он по-прежнему не уходил дальше, чем на два шага вперед и два назад. Когда другой белый медведь спросил его: «Почему ты так поступаешь?», тот ответил: «Потому что я так долго жил в вагончике». (цит. по: Weber, 1993, с. 45). (Цит. по: Г. Вебер. Два рода счастья. — М.: ИКСР, 2005.)

Ясность концепций и простота интервенций Б. Хеллингера поражают, а категоричность, с которой он их представляет, и, в первую очередь, его высказывания об отношениях между мужчинами и женщинами, провоцируют и вызывают очень противоречивую реакцию (см. также Kruell, 1995, Simon & Retzer, 1995). К сожалению, здесь нет возможности отобразить всю полноту его концепции, поэтому для детального ознакомления мы отсылаем читателей к соответствующей литературе (Г. Вебер. Два рода счастья. — М.: ИКСР, 2005; Б. Хеллингер. «Порядки любви». — М.: ИКСР, 2005.) или к учебным фильмам (Hellinger, 1995a,c).

---

\* Эти люди в расстановочной работе называются «заместителями», т. к. во время работы они замещают реальных людей — *Прим. науч. ред.*

### Изначальный порядок

Б. Хеллингер опирается на положение, согласно которому социальные системы в западной культуре основываются на порядке, который определенным образом влияет на всех членов системы. Такой порядок действует в системе и называется «изначальным». Согласно ему члены системы, *принадлежавшие к ней раньше*, получают более высокий «ранг», чем те, кто вошел в нее *позже*. Поэтому родители имеют преимущество перед детьми, *родившиеся раньше* дети — перед рожденными позже и т. д. Изначальный порядок задан жизнью, и если он признается участниками системы и ему следуют, то все отношения переживаются ими как *улучшенные* и хорошие. Как только этот порядок пытаются изменить или отступить от него, в системе возникают нарушения. Подобная динамика характеризует не только семейные системы. Нарушения возникают и в организациях, особенно когда лица, *принадлежавшие к ней позже*, отказывают в уважении и признании тем, кто принадлежит к системе уже длительное время.

Член системы (обычно ребенок), у которого диагностировано психическое расстройство, оказывается в ситуации, которая ему не подходит. Он нарушает изначальный порядок. Это нарушение становится центральной движущей силой переплетения<sup>2</sup>, а *смирение* — возможностью разрешения проблемы. Как только у одного из членов системы возникает идея, что он, к примеру, имеет право:

- приводить в порядок родительские отношения;
- из-за черности к одному из родителей, быть обязанным или *отвращать* презирать другого;
- требовать от родителей удовлетворения своих непомерных потребностей, мстить им, обесценивать или исключать их;
- попытаться себе превзойти или «обогнать» старшего брата или сестру,

то во всех подобных случаях он действует против изначального порядка и против законов системы. Симптомы часто указывают на это скрытое нарушение. Это приводит к динамике бессозна-

<sup>2</sup> Переплетение — термин, используемый Б. Хеллингером, для обозначения ситуации, в которой человек оказывается внутри своей семьи (системы). Оно возникает, когда младший член системы, часто неосознанно, вмешивается в дела тех, кто принадлежит более высокому уровню системы. При этом он ведет себя как *раньше* или стоящий выше. При этом нарушается изначальный порядок, и проблема — симптом или болезнь, существующая у данного человека, указывают на это нарушение. — *Прим. науч. ред.*

тельного самонаказания. Если во время терапевтической работы удастся прийти к позиции «смирения» (чаще всего с помощью ритуала, смысл которого можно выразить фразой «Я благодарен вам за то, что получил от вас, а остальное я сделаю сам»), то может наступить состояние внутреннего примирения: «Если по отношению к родителям проявляют уважение, то где-то глубоко в душе наступает порядок» (Hellinger, 1995b). С этой перспективы просматривается идея, согласно которой прощение родителей может быть одной из форм нарушения изначального порядка. Уважение и смирение означает и то, что за вину родителей отвечают только они сами и им эту вину нужно оставить.

«Ребенок, над которым издевались, может сказать: это было очень плохо; но может сказать и так: я тебе этого никогда не прощу... А может и так: ты должен быть за все в ответе. Но чаще всего дети принимают подобные ситуации на свой счет. Намного тяжелее оставить вину родителям, а вместе с ней и надлежащую ответственность» (Hellinger, цит. по: Weber, 1993, с. 218).

Каждый человек неизбежно принадлежит к какой-то системе. Поэтому исключение из системы и одновременно презрение к исключенному для некоторых людей является своеобразной формой нарушения изначального порядка. В работе с расстановкой Хеллингер спрашивает (и не без оснований) о существовании возможных «теневых» персонажей — например, о предыдущих партнерах кого-либо из родителей или об умерших детях. Их он также включает в расстановку. Динамику, связанную с этими личностями (что мы встречаем и у других терапевтов, например, у Х. Штирлина или В. Сатир), Б. Хеллингер дополняет еще одним существенным аспектом — идентификацией. Если кого-то исключают из системы, то нередко оказывается, что тот, кто вошел в систему позже, неосознанно идентифицирует себя с исключенной фигурой и начинает ей подражать, жертвуя собой, часто загоняя себя в определенную (тяжелую) симптоматику. Эта динамика для Б. Хеллингера означает любовь и привязанность ребенка к исключенному из своей системы (привязанность к его судьбе), а потому подобные жертвы оказываются напрасными, так как решение в системе находится в ином месте, чем указывает жертвенная идентификация. Поэтому исключительно из-за потребности получать любовь от своей системы ребенок нарушает изначальный порядок, то есть пытается решить проблему для других, но не для себя. Целительным переживанием в такой ситуации будет



порой посмотреть на «изгоя», признать его достоинство и предоставить ему «соответствующее место в своем сердце».

Подобное решение действует и при динамике *наследования*, *когда наследуется* (более или менее осознано) судьба человека умершего преждевременно, часто при драматических обстоятельствах (особенно если имело место самоубийство). Тогда собственная жизнь не может быть принята во всей ее полноте, поскольку она переживается как нечто, несущее в себе вину. Правильное переживание здесь будет связано с умением устанавливать равновесие между «давать» и «брать».

### *Равновесие между «брать» и «давать»*

Ключевым для поисков динамических решений является равновесие. В каждой системе вина и невиновность тесно переплетены между собой. В каждой системе что-то отдают и что-то принимают, берут. Дающий находится в выгодной позиции, поскольку она означает невиновность. Принимающий становится виноватым: «Нельзя взять, не заплатив эту цену» (1991, с. 20). Многие люди пытаются идти по жизни «невиновными» и избегают участия в социальном взаимообмене. Между тем подобная позиция иллюзорна. Нежелание принимать и отдавать — нередко к подобным людям страдают депрессией — прячется за многими рациональными объяснениями: это не то, что мне нужно, это мне недостаточно и т. п. Когда становится возможным *принять* что-либо от родителей, появляется значительный прилив энергии и силы. Подобным образом разворачивается динамика у тех, кто живет в соответствии с идеей всегда быть «дающим». Такой идеал жизни получил название «идеального помощника». Эту позицию Б. Хеллингер описывает как враждебную для нормальных отношений. Поэтому равновесие в системе «давать/брать» соответствует признанию того факта, что прожить по жизни без вины невозможно и что иногда нам не остается ничего другого, кроме как установить равновесие — вместо того чтобы постоянно быть кому-то благодарным.

### *Прорванное движение любви к родителям*

Все рассмотренные аспекты концепции Б. Хеллингера касаются лишь одного базового принципа, с помощью которого

объясняются те или иные расстройства, а именно принципы системных переплетений. Второй принцип представляет так называемое прерванное движение любви к родителям. В нем просматриваются телесно-терапевтические корни всей концепции. Движение ребенка к матери или к родителям является его естественным телесным проявлением. Если на ранних этапах развития из-за отделения от матери или вследствие ранней травмы ребенку не удастся осуществить этот процесс, он блокирует свою способность брать и движение любви к родителям прерывается. Терапевтическая работа при подобных нарушениях направлена на восстановление способности двигаться к родителям и тем самым приближаться к своей первой цели — опыту переживания любви и чувству благодарности.

### *В поисках силы*

Особое значение для системных терапевтов имеет стратегия Б. Хеллингера, направленная на «вытаскивание» пациента из позиции жертвы и ощущения бессилия. Его нередко критикуемый призыв к клиентам отделить себя от родителей в позиции смирения также преследует определенную цель — получить автономную и сильную жизненную позицию. То, что мы отмечаем, необходимо всегда иметь в поле зрения; то, что рассматриваем как исполненное любви и доброжелательности, — можем смело оставить без внимания: «Лишь то, что мы любим, дает нам свободу» (1993, с. 51). Направляясь по этому пути, можно выйти из позиции жертвы и одновременно остаться «хорошим». Таким образом, Б. Хеллингер ищет описания, содержащие силу. Все, что способно ослабить, он отбрасывает. «Множество проблем возникает при обычном их описании. Эти проблемы задерживаются в нас из-за описаний и представлений, вновь и вновь повторяющихся. Описания, которые приводят к обесцениванию и унижению, заведомо неправильны. Правильная интерпретация — та, которая может помочь, и она всегда заслуживает уважения» (Hellinger, 1993, с. 31).

### *Понимание истины*

В заключение необходимо сказать и о понимании истины у Б. Хеллингера, ведь именно этот аспект вызывает самые острые

В отличие от конструктивизма он описывает истину не как субъективную конструкцию, созданную наблюдателем. В этом он четко дистанцируется от конструктивистского понимания. «Тот, кто конструирует, всегда ошибается» (1995, устное сообщение). В то же время он и не ссылается на мнимую альтернативу объективистского понимания истины. Для Б. Хеллингера как феноменолога истина является тем, что возникает из внутреннего видения и что действительно *только для данного момента*:

«В моих расстановках заслуживает внимания то, что здесь есть место и для восприятия, выходящего далеко за границы личности, сообщающей о своем восприятии. Вдруг появляется соучастие в каком-либо общем знании. Я не знаю, откуда оно берется... Истинное, правильное появляется молниеносно и длится кратковременно. Если я проявлю по отношению к нему любое сомнение... это восприятие [истины] тут же исчезает... Для меня истина — это всегда что-то моментальное, будто из темноты неожиданно возникает ясность понимания, к которой я обращаюсь и которая сразу же прячется обратно в темноту. А тогда, несколько позже, всплывает еще что-то, совсем иное, противоположное. И это иное я принимаю точно так же, как и то, что всплывало ранее, — совсем в стиле Гераклита, который говорил: все течет. Истина не является чем-то заспанным, неподвижным» (Hellinger, 1995b, с. 22—24).

Благодаря такому определению истины Б. Хеллингера причисляют к философской традиции (даже если он сам от нее дистанцируется), близкой к системно-теоретическому методу познания. Впрочем, существуют и некоторые отличия: к рецептивному системно-теоретическому познанию относятся и утверждения, согласно которым наше восприятие зависит от наблюдателя, а все сказанное о «истине» и «объективности» неминуемо — независимо от того, что говорит наблюдатель. В отличие от этого Б. Хеллингер постулирует, что в момент, когда происходит акт познания, оно (познание) является *истинным* — и несмотря на то, что в следующее мгновение эта истина исчезает и мы не в состоянии ее удержать. К подобному способу восприятия необходимо побуждать клиента и требовать этого, даже если это приводит к конфронтации: «Терапевт не может позволить себе быть напуганным» (1993, устное сообщение). На этих убеждениях основываются порой конфронтационные и даже жестокие методы работы Б. Хеллингера. С системной точки зрения ему предъявлялись серьезные, нередко небезос-



новательные претензии за то, что он высказывает свои утверждения как абсолютные и вместе с тем заявляет, что сказанное им будто бы не имеет к нему самому непосредственного отношения: «Я вижу это теперь так, но оно может быть и иным». Однако эта позиция Б. Хеллингера становится особенно важной с учетом того обстоятельства, что его письменные работы и образные высказывания нередко оказываются «размазанными», зачастую теряют связность и целостность контекста. Некоторые терапевты, пытающиеся стать «маленькими Хеллингерами», начинают пользоваться чем-то, что они не в состоянии привязать к соответствующему контексту, слепо используют высказывания и максимы «великого автора».

И еще одно критическое замечание: все терапевтические концепции следует рассматривать в аспекте «сцены», которую формирует и реактуализирует их сеттинг. Только что описанный нами терапевтический подход скрывает в себе определенную опасность: терапевтическая работа проводится с поддержкой образа центральной харизматической фигуры, предлагающей и приглашающей к упрощению, к редукции всей сложности психосоциальных проявлений действительности на основании одного (и только одного) избранного метода. В этом и состоит опасность — свести все многообразие работы к недифференцированному использованию наследия терапевта Б. Хеллингера и тем самым поддаться искушению использовать чужую, по сути, мнимую власть.

Почему концепции Б. Хеллингера получили такую популярность, особенно в последнее время? Безусловно, их известность можно объяснять тем, что в свое время широкий круг системных терапевтов познакомился с работами Б. Хеллингера благодаря усилиям ведущего представителя Гейдельбергской школы Гунтхарда Вебера (Gunthard Weber). С другой стороны, популярность Б. Хеллингера можно объяснить и его противостоянием современным концепциям модернизма и постмодернизма, всегда балансирующим на грани небезопасной произвольности и вызывающим потребность и желание упорядоченности, познания «правды», наличия четких и ясных структур.

## II. ТЕОРИЯ

### 2. О поисках, находках и пользе теоретических положений

#### 2.1. Не является ли словечко «системный» прооктивным тестом?

Определение «системный» сегодня стало чем-то вроде «пробного теста» для представителей психосоциальных профессий. Это слово у всех на слуху, но вряд ли удастся отыскать двух людей, которые, дискутируя на эту тему, имели бы в виду одно и то же. При более детальном рассмотрении оказывается, что этот термин включает в себя все вавилонское многообразие значений. Его лингвистическое родство со словом «систематический» позволяет кому-то полагать, что системное мышление подобно привносит упорядоченность и структуру в хаос человеческих отношений. Для других это слово будто бы гарантирует обобщенное видение взаимосвязи всех вещей в единую сеть. Пойдутся и такие, кто опасается впасть в чрезмерную технократичность системного подхода — так сказать, в «ремонтную мастерскую» человеческих отношений. Некоторые, наоборот, рады появлению «научного» доказательства (и соответствующего иностранного слова — аутопозза) — мол, любые «интервенции» при взаимодействии живых самоорганизующихся систем попросту невозможны. Прагматики, настроенные на технические решения, говорят, что наконец-то они, дескать, освобождены от необходимости анализа проблем, поскольку теперь сразу могут перейти к принятию решений. Теоретикомарксисты прославляют «Конец Великих Проектов» (Fischer et al., 1992). В то же время для многих теория систем обещает быть универсальной — она предлагает единый междисциплинарный теоретический язык для феноменов любого уровня — начиная от клеточного организма и заканчивая обществом в целом.

Правда, по всей вероятности, состоит в том, что фрагменты верного видения теории систем отражены в высказываниях представителей всех упомянутых направлений. В течение четырех десятилетий само развитие теории систем предложило много собственных вариантов; каждый из них расставляет иные акценты, предусматривая, соответственно, иные результаты. Сегодня очевидно, что «период полураспада» системного способа мышления относительно недолговечен (Schweitzer & Herzog, 1990), и даже если в рамках системных подходов возникают небольшие изменения парадигм, то все-таки негоже ссылаться на авторов, работы которых уже являются историей — за исключением, возможно, «Святого Бейтсона» («St. Bateson»). Сам способ системного мышления развивается стремительно — как, впрочем, сегодня развивается и весь наш мир. Поэтому мы полагаем, что необходимо вкратце обратиться к эскизу этого развития.

## **2.2. Краткая история системно-теоретического движения**

Истоки развития теории систем восходят к биологии (von Bertalanffy, 1956) и физиологии (Cannon). Эта теория совершила прорыв после Второй мировой войны в виде кибернетики — науки об управлении техническими системами. Не случайно системно-семейные исследования начались в 50-е годы именно в Пало-Альто, в Силиконовой долине (Silicon Valley) — столице американской компьютерной индустрии. В то время изучались преимущественно вопросы достижения и сохранения равновесия (гомеостаза — см. раздел 2.5), перехода действительных состояний в желаемые — в первую очередь путем предоставления информации, указывающей на отклонения и вводящей коррективы для достижения желаемого состояния (отрицательная обратная связь — *feedback*). Предпосылкой этих исследований была идея о том, что любые сложные процессы можно планировать и что ими можно управлять — при условии нахождения соответствующей модели, реалистично отображающей их сложность.

Такому пониманию теории систем соответствовали структурный (Minuchin, 1974) и стратегический (Haley, 1977, Selvini Palazzoli et al., 1977) подходы семейной терапии 1960-х и осо-



1970-х годов. Эти авторы разрабатывали концепцию «функциональной семейной системы», предполагающую, что всякая решительная интервенция терапевта может способствовать переходу системы из «дисфункционального» состояния в «функциональное».

Однако развитие теории именно в этом направлении не оправдало возлагаемых на нее ожиданий; представления о целенаправленном и планомерном управлении системами оказались иллюзией. Существующая практика вызвала лавину критических замечаний, одновременно все труднее становилось сформулировать представление о «хорошей», то есть функциональной семье. Кто должен определять такую семью? Возможно ли отыскать наблюдателя, имеющего в своем распоряжении форму — наблюдателя, не вовлеченного в более широкие взаимодействия с социальными системами? В итоге значение понятия «системный» начало постепенно смещаться «по ту сторону системы» (Dell, 1982). Для семейной терапии это означало вернуться в самую себя: «Семейная система — это всего лишь путь, который всех нас сбивает с пути. Лучше вовсе отказаться от компетенции семейной системы и предаться рефлексиям по поводу того, не обладает ли интегративное лечение неким объективным смыслом» (Boscolo et al., 1988).

Подобное развитие наблюдалось и в других областях познания. И. Пригожин (Prigogine) обнаружил «диссипативные структуры» (см. раздел 2.5) в химических процессах, где новые упорядоченные формы могли возникать будто бы «сами по себе». Подобные феномены были описаны и в физике, в частности в синергетике (Haken, 1984), в теории хаоса (Gleick, 1990, Kriz, 1992). При определенных условиях, исходя из собственных ресурсов, системы способны «самоорганизовываться» и, создавая новые структуры, меняться, стабилизируя при этом вновь возникающие структуры.

На этом пути теория систем рассталась с гомеостазом как фундаментальным понятием, и с тех пор в кругу интересов начало формировать не столько понятие *равновесия*, сколько понятие *нестабильности* систем. Поскольку изменение в системе, особенно в ее деталях, наперед предусмотреть невозможно, то нет возможности спланировать их локально; можно лишь вызвать нужный ход событий, когда из, казалось бы, стабильного состояния развивается новая, нередко совершенно неожиданная форма (в таких случаях принято говорить о «фазовых перехо-

дах» (от греческого *phasis* — форма, проявление). Ключевым стало высказывание «порядок посредством флюктуации» (Jantsch, 1982, Dell & Goolishian, 1981). Определяющей для такой смены взглядов стала формулировка «второго закона систем», согласно которому «вещи становятся все более упорядоченными, если предоставить их самим себе» (Makridakis, цит. по: Dell & Goolishian, 1981, с. 110). Особенно ошутимое влияние на перспективные разработки системных теоретиков оказали в начале 1980-х годов положения теории познания, описывающие процессы аутопоэза (самоорганизации) живых систем (Maturana & Varela, 1987, Fischer, 1991). Фокус все больше смещался на внутреннюю, автономную логику самоупорядочения живых систем, их операциональную замкнутость по себе и тем самым на границы внешних влияний. Окружающий мир — как планомерно действующая, всемогущая в своем влиянии и возможностях инстанция — терял свое значение.

Параллельно с этим функции терапевта начали постепенно сводиться к подталкиванию систем, побуждению их к действию и выведению из состояния равновесия за счет вызываемых автоколебаний. В результате идея о возможном контроллинге всех происходящих в системе процессов была отброшена. Однако, как и ранее, сохранялись представления о возможности разрушения систем извне; эти представления означали, что терапевтическая ответственность не полностью утратила свой смысл. Достаточно места для теоретико-познавательных начинаний оставляла и концепция аутопоэза, согласно которой жизнь рассматривается как одна из форм познания: системы как таковые никогда не существуют «в действительности», ибо сам Мир есть не более чем производная нашего восприятия. Иными словами, мир — такой, как он есть, — немыслим вне нашего восприятия, и потому разделение на *теории вещей* и *теории познания* отменяются.

В этом новейшие концепции перекликаются с моделью радикального конструктивизма (von Glasersfeld, 1981, von Foerster, 1985, библиография у Hejl & Schmidt, 1992). В обеих речь идет о том, что невозможно отделить действительность от ее наблюдателя, поскольку имеющаяся действительность создается посредством самого акта наблюдения. Любые попытки описания действительности не могут рассматриваться как общепринятые, как своего рода «фотокопии» некой заданной реальности. Скорее наоборот — именно наши описания и являются чем-то вроде «кирпичиков»

различности. Отсюда становится ясно, что любая бессубъектная позиция считается невозможной (ср.: Lieb, 1995).

В начале 1980-х годов упомянутые теории хаоса, синергетики, диссипативных структур, концепция аутопоэза и идеи контр-инициативы оказывают существенное влияние на дискуссию о структуре системной терапии и консультирования. Энтузиазм стратегически-воинственных терапевтических интервенций постепенно спадает; по сути, сокращалась и сама потребность в подобных интервенциях. Поскольку системы «делают то, что им необходимо», вернее, то, что отвечает принципам их саморегуляции, значит, и развитие таких систем неизбежно. Но психотерапевты не имеют шансов ни объективно описать жизнь клиента, ни управлять ею с помощью инструкций.

Соответственно, начали меняться представления о роли терапевтов и консультантов: их перестали считать экспертами в отношении «жизни»: ведь никто не знает ситуацию лучше самого клиента. В результате психотерапевтов стали рассматривать скорее как экспертов по инициированию процессов, инициирующих развитие клиенту. Они стали теми, кто способствует развитию клиента, во время которого описываются различные конструкции деятельности и проигрываются альтернативные решения. Терапевты начали проявлять интерес к внутренней логике жизни клиента (часто весьма своеобразной), пытаясь использовать полезность этой логики для жизненной практики клиента. И лишь в последующем оказалось возможным гипотетически проигрывать потенциальных способов поведения, мышления и чувственного переживания — для того чтобы достичь более широкого круга возможностей клиента. На следующем этапе терапевты осмысливали собственный вклад в решение проблем, размышляя иногда о том, не является ли окончание терапии разрешением проблем клиента.

Историки системной терапии нередко определяют фазу ее развития между 1950 и 1980 годами как «кибернетику первого порядка» — фазу развития *теории о наблюдаемых системах*. Период приблизительно с 1980 до 1990 года вырисовывается как время «кибернетики второго порядка» или «кибернетики второго порядка», то есть *теории о наблюдателях, наблюдающих за системой* (Hoffman, 1987, Borgeck, 1991). На этой фазе принципы кибернетики применяются к изучению ее самой. Однако лишь будущее покажет, подчиняются ли идеи постмодернизма, пересекающиеся с терапевтической консультативной практикой под девизом «Конец Великих



Проектов», кибернетике второго порядка или же способам мышления, лежащим за пределами системной теории.

**КИБЕРНЕТИКА** определяется как научная программа для описания правил управления сложными системами. Уже на начальном этапе своего развития семейная терапия использовала концепции кибернетики. Однако лишь позже выяснилось, что многим кибернетическим концепциям свойственны образы, применяемые при описании «настоящей» системы: ее границ, правил (функционирования), подсистем, коалиций и т. д. Высказывания о системах на этом уровне, то есть на уровне «явления», определяются сегодня как «кибернетика первого порядка» и рассматриваются чаще всего в критическом ключе. Причиной подобного критического отношения является способ осмысления с помощью таких понятий, как *контроль*, *управление* и *регулирование*. Ф. Бекхорст пишет: «До тех пор, пока мы будем пользоваться кибернетическими аналогиями, нам придется спорить о том, что есть власть, контроль и целенаправленное вмешательство» (Voeckhorst, 1993, с. 10). В кибернетике второго порядка кибернетические принципы касаются самой кибернетики (поэтому-то и второго порядка). Тут речь идет о так называемых «географических картах», о вопросах кибернетической организации процессов человеческого познания. Следовательно, вызывает сомнение существование любых объективных и доступных познанию систем, которые находились бы где-то «вовне» — вне личности терапевта. Поэтому в общий контекст концепции необходимо было бы включить наблюдателя и его собственные познавательные возможности. Из этого неизбежно следует отмежевание от моделей, включающих в себя иерархию и контроль.

Однако быстротечность доминировавших в то или иное время системно-теоретических концепций еще не свидетельствовала об их «негодности» и бесполезности. В любом случае все перечисленные новейшие концепции представляют собой попытку осмысления всей сложности психосоциальной действительности. Если исходить из того, что всякой социальной действительности соответствует лишь ограниченное разнообразие перспектив, то остается возможность поиска того, как именно образом *старое* способно хотя бы частично интегрироваться в *новое*. Соответственно, практические потуги «ранних» системных терапевтов могут пригодиться и на современном этапе. Мы хотели бы предостеречь от чрезмерного высокомерия наподобие: «Чем ты тут занимаешься — это ведь всего навсего кибернетика первого порядка!..» Впрочем, тематизация иерархий, коалиций, границ подсистем может оказаться вполне уместной, если не поддаваться иллюзии их реального

системы познания. Аналогичным образом иногда может оказаться и такой терапевтический подход, при котором клиент можно фрустрировать с помощью провокационной замечательной интервенции — опять же, если не поддаваться искушению, что подобная тактика способна (и даже обязана) направить систему клиента в четко определенное русло.

Иногда мы хотели бы, с одной стороны, представить различные аспекты системы (то есть «кибернетики второго порядка»), а с другой — дать краткий обзор некоторых системно-терапевтических концепций, которые еще в недавнем прошлом были предметом особенно острых дискуссий.

### 2.1. Что есть система?

И вот тут-то все и начинается. С первого же момента мы сталкиваемся с довольно пестрой картиной понятий о «системе», и наиболее глобальные определения системы, например, предложенные А. Холлом и Р. Фагеном (Hall & Fagen, 1956), обнаруживают некое единство подходов. Согласно определениям указанных авторов, под системой подразумевается «набор объектов или объектов в совокупности с взаимосвязями самих объектов и их признаков» (с. 18).

Но что же здесь имеется в виду? Прежде всего целесообразность разделения объектов и их свойств сомнительна. Ю. Крицкин (1985, с. 230), например, правомерно критикует положение, согласно которому, если существуют признаки, способные представлять собой взаимосвязи между объектами, то в таких случаях не следует говорить о взаимосвязях и между объектами, и между их признаками. С другой стороны, очевидной является разница в том, что именно мы определяем в качестве объекта — систему отопления с печью или систему отопления и регулятором температуры, личинку шелкопряда, муравейник, членика или семью, общество. Кто или что, например, является «регулятором» семьи, кто и как его «покручивает»? При ответе на подобные вопросы можно убедиться, что система определяется не (или не только) на основе ее внутреннего мира. И потому как таковую можно распознать, если ее удастся отделить от внешнего мира, а это предполагает существование наблюдателя, способного решить, что именно рассматривается в качестве «системы», а что — в качестве «окружающего мира».

Системы, таким образом, возникают при установлении различий между элементами, которые должны быть «внутри» (в системе) и «снаружи» (в окружении). Вильке (Willke, 1993) определяет систему следующим образом:

«Целостное взаимодействие частей, количественные взаимосвязи которых между собой являются более интенсивными, а качественные — более продуктивными, нежели их взаимодействие с любыми другими элементами. Такая разница во взаимодействии определяет границу системы, отделяющую ее от окружения».

Таким образом, следует полагать, что система и процесс ее отделения от других систем тесно связаны между собой. Первым разграничением будет установление отличий между живыми и неживыми системами. Очевидно, что каждая из них имеет свою собственную динамику. Представим себе, какие вопросы, например, мы могли бы задать в двух следующих случаях: увидев «шишку» на автомобильном колесе и шишку на голове у прохожего. В обоих случаях можно было бы вначале подумать о *деформирующем* воздействии некой силы на каждую из систем. Но, увидев ту же «шишку» у автомобиля через три недели, мы не удивимся. В крайнем случае мы можем спросить у автовладельца: «Почему ты до сих пор это не исправил?». Если же спустя три недели мы увидим шишку у того же прохожего — такую же «свежую», как и в первый день, — наш вопрос будет прямо противоположным: «Почему она у тебя еще есть?» — подразумевая: «Как тебе удалось сохранить ее в неизменном состоянии?» (Simon, 1990, с. 28f). Следовательно, разница состоит в том, что живые системы отличаются собственной активно поддерживаемой динамикой, например, с помощью определенного поведения — сохранять шишку, то ли ежедневно наталкиваясь на шкаф, то ли стуча себе по голове молотком («Так приятно чувствовать, когда проходит боль...»). Таким образом, для живых систем вполне оправданно утверждение «Все изменяется; разве что кто-то или что-то способствует тому, чтобы все оставалось таким, как есть» (Simon, 1990, с. 29).

Подчеркивая указанные отличия, Хайнц фон Ферстер (Heinz von Foerster) предложил точный термин «тривиальные vs. нетривиальные машины». Первые потенциально могут быть полностью прозрачными для наблюдателя и управляемыми им — по крайней мере, теоретически и при условии, что сам наблюдатель достаточно компетентен и владеет полной информацией



Привилегированные системы, наоборот, постоянно изменяются и характеризуются собственной динамикой, не поддающейся никакому анализу, ни влиянию извне.

### ВОЗМОЖНОСТЬ РАСЧЕТА НЕТРИВИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Пример тривиальной системы. Возьмем черный ящик, заглянуть внутрь которого мы не можем. С одной стороны этого ящика имеются три кнопки, с другой — четыре лампочки, например красная, желтая, зеленая и синяя. Внутренняя жизнь черного ящика нам неизвестна. Исследователь, который хотел бы сформулировать некоторые утверждения, нажимает на желтую кнопку, и в ответ загорается одна лампочка и т. п. Такая система будет являться системой с высокой степенью предсказуемости. Взаимосвязи в ней однозначны. Автоматизированные машины, приборы и т. п. работают именно по такому принципу.

Совершенно по-иному ведут себя нетривиальные системы. Для примера возьмем тот же черный ящик с одним лишь отличием: его внутренняя жизнь характеризуется двумя состояниями — А и В. Назовем состояние А «хорошим настроением», а состояние В — «плохим настроением». Допустим теперь, что каждое нажатие на кнопку вызывает изменение настроения — либо изменяя его, либо «подтверждая» существующее:

Состояние А:			Состояние В:		
«хорошее настроение» (+)			«плохое настроение» (—)		
Система реагирует так:			Система реагирует так:		
Кнопка	Лампочка	Настроение	Кнопка	Лампочка	Настроение
красная	красная	+	красная	зеленая	+
желтая	желтая	—	желтая	синяя	+
зеленая	зеленая	+	зеленая	желтая	—
синяя	синяя	—	синяя	красная	—

В этой ситуации исследователь может легко впасть в отчаяние. Нажав на красную кнопку, он получает красный сигнал, нажав на желтую — желтый, потом снова нажимает на красную, но появляется зеленый сигнал и т. д. Возможность комбинаций хотя бы до четырех пар «вход-выход» (хорошее/плохое, возбужденное/заторможенное, эйфоричное/тревожное, злое/радостное), то получим около 970 млн. комбинаций. При этом образуется огромное количество вариантов поведения системы, которое превышает возможности его расчета, то есть окажется «внекомпьютерным». Однако по сравнению с животным, человеком или семьей в этом случае речь идет всего лишь о небольшой по численности комбинации состояний. Как мы можем убедиться, во всех подобных случаях прямой (линейный) способ мышления типа «причина-следствие» не работает (von Foerster, 1988a, Simon, 1991).

Живые, динамичные системы, со всей очевидностью, обладают потенциально неограниченным спектром вариантов поведения. Возникает справедливый вопрос: каким образом мы вообще можем сосуществовать в таких динамичных системах? Почему пекарь каждое утро выпекает нам свежие булочки, если в бесконечном разнообразии его возможностей вероятность повторного действия практически ничтожна. И тут мы внезапно наталкиваемся на другой вопрос: как же тогда создается порядок? И каков этот порядок, устанавливаемый и развиваемый живыми существами между собой? Каким образом этот порядок помогает им уменьшать и сокращать потенциально бесконечную сложность и становиться друг для друга *предсказуемыми*? Каким образом функционируют подобные системы, ограничивая (тривиализируя) возможности друг друга так, чтобы можно было друг на друга положиться? При этом, несмотря на указанные ограничения, остается все же достаточное пространство для игры — для того, чтобы жизнь не утрачивала своей привлекательности — ведь в мире есть доброжелательные и недоброжелательные пекари, которые предлагают нам булочки и пирожные, дорогие и дешевые, но, не смотря на это, они продолжают обеспечивать своих сограждан определенными продуктами питания. С другой стороны, как функционируют те системы, процессы в которых настолько ограничивают функциональные возможности своих участников (элементы), что им (участникам) остается лишь незначительное пространство для игры и они практически полностью теряют доступ к собственной «потенциальной сложности» (von Foerster, 1988a, с.33)?

#### **2.4. Кибернетика первого порядка: часть и целое, границы, правила**

*Соотношение части и целого:  
подсистема и внешний мир*

Если рассматривать системы согласно образцам старых теорий, то есть в качестве реально существующих образований, то если «действовать так, будто системы существуют в действительности», то с перспективы сегодняшнего дня надлежало бы

Таким образом осуществляется функция дифференциации подсистемы. Для удержания стабильной структуры на определенном уровне сложности система должна образовывать подсистемы. Если образования подсистем не происходит, стабильность взаимосвязей между элементами из-за чрезмерных переплетений значительно снижается. В таких случаях можно говорить о «слишком тесно переплетенной системе» (Hallman, 1975).

Поэтому-то в некоторых семьях необходимо скорее блокировать общение и взаимодействие, нежели поддерживать.

Существует много вариантов образования подсистем, и каждая система склонна к *внутренней* дифференциации. В семьях это находит свое воплощение в группировании подсистем, участниками которых являются родители, братья-сестры, мужчины или женщины и т. д. Однако можно представить себе еще и другие формы деления, менее жесткие: «футбольные болельщики» или «киноманы». При наблюдении *извне* каждая система может рассматриваться как часть некой большой системы: школьный класс является частью школы, которая, в свою очередь, является подсистемой образования, а та — подсистемой общества и т. д.

Особое внимание уделяется отграничению *подсистемы родителей* от общего семейного контекста (особенно в структурной системной терапии). Стабильность семьи, где функции границ родительской подсистемы четко не установлены, находится под угрозой. Процессы упорядоченного принятия решений преобладают четких границ. Если супружеская пара бойкотирует решения других лиц или если детям навязываются решения, превышающие их возможности, возникают «симптомы», указывающие на нарушения в системе семейной коммуникации. Из этого, естественно, не следует, что дети не должны принимать участия в процессах принятия решений (авторитарная семья и для модели «кибернетики первого порядка» не является идеальным образцом). Однако это означает, что на детей не стоит переносить родительские функции: дети живут в ситуации неравномерно распределенной власти, и то, как они обучаются справляться с подобными обстоятельствами, является существенной составляющей их социального научения. В таких ситуациях дети приобретают важные знания и навыки для более поздних форм поведения: «Я не всемогущий, но силен и не бессильный!» (Minuchin, 1977, Cohn, 1975). Пере-



нятие детьми родительских или партнерских функций Х. Штурлин называет «парентализацией»; Дж. Хейли (Haley, 1980) усматривает в этом признак своеобразного «перверсного триашигулирования» — центральной приметы дисфункциональной структуры семьи во многих «классических» моделях семейной терапии. Все эти аспекты показывают, насколько быстро системные понятия из «кибернетики первого порядка» могут сновиваться нормативными описаниями, создавая новые ограничения, вместо того чтобы открывать имеющиеся возможности. Осознание этой опасности является постоянным испытанием для системной терапии.

### Границы

«Представьте себе, что я слепой с тросточкой. Я постукиваю ею, нащупывая дорогу. Где начинаюсь я? Закачивается ли моя душевная система на ручке моей трости? А может, граница меня проходит по моей коже или она где-то посередине трости? Все эти вопросы бессмысленны. Трость — это путь, на котором происходит преобразование процесса дифференциации. Правильный способ отделения системы состоит в таком проведении границы, при котором исключается неоднозначная интерпретация системы. Если то, что требует объяснения, является лишь фрагментом поведения (как, например, продвижение слепого вперед), то нам придется пользоваться круговым процессом — улица, трость слепого и вновь — улица, трость и т. п. Однако, если слепой сядет, чтобы поесть, его трость потеряет свою информационную ценность — до тех пор, пока более важным будет процесс принятия пищи» (Bateson, 1981, с. 590).

Вот мы снова сталкиваемся с проблемой наблюдателя, использующего понятие «граница» в качестве категории, с помощью которой формируются отношения человека с окружающим миром (так называемая «структурная связь»). Для социальных систем граница является чем-то вроде клеточной мембраны. Границы дают возможность отделиться от окружения, формируя идентичность (самобытность), регулировать коммуникационные процессы системы. Они могут отличаться по своей пропускной способности. Наглядным примером может служить отличие прежней функции Берлинской стены от сегодняшнего деления Берлина на районы. В физике и химии такие границы определяются атомарными, электромаг-

или гравитационными силами; в биологии — мембранами. Границы социальных систем учреждаются благодаря различиям, на основании которых устанавливается принадлежность/непринадлежность кого-либо или чего-либо к данной системе. Благодаря фактору принадлежности к социальной системе определяется ядро собственной *идентичности*, своя культура.

Например, ядро семьи определяется отделением от нее бабушки (потому что она принадлежит к «большой семье»), начальницы отца (ее принадлежность к системе «работа»), подруги сына (принадлежит к категории «другей») и т. д. Так же и государство должно задать себе вопрос, состоит ли суть гражданства в этническом кровном родстве («национальное государство») или в фактическом сосуществовании («мультикультурное сообщество»).

Таким образом, социальные системы определяют свои границы вокруг вопросов, связанных с поиском своей сущности и своего смысла и, соответственно, определения принадлежности/непринадлежности отдельных элементов и операций между ними.

При описании семей различают разные типы границ; С. Минучин выделяет три типа — *жесткие (ригидные)*, *прозрачные (гибкие)* и *размытые* границы — в зависимости от того, каким образом системы отмежевываются друг от друга и как семья отделена от внешнего мира (Minuchin, 1977).

Выделение «системы» из всеобъемлющей «всемирной эволюции», так же, как и разграничение на «систему» и «окружение», является не столько чем-то артефактом. Однако этот артефакт не лишен смысла — он необходим как некая вспомогательная конструкция, помогающая нашему ограниченному человеческому духу в поисках ответа на определенные рода вопросы. С другой стороны, не следует упускать из виду и то, что мы имеем дело с артефициальными (искусственными) границами» (Kriz, 1996).

Установление, определение и критический пересмотр существующих границ является одной из важнейших тем, обсуждаемых в рамках системной терапии и консультирования. Сцепление этой тема выражается в том, кто принимает участие в процессе, а кто нет:

Нередко факт присутствия/отсутствия шефа клинического отделения или администрации больницы на супервизии терапевтической команды свидетельствует о том, хотят ли члены коллектива большей информированности и вовлеченности руководства или, возможно, наоборот, желают дистанцироваться от шефа.

Способ обращения за помощью 19-летней пациентки с анорексией (самостоятельный или в сопровождении родителей) несомненно указывает на ее индивидуальные потребности. Желание конфронтации с бабушкой и дедом во время терапевтической встречи или стремление тащить их «вне игры» также могут дать необходимую информацию (независимости от контекста сессии) о доверии со стороны среднего поколения (то есть родителей), а также об их потребности в отграничении.

Использование односторонне-прозрачного зеркала или разделение помещения во время терапевтических сессий позволяет проводить эксперименты с установлением новых пространственных границ. В промежутке между двумя беседами можно сделать с помощью специальных ритуалов или экспериментов.

Часть семьи может оставаться за односторонне-прозрачным зеркалом, наблюдая за тем, как другие члены семьи и без их вмешательства успешно решают свои «подсистемные» конфликты. В структурной семейной терапии такая тактика является достаточно успешным инструментом работы. Например, можно экспериментировать с перемещением участников, когда ребенок, сидящий между родителями, пересаживается к братьям и сестрам. Братья-сестры, находящиеся в ссоре, в присутствии родителей могут получить рекомендацию сознательно оберегать свои тайны от родителей — так они получают возможность объединиться в заговоре. Руководителя организации, изолированного от своей команды, можно пригласить для участия в одной из дискуссий сотрудников. С другой стороны, перегруженному проблемами руководителю можно предложить на 2-3 месяца передать (делегировать) своим сотрудникам обсуждение рутинных вопросов.

### Правила

С помощью правил можно описывать различные варианты поведенческого ограничения участников системы. Понятие правил помогает описывать постоянно повторяющиеся способы поведения на более высоком уровне абстракции. Напри



В этой семье можно быть либо сильным, активным и другим, либо пассивным, слабым и больным», «Откуда мне здесь не принято определять» или же «В этой семье не принято говорить о чувствах». Итак, правила являются тем, что отмечает наблюдатель, который делает выводы о соглашениях участников системы в определении реальности и значения вещей, в видении ими вариантов «возможного» или «невозможного» поведения. Типичной формой здесь является «Если было бы так... то...». Правила могут выражаться описательно (дескриптивно): «Именно такой является ситуация в семье», либо в форме поведенческих рекомендаций (прескрипций): «Если... то... надо делать...».

Участники системы могут самостоятельно формулировать правила — при условии, что они сами рассматривают себя как часть системы. В таких случаях принято говорить об эксплицитных (прямых и прозрачных) правилах. Однако чаще встречаются имплицитные правила: они проявляются и могут быть сформулированы лишь после их нарушения, то есть после того как их уже рассматривают в качестве проблемы. Опыт показывает: формулирование центральных правил семьи и умение устанавливать смысловые взаимосвязи этих правил с автоматичным поведением является существенной помощью психотерапевтам и консультантам. Там, где в действие вступают чересчур ограничивающие правила, члены семьи начинают выбирать сложные обходные пути. Например, в семье не принято говорить о своих потребностях, прилагают много усилий, чтобы убедить кого-либо другого в необходимости делать то, что на самом деле хотелось бы сделать самому.

## **2.5. От гомеостаза к флюктуации, хаосу и синергетике**

### **Концепция гомеостаза**

Одним из приоритетных интересов ранней теории систем находилось прежде всего параметры системы и возможность сохранения их неизменными при воздействии окружающей среды — то есть сохранения равновесия или гомеостаза.

**ГОМЕОСТАЗ** обеспечивается *отрицательной обратной связью*: любое отклонение от состояния равновесия регистрируется и инициирует регулирующее ответное действие, возвращающее данный параметр к исходному значению. К примеру, мы наполняем бензобак в соответствии с показаниями индикатора на щитке; мы прищипываем коня, если темп движения замедляется; мы пробуем добиться желаемого поведения ребенка с помощью подзатыльника или нравоучений. Напротив, *положительной обратной связью* называют действие в ответ на отклонение от заданного идеального состояния, но такое, которое отклоняет систему от состояния равновесия еще дальше, в сторону эскалации. Пример: отец бьет ребенка, ребенок дает отцу сдачи, тот бьет еще сильнее и т. д.

Концепция гомеостаза предусматривает существование заданного идеального состояния, по сравнению с которым имеющееся состояние представляет собой, как правило, ухудшенный вариант; в лучшем случае оно максимально приближается к идеальному. В подобном утверждении замаскирована негативная оценка реально существующих систем: все состояния таких систем требуют постоянной коррекции. Тогда в терапии трудно описывать связи в семье с позиции уважения. С системной точки зрения эта концепция подталкивает к рассмотрению двух типов проблем. С одной стороны, она подводит терапевта к тому, чтобы заливать идеальное состояние будто бы извне; с другой стороны, самой системе тогда не будет хватать внутренних ресурсов для перехода в новые, непредвиденные креативные состояния. И наконец, эта концепция слишком односторонне приписывает системам консервативную тенденцию к инертности. Со временем указанный подход стали расценивать как механистический:

«Механистически-атомистические образы природы и человека, включая постулаты психоанализа Фрейда, рассматривают организмы как не стремящиеся к состоянию равновесия и гомеостаза... Однако вопреки второму закону термодинамики организмы, напротив, вырабатывают вместо энтропии упорядоченность... Особое значение теории живых систем приобретает в связи с тем, что с помощью гиперциклических, метаболических и смыслообразующих процессов системы выработывают «невероятные» упорядоченные состояния (негэнтропии), организуя комплексы с заданной внутренней закономерностью» (Willk, 1991, с. 98f).

Представления о порядке, соответствующие модели гомеостатизма находят свое продолжение в известных образах человека и общества. Мы привыкли к формуле «закон и порядок», которая принуждает к постоянным вмешательствам или, точнее, к постоянным интервенциям для «подтягивания» существующего порядка вещей к идеальному (ср. критику: Kriz, 1992a, с. 17ff). Но в то же время, однако, появлялись новые ответы на вопросы о том, возможны ли принципиально иные формы порядка. Ряд ученых в самых разных областях исследований обращались к вопросу о том же вопросу: каким образом и при каких условиях самоорганизуются системы, как возникает упорядоченность? Нарядом в этом ряду были теории естественных наук — диссипативных структур в химии, синергетики в физике, аутопоэза в биологии. Системная терапия оказалась среди тех гуманитарных и социальных наук, которые более или менее успешно противопоставляли от указанных теорий значительную часть их философии.

#### *«По ту сторону от гомеостаза»: флюктуация*

При исследовании самоорганизации химических процессов бельгийский физик нобелевский лауреат И. Пригожин открыл поразительные феномены: при определенных условиях химические системы с высокой степенью взаимосвязей между компонентами могут создавать спонтанный порядок, причем без какого-либо влияния внешней упорядочивающей инстанции. Пригожин установил, что новые формы организации создаются на основании отклонения от первоначального стабильного состояния равновесия при потреблении некоторой энергии. Для описания этого парадокса он предложил понятие «диссипативные структуры» (Prigogine & Stengers, 1981, с. 21). Слово «диссипативная» («рассеивание») наводит на мысль о хаосе и распаде, понятие структуры — наоборот. Таким образом, диссипативные структуры представляют собой системы, способные сохранять стабильность и собственную идентичность благодаря открытости внешним влияниям и постоянной изменчивости (Higgs & Peat, 1990, с. 207). При определенных состояниях, удаляясь от точки равновесия, система может волей случая перейти за критическую черту, через которую она уже не спо-



собна вернуться назад, к предыдущему состоянию, но может развиваться в новом, непредвиденном направлении.

Этот эффект известен в метеорологии под названием *эффекта бабочки*: в системах с высокой степенью неустойчивости вероятность развития процессов колеблется вокруг цифры 50%; предсказать, в какое именно состояние перейдет система, невозможно (в таких случаях говорят о «бифуркации», см.: Kriz, 1992). Тогда существенной может оказаться даже мелочь, например, колебания крылышек бабочки: «Малейшие причины могут привести к громадным последствиям» (Huelmo, 1987). Если поток воздуха, вызванный бабочкой, изменяет состояние системы с вероятностью до 50,0000000000000001% и, соответственно, уменьшает вероятность другого состояния до 49,999999999999999%, то вполне можно допустить, что именно этот взмах крыльев бабочки и стал причиной сильной бури. Как видим, при подобных сложных взаимосвязях понятия из области причинно-следственных концепций теряют свой смысл (ср. также раздел 3.2).

Указанные теоретические мнения подтверждают те тенденции системной терапии, в которых *беседа* рассматривается не столько как повод «прорабатывать проблемы», сколько в качестве «провокатора» (побуждающего фактора) для их разрешения. Тогда интервенции становятся чем-то вроде «взмахов крыла бабочки», которые вызывают, усиливают разного рода завихрения в сложной системе. Кроме того, интервенции направлены скорее на разрушение существующих образов, отводя их «подальше от состояния равновесия», чем на укрепление этих образов. Контролировать такие состояния невозможно: система самостоятельно ищет новый аттрактор (возбудитель), который наилучшим образом соответствует ее теперешнему состоянию. Таким образом, возникает что-то *новое* — но чем будет это новое, контролю терапевта не подчиняется.

### *Синергетика: от хаоса к структуре*

Синергетику создал и развил немецкий физик Г. Хакен (Haken, 1987, Kriz, 1992a). Ее центральными вопросами стали «Как возникает упорядоченность?» и «Существуют ли какие-либо принципы самоорганизации частичек независимо от их

Примером. Являясь вариантом теории поля, синергетика, по-  
лучившая гениальный толчок в теории 1920-х и 1930-х годов, изучает *взаимо-*  
*действие* (синергетику) частичек в едином пространстве и их  
поведение, связанное с самоорганизацией и достижением це-  
лостного порядка или структуры, которая, в свою очередь, об-  
разует новые, макроскопические качества. Иными слова-  
ми анализу подлежат все возможные компоненты взаимных  
отношений «кооперативного поведения» частичек, которые в своей  
совместности приводят к самоорганизации целостной систе-  
мы. Простым примером могут служить физиологические про-  
цессы, когда множество отдельных компонентов (клеток) ра-  
ботают в режиме «координации усилий» во имя целостной струк-  
туры — например, тела. То же самое можно увидеть и в физи-  
ческих системах, где поведение молекул при определенных  
условиях сразу же синергизируется так, будто молекулы полу-  
чили возможность «договориться» на расстоянии и действовать  
в полном соответствии с функциональными требованиями си-  
стемы.

Первым этот феномен был открыт Хакеном на примере  
лазерной лампы. Если к лазерной лампе с неупорядоченным потоком  
молекул газа подвести источник энергии, то через некоторое  
время будет наблюдаться состояние, которое выглядит так,  
будто хаотически флюктуирующие атомы «договариваются»  
между собой. Они создают упорядоченный образец, причем  
путем самоорганизации, то есть без задания этого порядка  
сверху либо инстанцией извне. Так возникает источник рав-  
новесного лазерного излучения (Haken, 1987, с. 39). Для от-  
личия структур Хакен предлагает специальный термин «упо-  
рядочивание»: «Величины, живущие долго и изменяющиеся  
медленно, подчиняют величины, живущие короткое время и  
изменяющиеся быстро» (Haken, 1987). Под этим термином он  
поднимает определенные структуры, которые, с одной сторо-  
ны, возникают на основе отдельных элементов, но, с другой  
стороны, захватывают собственные элементы «в рабство», на-  
вязывая поведению этих элементов свой порядок. Примером  
такого упорядочивания является язык, который, будучи  
примитивно существующим образованием, заставляет каж-  
дого пользователя неукоснительно придерживаться своих за-  
конов. В качестве иных, психологически действующих струк-  
тур упорядочивания можно назвать обычаи, школу, культуру,  
веру и т. п.

«...В природе и технике спонтанное возникновение структур в системах открытого типа встречается достаточно часто. Это наблюдение побудило меня... начать междисциплинарные исследования, названные мною *синергетикой*, и посвятить их системному изучению специфических переходов от микроскопического хаоса к порядку на макроскопическом уровне... Теория указывала на то, что порядок в недрах различных систем определяют своего рода преобразователи, так называемые инициаторы упорядочивания. В случае лазерного излучения инициатором такого упорядочивания оказывается сам луч, заставляющий электроны двигаться в атомах в конкретном направлении, луч подчиняет атомы. И наоборот, поле излучения реализуется благодаря «свечению» атомов. Следовательно, здесь мы имеем случай циркулярной каузальности, т. е. поведение чего-либо одного обуславливает поведение другого» (Haken, 1988, с. 67f).

Ведутся наблюдения за тем, каким же образом на различных уровнях системы образуются новые структуры и закономерности (эмергенция) и как эти закономерности изменяются (фазовый переход). Так, луч лазера кажется стабильным на каком-то определенном участке, но если достаточно сильно изменить исходные условия (поступление энергии), то произойдет резкий переход в другое состояние системы.

Динамику «хаоса» и «самоорганизации», которую исследует синергетика, отображает терапевтический опыт: под воздействием изменения окружающих условий (беседы) система (семья) может перейти в новое качественное состояние (или, как еще говорят, открыть «второе дыхание», найти новую модель отношений). Но *какое именно* состояние семьи возникнет вследствие беседы — ссора, развод или, наоборот, примирение членов семьи, — предусмотреть на основании исходных условий (при проведении беседы) невозможно. Взаимосвязи между изменением условий окружающей среды и состояниями системы нелинейны, то есть принцип строгой каузальности здесь не срабатывает: малые причины могут вызывать большие последствия. И наоборот: «...в зависимости от состояния системы (то есть «истории» системы до сегодняшнего дня) большие изменения в окружении могут при определенных обстоятельствах не оставлять никаких следов, в то время как наименьшие влияния могут вызывать большие изменения» (Kriz, 1995, с. 159). Для терапии это означает, что понимание хаотических процессов может быть использовано для выведения системы из не удовлетворительного состояния упорядоченности в какое-либо



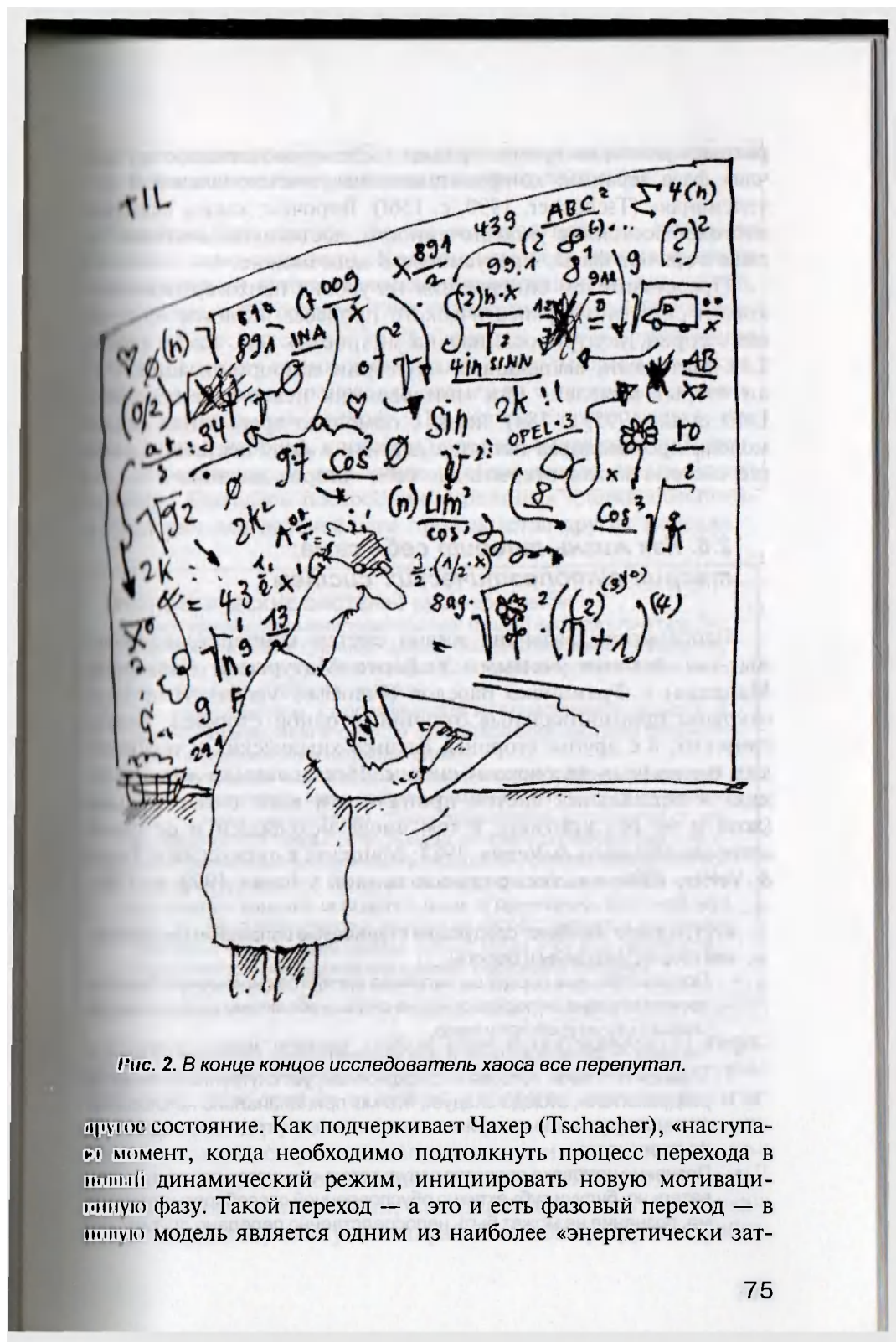


Рис. 2. В конце концов исследователь хаоса все перепутал.

другое состояние. Как подчеркивает Чахер (Tschacher), «наступа-  
ет момент, когда необходимо подтолкнуть процесс перехода в  
новый динамический режим, инициировать новую мотиваци-  
онную фазу. Такой переход — а это и есть фазовый переход — в  
новую модель является одним из наиболее «энергетически зат-

ратных» шагов во время терапии... Этому соответствует «горячая» фаза терапии: конфронтационная, эмоциональная и интенсивная» (Tschacher, 1990, с. 156f). Впрочем, каким окажется итоговое состояние упорядоченности, достигнутое системой на пике горячей фазы, предусмотреть невозможно.

Представителем синергетики на уровне психотерапевтического и системно-терапевтического процесса является «системная теория, центрированная на личности» (см. также раздел 2.8). Методами, вышедшими из теории самоорганизации, стали «обрыв моделей» или «интервенция невыполнения» (см. Lenz et al., 1995, с. 188), когда с помощью прерывания старой модели производится попытка перейти в фазу нестабильности, где система может открыть для себя «второе дыхание».

## **2.6. Как жизнь творит себя сама: теория аутопоэтических систем**

Особенности развития живых систем концептуализированы чилийскими учеными Умберто Матураной (Humberto Maturana) и Франциско Варелой (Francisco Varela). Ими были открыты принципиальные отличия, с одной стороны, биологических, а с другой стороны, физико-химических и технических (созданных человеком) систем. Исследователи «психических» и социальных систем приняли эти идеи с энтузиазмом (хотя и не без критики, в том числе исходящей и от самих авторов: Maturana & Varela, 1987; Maturana в дискуссии с Riegler & Vetter, 1990; см. также список ссылок у Jones, 1993, с. 23ff).

Курт Людевиг называет следующие стержневые положения биологической теории Матураны и Варелы:

- Познавательные процессы человека являются феноменом биологического порядка, определяемым не столько объектами внешнего мира, сколько структурой организма.
- Человек — функционально и операционально — обладает замкнутой нервной системой, которая не дифференцирует внутренние и внешние раздражители; отсюда следует, что мы принципиально не способны отличать реальное восприятие от иллюзии, внутренние раздражители от внешних.
- Познавание человека является результатом «личного» опыта и, следовательно, будучи субъективно обусловленной способностью организма, познание не может быть непосредственно передано другим.

- При общении (коммуникации) содержание познания ориентировано на биологическую структуру адресата (Ludewig, 1992, с. 59).

Угловым камнем теории является понятие *аутопоэза* (или: само-создание). Компоненты всех живых существ существуют в одной аутопоэтической организации, то есть в той, которая сама себя создает. Они постоянно производят и воспринимают как отдельные свои элементы, так и организацию отношений между этими элементами в рекурсивном процессе. Иными словами, они производят элементы с помощью элементов из которых они состоят. Примером служит клетка: это молекулярная фабрика, постоянно производящая свои собственные составляющие, в том числе и образующую ее мембрану; мембрана благодаря построению «границы» клетки обеспечивает условия для дальнейшего производства других молекул.

**АУТОПОЭТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ** характеризуются:

- Структурной детерминированностью; существующая структура определяет, в каких границах может изменяться живое существо, чтобы не утратить аутопоэтичность собственной организации, иными словами — чтобы не умереть.
- Репродуктивностью, которая является их единственной целью. Все другие утверждения о смысле существования системы оказываются привнесенными наблюдателями.
- «Замкнутостью» своей операциональности, означающей способность оперировать лишь собственными состояниями (а не чужими для системы элементами). Такая замкнутость отличается от информационной закрытости. Живые системы способны без каких-либо препятствий воспринимать («слышать», обрабатывать) информацию окружающего мира, но на его формообразующие и «инструктивные» влияния реагируют лишь ограниченно. Внешний мир (так же, как и информация, идущая от него) становится значимым фактором окружающей среды, только когда этот мир препятствует развитию и поддержке внутренних состояний системы.

С этой точки зрения любые изменения возможны лишь тогда, когда они отвечают потребностям данной структуры. Изменение этого требует от врачей, педагогов, менеджеров или консультантов детального ознакомления со структурами, их функциями и соответствующей направленности инициатив, которые смогут вызвать необходимые изменения. Поэтому все профилактические интервенции, совершающиеся без учета указанных моментов, окажутся напрасными или разрушат «рабо-



чие отношения» (например, приведут к отказу от лечения, внутренней «эмиграции», разрыву контракта и т. п.).

Четырнадцатилетняя девочка с психотической организацией личности на протяжении многих лет спит между матерью и отцом в их кровати. Детские психиатры и психологи критикуют подобную ситуацию, стараясь применить различные формы давления, включая и угрозы отлучить дочь от родителей. Безрезультатно. При подробном расспросе выяснилось, что в этой семье существует страх близкой смерти отца. Его состояние действительно критическое (почечная недостаточность, диализ). Кроме того, девочке не хватает внешних контактов. Ночные контакты с родителями являются для нее возможностью получить тепло и утешение, «хоть немного побыть вместе». Когда мы впервые за все время длительного лечения поняли эту ситуацию, признали ее как очевидную и «профессионально одобрили» ее целесообразность, в семье сначала наступило облегчение, а спустя несколько месяцев у больной впервые появилось желание изменить ситуацию («это же так неудобно и жутко — спать между двумя матрасами»). Прошел год; семья создала другой ритуал своего единства, а девочка стала спать в своей кровати.

Центральным для данной теории является понятие *автономии*. Живые системы, производя, регулируя и сохраняя себя, подвергаются внешней детерминации (по крайней мере, в конструктивном плане, потому что всегда найдется внешняя сила, действие которой может просто-напросто уничтожить систему). Понятие автономии подразумевает, что живые системы следует рассматривать как такие, которыми можно распоряжаться: *А* не может однозначно определять все действия, переживания или мысли *В*. «Инструктивная интеракция» невозможна: еще никого не удалось заставить ни полюбить кого-либо, ни «добровольно и охотно» жить с этим человеком.

Именно на этом «проваливались» все диктатуры. Людей можно заставить придерживаться определенных способов поведения лишь в определенных границах; однако никому не под силу заставить их делать это с желанием, радостью и удовольствием. Как сказал Вольф Бирманн (Wolff Biermann), «если бы диктатор убил всех своих врагов, новые выросли бы среди его собственных сыновей».

Размышления о принципиальной невозможности инструктивных интеракций имели важные последствия для системной работы. Акценты начали смещаться от метафор борьбы к метафорам взаимодействия, от стремления изменить клиента к по-

попытки понять его. Подобная тактика помогает прежде всего в работе с клиентами, характеризующимися сильным сопротивлением или хаотичностью переживаний.

В детских домах наблюдаются различные формы деструктивного поведения (побеги, кражи и т. п.), связанные с «семейным стилем» наподобие драматических и быстрых колебаний между чрезмерной привязанностью и отчуждением, заботой и отталкиванием (Minuchin et al., 1967). В таких случаях (кстати, довольно частых) ни в коем случае не следует раздражать раздражением или злостью, согласно описанным теориям, нужно стараться избегать оценки подобного поведения. Значительно подробнее рассматривать указанные колебания между крайними полюсами как обычную составляющую самоорганизации системы. В этом случае отношение хаотичным поведением можно распознать определенные проявления автономии системы (Schweitzer & Reuter, 1991a), а следовательно, учитывать эти проявления и формировать свою позицию по отношению к ним.

Возникает вопрос: каким образом два операционально закрытых живых существа могут взаимодействовать между собой? Можно ли вообще говорить о взаимодействии, когда один человек лишь посылает импульсы и сбивает с толку, а другой должен обрабатывать это в соответствии со своей организационной структурой? Ответ на этот вопрос можно найти в концепции ко-эволюции. Две живые системы способны «структурно объединяться» и «совместно дрейфовать». Соответственно два человека могут стать друг для друга значимым окружением и посылать друг другу импульсы. Под структурным объединением Матурана и Варела понимают состояние, при котором две или более аутопоэтические «единицы» организуются таким образом, что их интеракции приобретают рекурсивный и суперстабильный характер (1987, с. 85), то есть «подкрепляют» друг друга. Рекурсивность в данном случае следует понимать как взаимную фрустрацию (озадаченность) двух единиц, которая подходит им обеим и которую противная сторона не может обработать всегда одним и тем же способом. Тогда говорят о совместном «дрейфе» обеих систем.

Применение идей Матураны в системной теории неоднократно подвергалось критике (Kriz, 1988, 1990a+b, Koesck, 1990, Hoffman, 1990, Jones, 1993). В частности, высказывались сомнения в правомерности переноса чисто биологических концепций на человека. Возникал также вопрос, не слишком ли

опускается контекст, в котором живут «индивидуальные аутопоэтические единицы» (Jones, 1993), способные создавать общую действительность. Собственно, понимание этой теории (см. Steiner et al., 1991) скорее в метафорическом, чем прямом смысле оказалось в начале 1980-х годов достаточно полезным: удалось перейти от воинственного (конкурентного) стиля работы к более кооперативному.

### **2.7. Не более чем коммуникация: теория социальных систем**

Еще Матурана и Варела осторожно высказывались о возможности переноса их теории аутопоэза живых (биологических) систем на социум и также о том, насколько подобные биологические теории уместны для объяснения социальных феноменов. Никлас Люманн (Niklas Luhmann) решил ответить на подобные вопросы. Социолог по образованию, он попытался не только «перевести» теорию Матураны, но и достичь большего — создать универсальную теорию с собственным комплексным способом аргументации, понятийным аппаратом и пониманием социальных систем (Reese-Schaefer, 1992). Здесь мы хотим выделить лишь некоторые ключевые моменты концепции Люманна и ее значение для системной терапии (см. также: Reese-Schaefer, 1992).

Общую теорию систем Люманн рассматривает с точки зрения глубинных изменений (1988a). Так, современная теория систем в значительной степени отличается от ее предшественницы — технизированной концепции, которая еще «до сего дня ассоциируется с холодным отблеском великих проектов 1950-х годов» (Reese-Schaefer, 1992, например, долгое время доминировавшая в социологии общая теория систем Талькотта Парсонса). Основное отличие концепции Люманна связано с заменой идей планирования и управления (в рамках кибернетики второго порядка) идеями описания самореферентных систем. Под самореферентностью следует понимать соединение аутопоэза с замкнутостью системы. При этом операциональная замкнутость означает постоянное осуществление системы процесса самоорганизации — и не более.

Люманн предлагает различать три класса аутопоэтических систем: *жизнь*, *сознание* и *коммуникацию* (1988a, 1988b). Эти три



системы, по Люманну, функционируют независимо друг от друга, причем он не относит сознательные (психические) и социальные системы к живым системам, а социальные — к социальным. Вместе с тем все три системы соединены множественными взаимосвязями и обуславливают друг друга.

Хотя сам Люманн (1988a) задает вопрос: «Разве это не очевидно?» — подобное деление все же может вызвать удивление. Необходимо, что следует понимать под независимым функционированием и операциональной замкнутостью жизни, сознания и коммуникации? Ответить можно так: сознание не может коммуницировать, так как лишь коммуникация способна породить другую коммуникацию. «Ни люди, ни их мозги, ни их сознания не могут коммуницировать между собой. Коммуницировать способна лишь коммуникация» (1988b; правда, эта мысль остается достаточно спорной: например, см.: Maturana и др. дискуссии с Riegas & Vetter, 1990, а также Kriz, 1990a+b). Хотя в определенном смысле мы действительно так или иначе понимаем, что жизнь и сознание протекают независимо друг от друга. Сознание мало знает о жизни своего тела; все нейрофизиологические исследования не дают знания о том, что же мы подразумеваем под сознанием.

«Жизнь живет своей жизнью, не нуждаясь для своего свершения ни в коммуникации, ни в сознании» (Luhmann, 1988a, п. 48). Как аутопоэтические системы, являющиеся окружением друг для друга, они могут подталкивать, стимулировать друг друга, но не могут целенаправленно влиять друг на друга: «Сознание ... занимает привилегированное положение — мешать коммуникации, провоцировать и отвлекать ее. Сознание не может вносить вклад в коммуникацию, так как коммуникация конструирует сама себя» (1988b, с. 893). Тесная взаимосвязь сознания и коммуникации приводит Люманна к формулировке центрального понятия — понятия смысла. Для обеих систем — и для сознания, и для коммуникации — продуктивность характеризуется созданием смысла. Поэтому в данном случае понятие смысла является объединяющим. Смысл определяется как *активный процесс*, с помощью которого из «избытка возможностей извлекаются переживания, создающие субъективную упорядоченность. Переживания и деятельность являются селекцией, совершаемой по критериям смысла» (Shaefer, 1992, с. 35).

Но и это для нас очевидно. Ибо нам редко удастся перевести физические аспекты жизни в сознание (эмоции, чувства и т. п.), не

говоря уже об отображении содержания нашего сознания в коммуникациях. Этот феномен Люманн называет «избыточным потенциалом»: те или иные системы являются окружением друг для друга и в зависимости от обстоятельств одна всегда сложнее другой.

Представим себе двух собеседников. То, что ими высказывается, будет лишь незначительной частью всего, что протекает через их сознания — мыслей, чувств, оттенков настроения, атмосферы беседы и т. п. То, что они хотели бы высказать словами, значительно меньше целого сообщения. Осознаваемые мысли хотя и сопровождают коммуникацию, но при этом не всегда соответствуют коммуникационной реальности. Сознание одного никогда не бывает в прямом контакте с сознанием другого, ибо трудно представить беспорядочное считывание информации из одного мозга другим. Вместе с тем коммуникация происходит быстрее и является более сложной, чем это совершает сознание — шаг за шагом и поэтапно. Потому коммуникация лишь частично перекрывается сознанием: так, оба человека по окончании разговора продолжают размышлять над ним, мысленно повторять некоторые аспекты. И вместе с тем у каждого в сознании останется *меньше*, чем содержалось в коммуникации.

Кроме того, в процессе поступательного развития автономные системы отличаются постоянным обновлением своих элементов. И в этом состоит их преимущество, без которого создались бы предпосылки для быстрого и неконтролируемого нарастания сложности, а соответственно, и хаоса. «Можно представить себе тот шум, который возник бы, если бы сказанные слова не затихали, а звучали бы беспрестанно!» (Luhmann, 1988b, с. 892). Любое событие исчезает, едва возникнув. Оно может оставить свои следы, но вспомнить о нем мы сможем, лишь запоминая то, что выберем как самое существенное (Luhmann, 1988a, с. 51). Иными словами, это означает, что из всей сложности события человек выбирает (т. е. вспоминает) только то, что соответствует его ведущим смысловым конструктам (личности, системе верований, биографии, жизненному стилю, системе семейных правил и т. п.).

Все три системы — жизнь, сознание и коммуникация — конечно же постоянно причастны друг другу. Без жизни нет сознания и коммуникации; коммуникация невозможна без сознания — и наоборот. Однако мы не можем говорить о без проблемном перекрывании трех систем, если они даже частично



они пересекаются (Люманн называет это интерпенетрацией). Можно представить себе высокую степень согласованности, например, когда в процессе психотерапевтического взаимодействия (разговора) содержание сознания может быть передано другому очень точно, а прием коммуникативного сообщения собеседником проверен обратной связью от терапевта.

Для системной терапии важные последствия имела концепция *относительной автономии* социальных, психических и биологических систем:

- *Чувства не говорят*: терапия — это не работа с чувствами, а скорее работа с коммуникациями о чувствах. Поэтому для клиентов и для терапевтов лучше не оценивать чувства друг друга («теперь я знаю, что вы чувствуете»), а расспрашивать о них.
- *Люди принципиально не понимают друг друга*: человек не способен напрямую заглянуть в чувства или мысли другого — лишь в той мере, в которой коммуникация затрагивает и волнует его собственную психическую систему. Важно обратить внимание: этот процесс удается лишь частично, полное согласованное перекрывание сознания и коммуникации может рассматриваться как особенный случай.
- *Коммуникативные образцы автономны по отношению к мыслям и чувствам участников коммуникации*: во время коммуникации можно проследить, как коммуникативные образцы живут своей собственной жизнью: «...длительность коммуникации в каждом отдельном случае определяется, очевидно, ее собственной организацией...» (Luhmann, 1988b, с. 887). Каждая коммуникационная система имеет собственную историю, и поэтому для успешного общения лучше заняться именно его организацией и меньше уделять внимания метафоре психической системы.
- *Как любая другая коммуникативная терапия, системная терапия не оказывает непосредственного влияния на биологическом уровне, но может этот уровень активизировать*. И наоборот, генетика и обмен веществ не могут непосредственно обуславливать поведение человека, а лишь активизировать его. Этим определяются границы системной терапии при лечении соматических заболеваний, так же как и возможности биологической терапии (а также шансы системной терапии) психических заболеваний.

## **2.8. Возвращение к личности: теория систем, центрированная на личности**

В отличие от точки зрения Люманна, концентрирующей внимание на социальных системах и коммуникации, центрированная



на личности системная теория Юргена Крица представляет собою попытку многоуровневого подхода (Kriz, 1990a, 1991, 1992b, 1994). Его темой также является коммуникация, которая более детально рассматривается в психической и физиологической плоскостях. Таким образом Криц пытается вернуть в системную теорию личность, которую из нее «выкинул» Люманн. Криц также признает существование закономерностей (образцов и структур), которые наблюдаются во взаимодействиях между членами систем, способных самоорганизовываться. Вместе с тем любое взаимодействие можно рассматривать как «отпечаток» личности каждого из участников. Поэтому основу взаимодействия составляют индивидуальные процессы. О коммуникации Криц говорит в широком, обобщенном смысле и делит ее на несколько феноменологических уровней (1990a):

- 1) коммуникативные *действия* (эфферентные коммуникации) — как полный спектр способов самовыражения личности;
- 2) *восприятие* (афферентные коммуникации) — как спектр активно сконструированных впечатлений личности;
- 3) *мысли и чувства* (самореферентные коммуникации) — как поток когнитивно-эмоциональных феноменов сознательного. Человек постоянно общается сам с собой, пребывая в беспрестанном внутреннем диалоге.

В состоянии ясного сознания человек непрерывно находится в потоке собственных впечатлений (он воспринимает), постоянно выражает что-либо наружу (то есть действует коммуникативно) и старается «увековечить» переживания в виде самореферентных мыслей и чувств. При этом необходимо заметить, что все три указанных компонента существуют в течение короткого момента времени. Все, что мы наблюдаем, описываем или попутно пытаемся изменить с помощью терапии, — все это составляет стабильные структуры динамических процессов, построенных из кратковременных элементов.

В процессе консультаций мы часто с внутренним недовольством отмечаем, что та или иная пара описывает различные по содержанию конфликты (темой ссоры являются то деньги, то уборка квартиры), воссоздавая при этом одну и ту же стабильную последовательность взаимодействий. С терапевтической точки зрения было бы интересно узнать, не изменилась ли со следующей ссорой ее *модель*.

Именно в этой точке особенно очевидна связь данной концепции с синергетикой: любое изменение можно понять с учетом того, что стабильность достигается в процессе взаимодействия частей системы. Каждый элемент содействует удержанию структуры и при этом является «работником» ее же динамики. На этой причине повреждения на одном из трех (под)уровней неизбежно повлекут за собой отрицательное влияние на весь процесс.

Афферентные коммуникации можно рассматривать с точки зрения соответствия/несоответствия контексту (например, Satir, 1990). Афферентные коммуникации подчиняются защитным механизмам восприятия, процессам селекции и деформации. Интерферентные коммуникации (то есть внутренний диалог) функционируют прежде всего опытом, который человек приобретает в течение всей своей жизни. Наконец, соотношение между впечатлениями и их выражением (действием) формируется двумя следующими важными путями:

- *нейрональными процессами*, то есть тем, что мы обычно называем памятью или внутренним диалогом (не всегда осознанным),
- *нейрональными телесными процессами*, тесно связанными посредством интероцепторов с нейрональными процессами, как, например, гормоны, состояние крови, хроническое напряжение мышц, так называемый телесный ландшафт (ср. также «телесную память» у Petzold, 1984b, 1993).

Способность к саморефлексии предоставляет возможность включаться в названные процессы. Саморефлексия является предпосылкой для дистанцирования от собственного «Я», от непосредственного существования «здесь-и-теперь»; она дает шанс взглянуть на себя с двух перспектив (Kriz, 1990a, с. 101f):

- с перспективы «там» на то, что происходит «здесь» — увидеть себя с позиции Другого, стать для себя собственным объектом (эту тему поднимал Дж. Х. Мид (G. H. Mead, 1980, оригинал 1939) в рамках символического интеракционизма). Именно там берет свое начало тематизация «ожидания ожиданий» как центральной составляющей систем-



ных процессов, то есть вопрос о том, как видит личность «обобщенный другой»;

- с перспективы «тогда» на то, что происходит «теперь». Эта перспектива дает обоснование для наших переживаний в мире живой материи в ее историческом аспекте. Ведь посредством этой перспективы реализуется наше отношение к прошлому и будущему, а следовательно, и такие базовые феномены, как грусть (направлена в прошлое) и страх (направлен в будущее).

Для того чтобы лучше понять клинико-психопатологические процессы, необходимо рассмотреть четыре процесса, которые в своем синергетическом переплетении формируют друг друга в зависимости от обстоятельств:

- 1) *телесные процессы* — то есть гормональная и иммунная системы, дыхание, осанка, телесный «панцирь»;
- 2) *когнитивно-эмоциональные процессы, сознание* — то есть поток самореферентных коммуникаций;
- 3) *импрессивные и экспрессивные коммуникационные процессы* — то есть поток афферентных и эфферентных коммуникаций;
- 4) *коммуникации взаимодействия* — то есть все, что описывается в терминах «парной динамики», «семейных правил» и т. п.

В плане рассмотренных динамик семью характеризует особая позиция, так как процессы экзистенциального обмена в ней происходят с особенной «плотностью» и скоростью. Это связано с высокой степенью интимности и утверждения смысла, а также с неконтролируемостью семейных взаимодействий. Каждая личность является своего рода «трансформатором», действующим в непрерывных коммуникациях. При этом методы самовыражения одного не обязательно совпадают с восприятием другого; общая история, общая семейная парадигма и общие смысловые штампы обуславливают особую стабильность динамики семейных коммуникаций. Такая чрезвычайная стабильность особенно поразительна при наблюдении за моделями семейных взаимодействий. Длительные иногда считанные секунды, но причиняющие немалые страдания, модели взаимодействия повторяются вновь и вновь. Нередко приходится удивляться, насколько слаженно ссорящиеся члены семьи «сотрудничают» во имя сохранения модели взаимодействия.



Каждый чувствовал бы себя в позиции проигравшего. Наблюдателю будет казаться, что каждая из коммуникаций является непосредственной реакцией на предыдущее сообщение, а скорее определяется *структурами ожиданий*, сложившимися на протяжении некоторого отрезка времени. Этот феномен Бэндлер и его соавторы (Bandler et al., 1978) назвали «коммуникацией по эталону»: партнер А реагирует на коммуникационное предложение партнера В не по принципу оригинальности (с точки зрения наблюдателя), а выбирает из сообщения В лишь некую часть, дополняя ее в соответствии со структурой собственных ожиданий.

И что же вы поняли?

О, мой муж так зыркнул на меня, что мне стало все ясно!

Запыхали ли вы то, что он сказал?

Нет. Мне и так ясно, что он может сказать, когда *так* на меня смотрит!

В этом случае А служит лишь относительно неспецифическим пусковым механизмом для включения «внутреннего фильма» у В, реакция которого будет соответствовать ожидаемым (а по фактическим) значениям. При этом высока вероятность того, что процесс от В к А будет эквивалентным. Постепенно в коммуникации каждой семьи все больше прокрадываются «давно и широко известные» моменты, которые внезапно могут экстремально обострить ситуацию. Для каждого момента коммуникации подобного типа существует заранее готовое, ожидаемое, типовое объяснение. Иными словами, реакция направлена не на *реальность*, а на *ожидание*, уменьшая любые шансы для изменения (следь при таких условиях «разрываются» петли обратных связей в коммуникации). Это, в свою очередь, приводит к блокированию нового опыта; спонтанные колебания коммуникации, которые можно было бы использовать для исправления ситуации, перестают действовать и нивелируются загодя подготовленными высказываниями. Все стараются сохранить закостеневшее привычное состояние дел: «Всегда одно и то же!».

Интегрированная на личности теория систем предлагает вариант интеграции психотерапевтических техник, при котором важнейшей является интервенция, способная изменить модель (структуру) коммуникации личности с другими либо с самим собой. *Внешние критерии* интервенции или сеттинга здесь несущественны; важнее то, как внести новый конструктивный вклад

в процесс, используя метафору Бейтсона — «изменения, приводящие к изменениям» (см. подробнее: von Schlippe, 1990).

### **2.9. Мир, созданный общими усилиями: социальный конструкционизм**

Ведущим представителем социального конструкционизма является американский социальный психолог Кен Герген (Ken Gergen). В своей теории (рассматриваемой им с позиций постмодернизма) он пытается заменить модернистские представления о «человеке-машине» с предсказуемым и программируемым поведением «...моделью человека как социальной конструкции, вплетенной в сложные общественные процессы» (1991, с. 191). С этих позиций человек перестает быть просто «фактической целостностью», подверженной влияниям окружающей среды, а сам предстает в качестве «социального конструкта». «...Он такой, каким его представляют себе другие и каким он видит себя сам» (1990, с. 195).

Подобно конструктивизму, конструкционизм исходит из постулата о принципиальной необъятности «объективной реальности». Критика конструктивизма и теории аутопоэтических систем сводится к тому, что индивид с его мозгом и способностями сотворения мира в этих концепциях является отправной точкой наблюдения, то есть наблюдателем. В противовес этому определяющим понятием для социального конструкционизма становятся «взаимоотношения» и межличностное координирование. Индивидуальность рассматривается как побочный продукт, а действительность людей «конструируется обществом» благодаря процессам коммуникации, разворачивающимся в специфическом историческом контексте. Особое внимание в теории социального конструкционизма уделяется феномену языка. Для указанных процессов язык является важнейшим средством, он и «продукт», и «производитель» человеческой действительности (Luckmann, 1990, с. 204). Язык всегда социален и требует координирования действий — по крайней мере для людей.

«Социальный конструкционизм не противоречит взглядам конструктивистов о том, что мир создается нами. Однако в основе своей наши конструкции имеют лингвистическую, а никак не психологическую, биологическую



...кую или когнитивную природу. Это означает, что имена существительных, которыми мы пользуемся, выделяют и фрагментируют наше понимание всего, что находится перед нами; соответственно, глаголы конструирования окружающего с перспективы наших поступков и действий; формы повествования составляют цепочки последовательностей и упорядоченностей. Так мы создаем понятный нам мир. Эти конструкции получают свою значимость отнюдь не потому, что они управляют нашими действиями «сверху», а потому, что мы сами используем их в отношениях с другими» (интервью Горгена с Дайслером, 1994, с. 122).

В социальном конструктивизме рассматриваются понятия и восприятие, то есть то, что они обретают свои формы вследствие «столкновения» человека с окружающим миром, то для социального конструктивизма все, что касается идей, образов, воспоминаний и т.д., представляется проявлением социального взаимодействия и осуществляется с помощью языка. «Все знание... вырастает из пространства между людьми, из области «общего мира»... Лишь в процессе непрерывного и постоянного общения с близкими человеком индивид получает ощущение идентичности или собственного внутреннего голоса» (Hoffman-Hennessy, 1992, с. 17).

Разговор — точнее, *диалог* — понимается как *место* возникновения «действительности». Здесь для терапии открывается новая палитра новых метафор. Консультантам рекомендуется мыслить в таких категориях и концепциях, как «история», «метафора», «работа со значениями», «риторика и переговоры», то есть обращать внимание на то, каким образом в системе существуют и утверждаются общие значения (Deissler et al., 1991). Эти положения социального конструкционизма составляют основу для создания в рамках системной терапии нарративного подхода (см. раздел 1.6).

Однако если действительность возникает из диалога — или мультилога, — то стоило бы выяснить, когда люди, переживая те или иные ограничения, превращают его в «монолог» (Gommel, 1994, устное сообщение). Речь идет скорее о «коллективном монологе» с равномерным ограничением всех участников к данной системе, то есть о понятии «правила». Ведь правила и являются рамкой, ограничивающей поведение людей в системе их взаимодействий. Общий монолог в виде соборности фиксирует, как правило, лишь один из возможных вариантов восприятия действительности, исключая другие перспективы и возможности. Вопрос в том, как вступить в иной способ значений» (Gommel, 1994, устное сообщение).



«Наделение значением является постоянно разворачивающимся процессом, никогда не замирающим и не зависящим от формы нашего танца. Мы вместе создаем реальность, которая, однако, никогда не обладает якорем и остается открытой для преобразований — в наших следующих беседах... Никогда не известно, в какую именно игру мы играем» (интервью Гергена с Дайслером, 1994, с. 125f).

Герген так описывает *множество перспектив*, появляющихся при явно выраженном отказе от «правильных» точек зрения:

«Копоссальные изменения, которые мы наблюдаем в советской системе, не происходят только по воле одного-единственного руководителя. К этим изменениям в обществе было готово большинство, включая некоторых членов правительства. Их готовность объясняется прежде всего тем, что, несмотря на невероятные старания удержать общество в изоляции, остановить его коммуникации с остальным миром все же не удалось. Ведь когда московская молодежь перенимала запрещенный стиль британской рок-сцены, правящая элита в то же время позволяла себе импортировать из-за «занавеса» образцы альтернативной реальности... Постмодернистский перспективизм является важным и эффективным орудием для того, чтобы избежать чрезмерного влияния локальных реальностей» (Gergen, 1990, с. 209).

Особенным пристрастием Гергена является концепция «собственного Я» в современных условиях (1991). Он говорит о «социальном насыщении». «Собственное Я» уже не втиснуто индивидом в плоть и кожу, а скорее становится отражением отношения к другим и к взаимоотношениям с другими:

«С нарастанием социальных контактов мы «впитываем других в себя», носим в себе фрагменты и частички чужой жизни. Фактически нас больше оккупируют другие. В нас медленно нарастает смешение потенциалов, каждый из которых представляет собой единичные или множественные отношения, в которые мы оказываемся втянутыми» (Gergen, 1990, с. 195).

Какие же последствия для терапии вытекают из этих размышлений? Если некоторое состояние может рассматриваться с различных перспектив по-разному, а различные перспективы, в свою очередь, приводят к разным последствиям, суждениям и решениям, то тогда само это состояние постепенно теряет свое значение: «При этом интерес смещается на то, каким образом социальные группы видят, называют и категоризируют

«...это состояние» (Gergen, 1990, с. 197). Здесь непосредственно видна четкая связь с представлениями, лежащими в основе циркулярных вопросов (ср. раздел «Системные вопросы»). Чувства также рассматриваются не так, как мы привыкли рассматривать, а скорее в качестве компонентов отношения: «Моя депрессия не является частью меня самого. Она происходит из способа моих отношений с другими. Ее можно сравнить с танцами танцовщиками, последовательность и связность движений которых составляет суть танца. Это «наша депрессия». А не только лишь ее носитель» (1990, с. 198).

Для того, кто ступил на дорогу постмодернистского мышления, возврата к «тордым фактам» и «вещам в себе» нет. Так как постмодернизм не имеет ни основных положений, ни строгой программы, он изначально тоталитарен: в противовес модернизму, он не пытается «давить» на какие-либо высказывания касательно «собственного Я». Как в архитектуре и искусстве, постмодернизм «приглашает» всех относиться к нашему проекту как кому нравится. Мы не должны избавляться от каких-либо предыдущих понятийных наработок о себе. Нам следует «отдать должное» своему предыдущему миру понятий так же, как мы согласуем себя с обычаями и играми. И в дальнейшем мы можем пользоваться такими понятиями, как «страсть», «интуиция», «креативность», «личностные черты» и т.п., вовсе не потому, что они правильно отражают определяемое ими, а только для того, чтобы иметь опору для сохранения традиций. Здесь речь идет вовсе не о несерьезном отношении к понятиям; важно понять их историческую и культуральную относительность. Возможно, в рассмотрении себя сквозь призму отношений и кроется шанс новой вселенской гармонии. Если мы полностью «насекаем» друг друга, если *Мое* бытие одновременно является и *Твоим* бытием, то можем ли мы причинить кому-то что-либо, не причинив в какой-то мере того же и себе? Именно в таком всемирном расширении взаимозависимости я вижу самый важный эффект постмодернистского перелома. Для дальнейшего развития в этом направлении значительный вклад должна была бы сделать психология, исполненная «...налагаемой ответственности» (Gergen, 1990, с. 198)\*.

## 2.10. Конец больших проектов: философия постмодернизма

Дебаты французских философов на тему *постмодернизма* и связанные с ними языково-философские проблемы конца 1980-х го-

\* Более детальную критическую дискуссию с положениями, высказанными Гергеном, можно найти в журнале «Psychologische Rundschau» № 41, 1990, с. 191—210.

дов оказали свое влияние на системное консультирование. Начало было положено в 1979 году, когда на свет появилась публикация Жана Франсуа Лиотара (Jean Francois Lyotard) «Постмодернистское знание». В ней Лиотар сформулировал диагноз постиндустриальной эпохи как «конец великих мета-сюжетов», в которые уже никто не верит. К подобным мета-сюжетам он причисляет как грандиозные мифы о сотворении мира, так и не менее громкие проекты по его спасению. Все это Лиотар рассматривает в качестве «языковых игр», а сами проекты уличает в склонности к тоталитаризму, предвещая рассеивание и потерю единства (плюрализацию) языковых забав. Большинство гетерогенных теорий и проектов спокойно сосуществуют, не интегрируясь при этом в единую, большую, «наилучшую и наиправильнейшую» метатеорию.

Немецкий теоретик Вольфганг Вельш (Wolfgang Ivers) называет постмодернизм «конституцией радикального плюрализма» (1991, с. 4) и выделяет несколько его плоскостей: обществу с его разнообразием, включая основные ценности; индивиду, живущий во множестве противоречивых идей и способов собственной актуализации — способов, которые индивид к тому же объединяет в себе самом; теория, утверждающая свою несообразность и готовая к новым «смещениям» собственного смыслового выражения. В этой точке постмодернизм прощается с модернизмом, с так называемым новым временем и с «основной навязчивой идеей — пространством единства» (Welsch, 1991, с. 6). Постмодернизм появляется там, где практикуется «безоговорочный плюрализм языка, моделей, методов — причем как в различных, так и в рамках одного и того же произведения» (Welsch, с. 16f). Это сопровождается базисной установкой заинтересованного любопытства по отношению к самому себе: «всегда сомневаться в себе, не воспринимать себя слишком всерьез» (Richterich, 1993, с. 29). Высказанные можно применить к социологической диагностике современного общества (Beck, 1986), а также к архитектуре; именно они придали существенный импульс развитию постмодернизма.

«Деррида считает, что, как мышление и письмо, процесс возведения архитектурных строений также является способом сотворения мира. И он утверждает, что «мы живем в написанном, а письмо — это определенный способ жизни», то справедливо будет и обратное: строить и жить — это также один из способов «писать», то есть генерировать и совершать».



омасштабные процессы. Вот почему архитектура является темой мирового масштаба. Мир «пишется» колоннами, площадями и крышами» (Wolach, 1991, с. 145).

Эти идеи предоставили системному консультированию еще один аргумент в пользу обыгрывания в семьях, группах и организациях различных моделей действительности, не рассматривая при этом ни одну из них в качестве более совершенной. С точки зрения позиций консультированием считается любое конструирование дополнительных «повествований», которые дают возможность расширить сложность восприятия. Это, в свою очередь, позволяет тем, кто ищет совета, строить для себя новые реальности. Однако не только системные терапевты, но и многие другие видят угрозу беззакония в подобной редукции консультирования до простого собеседования, а за ним — и некомпетентности.

И все же «дикий способ мышления», благодаря которому постмодернизм смог двигаться вперед, расширил реальные возможности практикующих терапевтов для обучения у нескольких мастеров *одновременно*. Такую модель терапии Орлински (Orlinsky) формулирует как специфическую: «Обучение у многих мастеров» («Learning from many masters») (1994). Поэтому современные терапевты при развитии своего стиля опираются на разнообразие возможностей, а не на единственный «большой психотерапевтический проект», который поддерживал бы их в поисках почвы для профессиональной деятельности. При этом ориентация на различные модели, в том числе и философской направленности, соответствует прежде всего требованиям практики (применение философии в системной терапии — см. Wolach & Schweitzer, 1992).

Новые стимулы для системных дискуссий дали Фуко (Foucault) и Деррида (Derrida) — два мыслителя французского *постструктурализма*. Их духовные предшественники — структуралисты (например, Леви-Штраусс) надеялись приблизиться к структуре духа посредством изучения бессознательных коллективных структур. Эти надежды еще можно было бы приписать к «большим проектам». Структурализм смог повлиять на способ мышления в отдельных областях психоанализа, прежде всего французского (например, Лакан), а также структурной семейной терапии. Но всех их интересовало то, какие именно бессознательные и властные структуры прячутся за фасадом язы-

ка и форм его использования, а также то, как эти структуры репродуцируют себя с помощью того же языка.

Одним из выдающихся мыслителей эпохи постмодернизма является Фуко (умер в 1984 году). Именно его темой стала «власть», сама себя воспроизводящая в обществе и в действиях людей благодаря языку и знаниям. Фуко занимался поиском имплицитных систем, определяющих господствующие коды, продукты действительности и повседневного поведения. Он пытался «найти их первопричину, раскрыть их формирование, а также давление, которое эти системы оказывают на нас» (1974).

«Философия является движением вперед, с помощью которого мы отыскиваем новые правила игры. Это никогда не получается без усилий и сомнений, без мечтаний и иллюзий, освобождающих нас от привычной истины» (Foucault, цит. по: Fink-Eitel, 1989).

«...Поэтому меня нельзя... считать структуралистом... Ведь я не занимаюсь смыслами и условиями их возникновения, а лишь предпосылками изменений или прерывания смыслов, то есть предпосылками угасания смысла и возможности возникновения нового смысла» (Foucault, 1974, с. 9f).

Для достижения своей цели Фуко применял «археологический метод». Он пытался реконструировать способы, которыми общество контролирует свой дискурс в разные эпохи; отсюда он старался сделать выводы о маскирующих стратегиях современности. Фуко выделял три варианта общественной процедуры исключения, посредством которой репродуцируется власть (1991):

- *запрещенное слово*, прежде всего в области политики и сексуальности;
- отличие между *здравым рассудком* и *бредом*;
- отличие между *истинным* и *фальшивым*.

Во многих публикациях Фуко чувствуется опыт его психологической и герменевтической работы, в частности, по изучению предсознательных предпосылок актуального сознательного. Для системной терапии крайне важными оказались его размышления об утрате свободы ценой ограничения познания в угоду «конструирования собственного экзистенциального проекта». В этой точке отслеживается пересечение системной ра

понятием «смысла возможностей» (см. раздел 7.5). Каждый человек, будучи «суверенным субъектом познания» (Derrida, цит. по: Fink-Eitel, 1989, с. 45), способен начать поиск альтернативного знания — хотя бы в себе самом.

Ученик Фуко, философ и литературовед Деррида, продолжил поиски закулисной стороны того, что наперед устанавливает и создает наше видение действительности. Как и Фуко, его интересует не столько построение новой системы знаний, сколько проблематизирование и проблематизирование сомнений относительно господствующего дискурса. Деррида сочетает понимание с ломкой привычного отношения к вещам, заложенного, например, в здравом смысле. Он выступает как выразитель «стратегии решительного плюрализма», требуя «нового способа написания — говорящего на многих языках и в то же время порождающего палитру текстов» (цит. по: Welsch, 1991, с. 143). Решающим для него оказывается то, что смысл как таковой никогда не присутствует в полной мере, так как рассредоточен в различных направлениях и всегда перемещается. Наверное, поэтому и сам Деррида пишет обычно малопонятным, поэтическим, почти сюрреалистическим языком.

«Символ? Великий всепоглощающий огонь, в который мы, вместе с нашей памятью, закинули бы наши имена, письма, фотографии, любой предметную мелочь, ключи, фетиши и т. п.»

«... Мне никогда не удастся попасть туда; всюду властвует зараза, и мы никогда не сможем раздуть пожар. Язык отравляет нам самую сокровенную часть наших тайн; мы даже не сможем сгореть в мире с собой» (Derrida, 1988).

Деррида — радикальный представитель философии различия. «Размышлять в категориях различий означает следующее: не идентифицировать, не сводить к однотипному то, что принадлежит другому и разному... Дифференциальное мышление может быть только самоотличающимся, дифференцирующим и ни в коем случае не тождественным самому себе» (Kimmerle, 1994, с. 7). Поскольку Деррида стремился избежать любой стратегической фиксации своих мыслей на бумаге, то и писать о нем как о философе не принято. Не до конца понятным остается центральное для его практики понятие *деконструкции* (Culler, 1988). Сам он не рассматривает деконструкцию в качестве метода, а что следует подразумевать под этим понятием, остается настолько



расплывчатым и настолько по-разному интерпретируется, что можно не лишь догадываться, идет ли речь о философской позиции, политической либо интеллектуальной стратегии, или же, возможно, об отдельной разновидности литературы. Возможно, лучше понять деконструкцию как некую критическую позицию по отношению к любым существующим описаниям: «...В классическом философском противоречии мы имеем дело не с мирным сосуществованием того или иного визави, а с насильственной иерархией... Одно из двух утверждений овладевает... другим, располагается над ним. Деконструкция противоречия состоит прежде всего в том, чтобы разрушить существующую в данный момент иерархию» (Derrida, цит. по: Culler, 1988, с. 95). Работая в рамках понятийной системы, практика деконструкции ставит своей целью развал этой же системы; она (эта практика) играет со смыслами, наперед подготавливая новые корреляции, сочетания и контексты. Деконструкция не может происходить там, где есть приверженность здравому смыслу.

Здесь можно провести некоторые аналогии — как мы видим у Майкла Уайта (White, 1992) — с практикой системной терапии в форме гипотетических вопросов, в поисках исключений и создании альтернативных историй («хорошо известное сделать незнакомым»). Сюда же можно отнести игру с альтернативными реальностями, использующуюся в тех формах терапии, которые целенаправленно применяют творчество для конструирования нового смысла — как, например, психодрама или интегративная терапия (Petzold, 1993).

«Деррида полностью осознает парадоксы собственной теории... Речь идет о том, чтобы... выстоять под давлением этого парадокса. Все теми же путями исследовать граничные зоны, в которые попадаешь, познавая метафизику, но вместе с тем не достигая новых позиций, какими бы именами эти позиции не наделялись: постструктурализм, антигуманизм, постмодернизм или плюрализм интерпретаций... Позиции были и остаются различными; они постоянно показывают нам другое лицо и находятся в постоянном движении» (Kimmerle, 1988, с. 111 и 114f).

Господствующий дискурс нужно сломать путем деконструкции. В этой позиции кроется глубокий скепсис по отношению к отображаемой реальности, равно как и постоянная готовность разрушать заданные конструкции, «политизация того, что при иных обстоятельствах считалось бы нейтральными рамками» (Culler, 1988, с. 174). Уже само описание предмета с ра

Эта перспектива является деконструкцией; но она есть также и попытка выявить якобы косвенных деталей, которые при их охватывании могут придать сюжету иное звучание: «Деконструировать что-то написанное означает применить определенный способ стратегического разворота, при котором особенно важными оказываются не замеченные ранее детали (как, например, неочевидные метафоры, сноски, случайные изменения направления аргументации и т. п.) — то есть все то, что обычно упускается из виду интерпретаторами ортодоксальных мыслей» (Derrida, цит. по: Jones, 1993, с. 139). Деконструкция позволяет задуматься над историями, скрытыми за доминирующим сюжетом: где находится альтернативное знание, какие точки зрения исключены без внимания или подверглись дискриминации? Важной формой деконструкции является переворачивание причинно-следственных взаимосвязей. Эта форма также находит отклик и в терапевтической практике — когда фраза «Мне грустно, потому что моя подруга бросила меня» вдруг переворачивается наизнанку и звучит как «Моя подруга бросила меня, потому что я грустный».

### 3. Основные вопросы системной терапии

Предыдущий раздел был посвящен различным концепциям системной теории. В этом мы подробнее рассмотрим три ее ключевых вопроса: «Что есть действительность?», «Как воспринимается каузальность?» и «Какую роль при этом играет язык?». При обсуждении тех или иных подходов мы не будем забывать о них. Так как эти вопросы имеют отношение к основным познавательным-теоретическим предпосылкам системной терапии, в дальнейшем их необходимо будет рассмотреть более основательно.

#### 1.1. Реальность:

##### что такое действительность?

«Система — это не то, что предлагается наблюдателю; система — это то, что познается им» (Maturana, 1982, с. 175). В этой фразе содержится вся суть системной теории познания: систе-

ма видится не такой, какая она «есть в действительности», о системе можно говорить лишь тогда, когда ее можно соотносить с тем, кто ее познает. Наблюдатель *принимает решение* о делении сверхсложной целостности экосистемы на субцелостности, например, на «человека», «семью», «поведение» и т. п. Но если систем, о которых говорится в этой книге, «не существует», то что же тогда вообще существует? Таким образом ставится вопрос о системном понимании действительности\*.

Действительность нельзя рассматривать отдельно от ее наблюдателя. Это не означает, что не существует реальности как таковой. Однако неразумно было бы говорить о реальности без учета конституирующего процесса — процесса взаимодействия между познающей и познаваемой системами: «Системы познаются системами» (Schiepek, 1987). Поэтому вопрос о том, существует ли «действительность» независимо от познавательной системы, является неуместным (Kriz, 1981).

Подобный подход (его еще называют конструктивистским) ставит под сомнение — и весьма радикально — наивный реализм (Кини), положения которого мы кладем в основу нашего ежедневного опыта, полагая их самоочевидными. Можно сказать, что теоретико-познавательные основы современного системного мышления — по крайней мере сегодня — лежат в философии конструктивизма. С ней ассоциируются такие имена, как Хайнц фон Ферстер (Heinz von Foerster; Вацлавик и Криш опубликовали в 1991 году работу к его юбилею), Грегори Бейтсон, Умберто Матурана, Франциско Варела и Эрнст фон Гласерсфельд (Ernst von Glasersfeld) (см. также список литературы Neil & Schmidt, 1992).

Основной вопрос конструктивизма состоит в том, каким образом мы способны принимать активное участие в конструировании мира нашего собственного опыта. Познавание — это выявление различий, совершаемое субъектом познавательного акта. Без такой способности невозможной оказалась бы любая ориентация, а следовательно, и выживание. Мы вынуждены создавать концепции, «географические карты», помогающие нам находить решения. Даже такие, казалось бы, привычные понятия, как «душа», «тело», «болезнь», «семья», есть не что иное, как концепции подобного рода. Путаница, возникающая вслед

\* В дальнейшем термином «действительность» мы будем обозначать *мир /в/ номенов*, то есть мир, познаваемый наблюдателем. Термин «реальность» мы будем использовать для познавательного процесса *трансфеноменального мира*.



принятия тех или иных концепций, конструируемых нами для лучшей ориентации в мире, может иметь серьезные последствия (так называемая категориальная ошибка). Ключевым вопросом является вопрос «Где находится то, о чем в данный момент я говорю. — где-то снаружи или в моей голове?» (или даже «Где находится голова, о которой здесь говорится?»). Ведь мы склонны думать, что когда речь идет о понятиях, то имеется в виду не возможность понимания вещей, а не вещи как таковые. Принимая мир, мы забываем все, что было сделано нами для восприятия его именно в том виде, в котором мы его восприняли» (Varela, 1981). Еще более провокационно эта мысль звучит у фон Ферстера: «Окружающий мир, воспринимаемый нами, — лишь наша выдумка» (von Foerster, 1981, с. 40).

Американский антрополог Кастанеда, ученик индейского целителя, пишет: «Первый шаг учителя — заронить мысль о том, что мир, который, как нам кажется, мы наблюдаем, является лишь одним из его вариантов, описываемых нами. Принять подобную точку зрения — тяжелейшая задача. Мы успокаиваем себя и втягиваемся в общепринятые формы видения мира — так, будто уже знаем о нем все. Но ведь это неизбежно порождает нам наши ощущения и действия. Поэтому учитель с самого начала указывает на необходимость отказаться от подобного отношения к миру. Шаманы называют это остановкой внутреннего диалога. Они убеждены, что овладение этой техникой — самый важный момент обучения начинающего» (Castaneda, 1974).

Конструктивизм продолжает традицию Канта: разум не черпает законы из природы; он приписывает их природе. Поэтому каждая теория является теорией наблюдателя или исследователя. Даже такие фундаментальные «столпы» познания, как время и пространство, следует рассматривать не как данность объективного мира, а как универсальный понятийный каркас наших представлений (Glaserfeld, 1991, с. 23). Из этого вытекает радикальное изменение в определении знания:

«Если время и пространство являются координатами или принципами, упорядочивающими наши переживания, то тогда ничто невозможно представить себе *вне их*. И действительно, за границами этой системы координат нельзя будет размышлять (или в буквальном смысле — подумывать) ни о форме, ни о ходе событий, ни о какой-либо упорядоченности. Соответственно то, что мы называем знанием, не может быть образом или отражением «реальности», которой не касалось бы наше переживание» (von Glaserfeld, 1991, с. 23).

Действительность является продуктом дееспособных отличий. А это означает, что существует принципиальная возможность упростить сложность мира различными способами. Вместе с тем мы несем максимальную ответственность за то, что считаем «истинным» или «действительным». Признание той или иной модели не может основываться лишь на критериях «правильно/неправильно». Максимум, на что мы можем рассчитывать, — это наши представления о «правильности» и «неправильности». Соответственно, для формирования точки зрения на действительность лучше опираться на критерии *соразмерности* и *общепринятой этики*. В системном подходе проявляется уважение к любым попыткам упростить сложную картину мира и создавать все новые его концепции, которые предлагали бы нормы действий в виде «географических карт».

Рассмотренное понятие действительности скорее воспринимается в сфере межчеловеческих отношений. Здесь мы имеем дело с так называемой «мягкой» или «относительной» реальностью (Simon & Stierlin, 1984, с. 41f). Так, например, довольно трудно «объективно» утверждать, «действительно» ли любит меня моя подруга или же только демонстрирует, что любит (хотя найдется немало таких, кто все же пытается этот вопрос выяснить). С другой стороны, не вызывает никаких сомнений, что то, на чем я пишу, является столом, а не отбивной, — это однозначно, не так ли?

В начале двадцатого столетия физика открыла относительность субъективных переживаний. То, что переживалось как твердое и нерушимое, оказалось процессом — чем-то, что постоянно находится в движении. Когда возможности наблюдения предсказать поведение элементарных частиц оказались ограниченными, то на первый план вышли релятивистские взгляды. Исследователи того времени сообщали о своем глубоком потрясении, когда под сомнение было поставлено видение неизменной действительности. Ф. Крамер и И. Кемпергер (Cramer и Kemperger, 1990) формулируют это схожим образом «Мир — это процесс. Он не *есть*, он *происходит!*».

Важно, однако, отметить, что этот процесс претворения в действительность, а следовательно, и сама действительность являются результатом личного, так называемого солипсистского процесса, а представляют собой коллективный и консенсусный феномен. Люди не живут разрозненно; они всегда живут в системе социальных взаимосвязей. И то, что мы определяем

«действительность», происходит из «диалога». Для нас действительное — это то, что мы учимся распознавать как «действительность» в процессах длительной социализации и языкового опосредования. Системы конструируют общие пространства действительности на основе взаимной договоренности. Эта договоренность — консенсус — решает, как нужно смотреть на мир. Чувство счастья или несчастья, удовлетворения или неудовлетворения в значительной степени зависят от общей, коллективной точки зрения на то, какими являются «действительности» системы в наших переживаниях (то есть как эти «действительности» заданы в переживаниях).

Этим предостережь: данное краткое изложение проблемы действительности не означает, что с этим понятием можно обращаться произвольно. Формулу «каждый сам кузнец своего счастья» можно понять и наоборот — как скрытую «инструкцию неудачника» (Watzlawick, 1983). Конструкция действительности отражает, кроме всего прочего, качество общественной матрицы, а не только семьи. И даже «мягкие» (нежесткие) конструкторы действительности могут привести в итоге к созданию «жестких» фактов. Эту «твердость» можно ощутить не только в тех случаях, когда уже попадаешь за решетку. Ситуации конструирования действительности К. Шнеевинд и его соавторы (Schneewind et al., 1983) предпочитают называть «структурированным ассортиментом экологического контекста». Например, для того чтобы принять решение, стоит или не стоит пойти поплавать, необходимо иметь гарантированную возможность доступа в бассейн. Или еще проще: действительность женщины — прожить свою жизнь домохозяйкой, матерью и героической опорой для своего мужа — конструируется в более общем дискурсе (т. е. в более широких социальных рамках. — *Прим. пер.*), а не только лишь ею и ее мужем (хотя именно такой вариант сегодня встречается чаще). Ибо такой вариант «действительности» женщина выбирает главным образом из-за большого количества заданных извне условий — таких, как отсутствие места в детском саду для ее ребенка, невозможность работать неполный день и многого другого.

### 3.2. Каузальность:

#### что является причиной чего?

Для системного понимания каузальности (причинно-следственной связи) важно учитывать общие положения теории познания (эпистемологии). Если не «существует» оторванных от наблюдателя систем, если каждый участник системы может



рассматриваться одновременно и в качестве зрителя, тогда следует говорить о *моделях* отношений и взаимодействий. Изменения в одной части системы вызывают изменения в другой ее части. Ведь изменение не является чем-то происходящим объективно; оно представляет собой отличие в восприятии разных людей, обозначающих это отличие как изменение — изменение, которое озадачивает и вызывает у этих же наблюдателей иные формы поведения, что, в свою очередь, воспринимается как изменение, и т. д. (изменения влекут за собой изменения). Такой ход событий ставит под сомнение базовое предположение о том, что все имеет одну или несколько причин, а вместе с тем — и принципиальность вопроса «почему?». Многие авторы указывают на то, что линейный принцип причинно-следственной связи недопустим для концептуализации социальных взаимосвязей в качестве системы.

В социальных системах исходной точкой является *рекурсивность социальных процессов*. Поведение каждого участника этого процесса обуславливается другими участниками, и наоборот. Поэтому линейная каузальность будет здесь недопустимым упрощением. Эти явления лучше можно описать термином «циркулярная каузальность», введенным Норбертом Винером (Norbert Wiener) для уточнения кибернетических процессов взаимозависимости частей целостной системы. Каждое действие в сети взаимодействий отражается в поведении действующей личности, и этот круг взаимозависимостей принято определять как «самореферентность» или «самообратность». Кажется бы, понятие циркулярной каузальности требует от исследователя иного подхода к пониманию причинно-следственной связи. Но это не так. В дискуссиях семейных терапевтов особый акцент делался на целесообразности отказа от понятия каузальности. Так, П. Делл (Dell, 1986) предлагает говорить о «созволюции моделей» — стратегии, согласно которой понятия причин заменяются описаниями образцов, в рамках которых ни одна из величин не занимала бы детерминирующего положение. Преимущества концепции «образцов» состоят во включении наблюдателя в общий контекст. «Основополагающим фактом «внутреннего опыта» является то, что причину можно представить себе после того, как действие уже совершено... Таким образом, каузальная схема становится... не бессмысленным базисом, а продуктом риторической операции» (Nietzsche, цит. по: Culler, 1988, с. 96).

Но не только системная терапия занималась вопросом, «существует» ли причинность. Х. фон Ферстер (von Foerster) приводит такую цитату из Виттгенштейна (Wittgenstein): «Вера в существование причинно-следственных взаимосвязей — это суеверие» (1988, с. 24). Мы же считаем, что речь здесь идет прежде всего об *эпистемологической* проблеме, а само понятие «каузальности» отражает попытку упрощения картины мира со стороны наблюдателя. Каузальность существует лишь в нашей голове, а не «где-то там снаружи»; поэтому использование понятия «причинно-следственных взаимосвязей» следует рассматривать в контексте прагматических подходов, а никак не в категориях «правильно/неправильно».

Но это важно. Ведь отказ от веры в каузальность заставляет еще раз задуматься о возможностях интервенций (при этом не ставя под сомнение эффективность действий). Все, что можно в рамках системы, будучи ее частью, не дает мне оснований заранее просчитывать результаты моих же действий.

В *терапии* может оказаться полезной позиция вне семьи — как участие значимого окружения для системы, обеспечивающее рамочные условия для достижения необходимых изменений. Этот процесс *супервизии* также бывает целесообразно воспринимать собой частью модели или частью системной проблемы — и тогда рассматривать связи взаимодействий, внутри которых я как супервизор) нахожусь.

Биолог Р. Ридль (Riedl, 1981) считает каузальный тип мышления врожденной познавательной структурой, своего рода «предопределенным учителем-наставником», эволюционный смысл которого проявляется в мире, структурированном со средней степенью сложности. Мыслить каузальными связями хорошо в повседневной жизни, при конфронтации с миром вещей: кто хочет, чтобы стало светло, и нажимает для этого на выключатель, тот получает с помощью каузального мышления желаемый функциональный результат. Представления о том, что подобное «быстрое» действие (интеракция) имеет отношение к целой совокупности накопленного в обществе опыта, анализ собственного поведения (почему мне для включения света не нужен выключатель), осознание того, сколько людей принимали участие в функционировании выключателя (или еще круче — осознание того, что для определенных функциональных изменений материи требуются определенные поведенческие схемы), были бы в этом случае, в банальном случае (включение света) скорее препят-

ствием. При подобном действии речь идет об эффективном прагматичном познавательном подходе, а именно об установлении эффективной связи между концепциями «свет» и «выключатель» на основе каузальности.

**Выключатель → Свет**

Если же я сам, являясь познающим субъектом, буду пытаться связать между собой такие сложные причинно-следственные вещи, как «тело» и «расстройство» или «мать» и «ребенок-шизофреник», то я упускаю из виду то, что соответствующие им концепции отражают не вещи, а «процессы». Я могу забыть, что мой акт познания базируется на изолированном понятии «мать» или на общепризнанных в моем обществе языковых конструкциях «психическое расстройство», «шизофрения» и т. д. А это означает, что, опираясь на эти познавательные акты, я буду использовать моих врожденных «учителей-наставников», то есть познавательную стратегию, ориентированную на каузальность, например:

**Мать → Шизофрения**

или же в другой, не менее проблемной связи:

**Семья → Болезнь**

Если отображаемые связи имеют место, то необходимо понимать, что между двумя понятиями существуют миллиарды векторов взаимодействий. Каждый из этих векторов представляет собой часть процесса в сложном кругу взаимодействий — процесса, разбитого на бесконечное количество малых последовательностей. Поэтому утверждение «если мать делает X, то ребенок делает Y» не всегда будет *ошибочным*, так как существует возможность разложить каждое событие на меньшие причинно-следственные отрезки. Такие попытки упрощения могут оказаться полезными в различных ситуациях консультирования (хотя подобная стратегия не всегда будет успешной). Некоторые упрощения, если они не противоречат принципу рекурсивности (см. ниже) и дают возможность рассматривать обоих участников процесса как часть общего образца, позволяют избежать асимметрии в оценках и, соответственно, угри-



вний совести (чувства вины). Здесь речь не идет о вопросе «верно/неверно», а скорее о *смысле и этичности* процедуры разделения взаимодействий (например, между родителями и детьми) на отрезки, а также умения увидеть их сложность лишь на основании причинно-следственных связей. Смысл и этичность подобной процедуры заключаются в максимально бережном обращении с отношениями между родителями и оставшимися членами семьи, а также с взаимными влияниями в системе «родители — ребенок» (von Schlippe & Matthaei, 1987).

Можно считать, что для системного подхода каузальности как единственного объясняющего принципа для понимания сути дела недостаточно. В теории семейной терапии определение ролей отдельных личностей не всегда сочетается с понятием каузальности. Так, ребенка нельзя рассматривать только и исключительно как «больного» либо как «жертву» требовательных родителей или больной матери; скорее, ребенок является частью особенного «танца отношений» (Минухин), приносящего страдания всем участникам. Симптом следует понимать как сигнал, как призыв о помощи всей семье. Поэтому «пациент» часто обозначается как *«идентифицированный пациент»*, чем подчеркивается его роль индикатора системы.

В системной теории познания вопрос о причине любого расстройства не имеет смысла. Не нужно лишний раз говорить о поисках ответа на этот вопрос, так как проблема здесь не в ответе, а в самом вопросе. Поэтому системная терапия не занимается «лечением» ни причин, ни симптомов; она лишь предлагает живым системам дополнительный импульс для создания новых образцов взаимодействия, для принятия новой формы организации, которая дает возможность для развития и роста.

### **3.3. Язык и рекурсивность: как создаются социальные действительности?**

#### **«Империя языка»**

Если «действительность (действительности)» — это результат общего соглашения, если концепция каузальности — скорее познавательный инструмент (а не онтологический принцип), то давайте сформулируем вопрос следующим образом:

как внутри социальных систем создается то, что все мы вместе переживаем как действительность? «Люди — не единственные животные, способные овладеть «сферой языка» для обеспечения собственного социального существования. Однако лишь людям свойственно создавать в своей языковой координации поведения новую сферу феноменов, а именно — империю языка» (Maturana & Varela, 1987, с. 226).

С этой империей связаны две разные плоскости: одна из них — *вещи*, другая — *то, что мы говорим о вещах*. Особенно отчетливо это выражает цитата из К. Томма (Tomma, 1989b): «Дух не находится в мозге; он находится в лингвистических взаимодействиях людей-актеров» (с. 201). Мы не в состоянии постичь знание о мире вещей без путешествия в мир описаний «Язык никогда не был бы изобретен, если бы он был необходим лишь для интернализации внешнего мира. Поэтому он не может быть только способом отражения мира. Акт познания обусловлен координированным поведением, основой которого является язык, а результатом — мир в его языковом выражении» (Maturana & Varela, 1987, с. 253).

В работе, посвященной сознанию, Дж. Джейнес (Jaunes, 1988) описывает язык не просто как способ общения, а еще и как «орган восприятия». При этом функционирование сознания рассматривается по аналогии с восприятием: не имея возможности осознавать то, что является неосознаваемым, мы постоянно конструируем континуальность (непрерывность) и константность (постоянство) собственных переживаний, преодолеваем «слепые пятна» нашего сознательного, чтобы получить возможность стабилизировать наш мир в процессе активной самоорганизации.

«...Ощущение наполненной и непрерывной внутренней жизни, потока, то спокойно и неспешно струящегося в мечтательной задумчивости, то стремительно срывающегося в теснины внезапных озарений, то опять равномерно шумящего в дни бодрого и приподнятого настроения, — это ощущение является лишь метафорой для отражения того, каким образом наше субъективное сознательное представляет себе, чем является это субъективное сознание... Подобно тому, как «дыры» в нашем пространственном восприятии, обусловленные слепыми пятнами, «латаются» для того, чтобы не оставалось даже малейших пробелов в нашем видении мира, так и наше сознание «смыкается» над своими временными дырами, создавая иллюзию непрерывности» (Jaunes, 1988, с. 37f).

Однако описанный процесс происходит не на индивидуальном, а на социально-коммуникационном уровне — ведь для сохранения стабильного образа мира мы вынуждены постоянно рассказывать о нем друг другу. «Люди искусно рассказывают истории, и в этом они неисправимы. К тому же они имеют привычку отождествлять себя с рассказываемыми ими историями. Повторяясь множество раз, эти истории закрепляют новую реальность; таким образом, рассказчики все больше становятся заложниками рамок, созданных не без их же участия» (Hall et al., 1992, с. 115). Наш язык представляет собой рамки, в которых мы сохраняем значения полученного опыта; без такого значения наш опыт (теперь?) вообще немислим.

Жизнь людей разворачивается в мире значений, общения, переговоров и рассказов: «Сознание соткано из той же материи, что и вымысел, фантазии или поэзия... Это плод метафорического языка» (Jaunes, 1988, с. 77f). Некоторых представителей темной терапии эти теоретические представления привели к постановке вопроса, не следует ли заменить общие рамочные концепции кибернетики и теории систем на лингвистический подход. Соответственно, семью можно рассматривать не как кибернетическую систему, в которой регулирование поведения осуществляется на основе взаимодействий участников, а скорее как языковую систему, где участники конструируют общие представления о действительности, создавая с помощью общения необходимые значения.

#### *Язык как средство упорядочивания, язык как тривиализатор*

Привычные представления говорят нам, что язык дает возможность отображать мир. Слово «стол» представляет в моей голове вещь, которая является «столом». Следовательно, мы видим основную задачу языка в обеспечении таких описаний, припом которых были бы понятия «правда», «объективность», «реальность». Мы должны постоянно удерживать в своем сознании то, в какой степени опыт нашей действительности конструирован языком. Для основоположника синергетики И. Хакена язык является примером «средства упорядочивания», который берет в рабство каждого, кто им пользуется (см. выше). Барф (цит. по: Mengham, 1995, с. 18) понимает язык как «по-



что самостоятельный и самодостаточный интеллект», использующий языковую компетенцию.

«Если мы хотим выбраться из темноты безмолвия, тогда мы вынуждены покориться силам порядка, правилам и грамматическим структурам, приводящимся в действие языком... Причинно-следственные цепочки и пунктуации вырастают непосредственно из неподвластного рефлексии способа объединения подлежащих и сказуемых, из упорядочивания слов в последовательности, результатом которых становятся предложения, а следовательно, объяснения. «Камень разбивает стекло. Отец надоедает матери. Измена мужа разбивает сердце жены. Поддразнивание Лотты одноклассниками из-за ее полноты привело ее к анорексии и т. п.» Следовательно, как только мы пытаемся говорить, как только мы пытаемся придерживаться направления, которое задает нам язык, сразу же будто сами собой появляются и причинно-следственные связи и пояснения и смыслы, и рамки реальности» (Stierlin, 1990, с. 267f).

Этому соответствует предложенное фон Ферстером понятие «тривиализации», описанное Хакеном как «упорядочивание». Оба эти понятия указывают на сокращение вариантов выбора, которыми располагают элементы системы. Живые системы с неограниченным и непредсказуемым репертуаром способов поведения и переживания по мере их включения в систему (нарастания принадлежности к ней) непременно «тривиализируются». Это означает, что способы поведения, соответствующие правилам системы, образуют классы (типологируются), а остальные угнетаются (von Foerster, 1981).

К примеру, известно, что система восприятия новорожденного может структурировать информацию самыми разными способами. Сразу же после рождения дети способны отвечать на любые языковые послылы минимальными телесными движениями (не имеет значения, по-китайски, по-русски или по-немецки эти послылы озвучиваются); так они начинают расставлять свою пунктуацию в постоянном потоке языка, направленного на них (Kriz et al., 1987, с. 25). Эта универсальная способность исчезнет спустя несколько месяцев. Вместе с тем язык, на котором говорит мать, все четче раскладывается младенцем на фонемы, и благодаря своим универсальным способностям ребенок все лучше понимает именно этот язык. Происходит необходимое и очевидное ограничение. Однако эта очевидность является лишь частичной: ведь ребенок получает новую способность более высокого ранга, а именно — понимание языка. Язык есть система. Вхождение в эту систему, структурное связывание когнитивной сферы ребенка с системой языка от

начает, что произошла редукция в выборе возможностей; но одновременно улучшилось общение со сложным миром: «ням-ням» становится уже не произвольной, а абсолютно предсказуемой, связанной с кормлением последовательностью звуков. Поэтому обучение в то же время является и ограничением, и расширением возможностей (цит. по: von Schlippe, 1991, с. 369). Хакен (Haken, 1987) называет язык «двуликим Янусом».

В языке проявляются и общественные структуры, ограничивающие свободу действий (нем. *spielraum* — «поле игры») как отдельных членов семьи, так и всей семьи в целом. По мнению Бруна, «каждый одновременно является и жертвой, и палачом в процессе, посредством которого семья общается внутри себя самой, и одновременно с действительностью общества» (Kriz, 1990, с. 103).

### Рекурсивность языка

Язык имеет особое свойство — возможность *рефлексивности*. Это наш шанс. Мы можем рефлексировать о том, как мы познаем действительность и расставляем в ней знаки препинания, несмотря на то, как подчеркивает Х. Штирлин (Stierlin, 1990), что удивительно, как мало до сих пор было выдвинуто возражений против «упорядочивающей силы языка». Ведь неорефлексивное использование языка на самом деле не совсем безопасно, он указывает на это, когда думает о том, как при помощи языка может утвердиться представление жесткого и бессмысленного противоречий порядка.

Ужре всего это представляют так называемые абстракции. Предоставляя возможность абстрагироваться от конкретных мнений и контекстов непосредственных ситуаций, язык содействует процессу рефлексии, который, в свою очередь, заставляет нас признавать границы и опасности применения самого языка, ставить под сомнение его функцию упорядочивания. Но ведь абстракция — этот двуликий Янус — состоит в попытке представить саму себя опять же в виде вещи. Именно благодаря тем средствам, с помощью которых язык совершает и легитимизирует опредмечивание, он и выступает как инструмент «жесткого упорядочивания». Эта его функция характеризует не только общеупотребительный язык, но и любой профессиональный психологический жаргон, проникающий во все поры нашего бытия. Достаточно назвать такие опредмечивания, как «бессознательное», «депрессия», «влечение»,



«психоз», «психический аппарат», «собственное Я», «истинное собственное Я». Такая языковая панорама напоминает хаотичное нагромождение бетонных новостроек — такой «спальный район» различных определений» (Stierlin, 1990, с. 268).

Возможность рефлексивного применения языка предусматривает ответственность: если действительность является результатом процесса равноправной договоренности (балансирующего консенсуса), то мы обязаны постоянно проверять этот процесс. Однако поскольку у нас нет больше критериев истинности, следовало бы предложить другие критерии. Курт Людвиг предлагает выбрать в качестве рамок «пользу, красоту и уважение» и в этих рамках оценивать поведение терапевта (Ludewig, 1988). Очевидно, что эти критерии функционируют в дискурсе иначе, чем критерии истинности, — в виде специфической неразрывной петли: средствами языка необходимо квалифицировать применение того же языка. «Взаимопонимание является чем-то ломким и непрочным, оно постоянно наталкивается на новые и новые торги и противоречия» (Anderson & Goolishian, 1990, с. 213). Примером аккуратного обращения с языком может послужить работа с так называемыми ключевыми словами.

#### РАБОТА С КЛЮЧЕВЫМИ СЛОВАМИ

Ключевые слова — это слова, особым образом «открывающие» новые варианты выбора (опций) в рамках системы, где определенное состояние вещей оказалось достаточно запутанным. Как утверждают Л. Босколо и его соавторы (Boscolo et al., 1993), определенные ключевые слова применимы ко многим ситуациям, другие же — лишь к отдельным, специфическим случаям. Чем более многогранной является «привязка» новых и необычных коннотаций к ключевому слову, тем более активно и продуктивно происходит поисковый процесс. Л. Босколо (Boscolo et al., 1993, с. 113) приводит пример ключевого слова «забастовка». Семье, в которой носитель симптома занимает крайне отстраненную позицию, фактически став прикованным к квартире сожителем, можно задать следующий вопрос: «Как вы объясняете себе факт его/ее забастовки?» Но можно спросить и самого инициатора: «Почему вы решили начать забастовку?» В контексте психического заболевания слово «забастовка» становится полисемантическим. Оно ассоциируется с представлениями о сознательном, нарочитом поведении (а не о беспомощности перед лицом болезни). Под этим словом понимается определенное отношение: забастовка против кого? Далее возможны следующие размышления: забастовка может быть



оправданной или неоправданной, призывающей быть «за» или «против» кого-либо, может иметь целью достижение или избегание чего-то и т. д. Наконец, она заменяет неограниченность ограничением (Fischweitzer & Schumacher, 1995). Л. Босколо и соавторы утверждают, что ключевые слова способствуют замене одной «словесной игры» на другую, и это соответствует терапевтической этике — давать клиентам больше нового пространства для словесной игры. Одним из важнейших ключевых слов новейших лингвистических игр является слово «мысль». Например, с помощью вопроса о том, когда именно отцу впервые пришло в голову, что для своих детей он является «нехорошим отцом», можно онтологическую игру «Кто является некомпетентным?» перевести в эпистемологическую: «Кто думает, что он некомпетентен?». Вот так и достигается высокий уровень многозначности.

Кроме сказанного, рекурсивность языка подчеркивает нашу способность к постоянной квалификации переживаемых взаимодействий и ситуаций, к особым внутренним комментариям, которые касаются как внешних взаимодействий, так и внутренних, собственных переживаний. Этот феномен «внутренних эталонных рамок» стал для психотерапии общим понятием: так, членам семьи осложняют жизнь не сами ссоры, а внутренние оценки этих ссор, которые заряжают семейное противояние.

Упомянутые внутренние эталонные рамки можно выразить в виде скульптуры. Одна семейная пара запуталась в «жестких» коммуникативных пассажах; во время беседы выяснилось, что любое высказывание партнера интерпретируется противоположной стороной особым, «штампованным» образом. Супруг ощущал себя «под асфальтным катком» жены, а та воспринимала реакции мужа на любое свое «хочу» как сигналы о том, что она никогда не сможет получить желаемого. Скульптура показала существующую ситуацию: супруги сели друг напротив друга, держа в руках шнур, соединяющий их обоих. За спиной каждого сидел внутренний консультант-«монстр», выразивший экстернализированные внутренние рамки их отношений. На стуле консультанта со стороны супруга лежал лист бумаги с подписью: «На меня постоянно наезжают асфальтовым катком!» Со стороны супруги, соответственно: «Я никогда не получаю того, что мне необходимо!» Стало понятно, что все их взаимодействия (которые в скульптуре символизируются шнуром) на самом деле определяются монстрами (то есть сидящими снаружи «консультантами»). На следующем шаге в ситуацию ввели «условную действительность» в виде «ненастоящего» пространства — отдельной части помещения, в которой супружеская пара

пыталась установить контакт без своих «консультантов» (их отправили на прогулку). С этого момента стало развиваться совсем новое качество общения.

### **Язык и системы**

С помощью языка люди достигают координации в социальной системе; это помогает им объединяться вокруг общих тем и создавать общие смыслы. Среди них есть стабильные смыслы, которые, например, вкладываются в понятие «супружеская пара», «семья» и т. п. Однако есть и краткосрочные смыслы, служащие для объединения усилий, например для написания книги и т. д. В каждом отдельном случае необходимо ориентироваться в том, как та или иная специфическая система организуется в присутствии Третьей стороны, которая, выстраиваясь вокруг себя определенное коммуникативное образование, становится *организующим принципом* с большей или меньшей силой воздействия на саму систему. Поэтому системы, организующиеся вокруг проблемы, называются «проблемными системами» или «системами, связанными с проблемой»: люди своими действиями создают *систему для решения проблемы*, то есть систему, заданием которой является прежде всего решение проблемы. Так, например, коммуникацию авторов, вспомогательного персонала, коллег, издателей, лекторов — всех, кто ставит своей целью создание книги, можно назвать «системой книги». Аналогичным образом общение и взаимодействие продавцов, поставщиков и клиентов организует «систему потребления». Так как здесь важны не отдельные личности, а их коммуникации и интеракции, то при образовании проблемной системы не может идти речь о застывших формах: изменения в дефиниции проблемы могут привести к изменению самой проблемы (Anderson & Goolishian, 1990, Loth, 1991). Особенно интересной представляется роль языка при наличии так называемых «жестких фактов», например когда речь идет о доказанном с точки зрения медицины органическом заболевании.

### **Экскурс: хроническое заболевание в его языковом контексте**

Занимаясь проблемами хронических заболеваний, важно различать два понятия, которые, с нашей точки зрения, касаются различных аспектов человеческого бытия — болезни и хроничности. Процессы, связанные с



заболеванием, мы привыкли обозначать соответствующим термином «болезнь». Возьмем, к примеру, детский вариант астмы (см.: von Schlippe et al., 1994). Спазмическое сокращение бронхов, действие медикаментов или перкуссия грудной клетки как явления (феномены) «ощущаются» (проявляются) в совершенно иной плоскости, чем «рассказывание» об этих феноменах. Большим, а возможно и решающим отличием окажется то, как будут прокомментированы шумы в легких — как «признак легкой простуды» или как «ничего страшного, не стоит преувеличивать», или как «спастический бронхит», или же как «астма». Правда, от названия в течении психических процессов мало что изменится, однако способ сообщения об этих процессах и их описание постепенно влияет на само заболевание. Чем дольше длится процесс, тем важнее становится разграничение между заболеванием как таковым и беседами о «болезни». Ведь «обычная простуда» благополучно пройдет сама по себе, вне зависимости от наших разговоров о ней. Однако при более длительном заболевании языком могут задаваться определенные решающие направления: как необходимо относиться к болезни и как оценивать и переживать свои возможности. Хроничность означает не только наличие болезни и, соответственно, временного и длительного страдания, но еще и «разговоры» о болезни с самим собой и с окружающими. Говорить о хроническом заболевании имеет смысл лишь тогда, когда наряду с рутинными буднями болезни удастся выделить специфические, *связанные с языком процесса*. Покажем это на примере детской астмы.

Для ребенка это означает:

- спроси себя: почему именно я?
- укоряй одного из родителей в том, что он (она) вступали в брак, зная, что в семье кто-то болел астмой;
- изводи себя «угрызениями совести»;
- фантазируй о смерти, одновременно страдая от страха смерти;
- спрашивай себя: что думают обо мне друзья, знакомые и близкие?
- создай группу взаимопомощи или стань членом уже существующей;
- укоряй себя после того, как обманул врача, когда тот спрашивал о курении;
- допай ингаляции, злясь на других детей за то, что они могут гулять во дворе;
- упрекай мать в чрезмерной опеке;
- поссорься с матерью и отцом из-за ингаляций;
- живи в постоянном ожидании катастрофы;
- постоянно доказывай себе и другим собственную беспомощность — в связи с этим добейся в школе освобождения от физкультуры;
- консультируйся у разных специалистов, каждый из которых говорит свое: ты перерастешь это; это психосоматика; с этим придется жить; прими все лекарства; если не будешь принимать регулярно лекарства, будет хуже; принимай только лекарства натурального происхождения; попробуй еще акупунктуру или диету и т. п.



Для матери это означает:

- не спать ночами от страха и потому на всякий случай переселить ребенка в детскую, чтобы постоянно прислушиваться к дыханию ребенка даже если это все больше и больше раздражает супруга.

Для здоровых детей в семье это означает:

- завидовать чрезмерному вниманию, которое уделяется ребенку.

И, наконец, для самих профессионалов это означает:

- иметь свою собственную позицию относительно способа терапии и пропагандировать ее; жаловаться на коллег — сторонников или противников нетрадиционной медицины; выступать «за» или «против» психологической поддержки;
- на конгрессах или в книгах представлять и защищать собственный опыт и мнение, отрицая все остальные.

Такая вереница языковых взаимосвязей показывает, что отношение окружающего мира к болезни во многом формирует языковой контекст болезни и руг заболевания. Посредством акта «проговаривания» болезнь, в том числе и ее телесные компоненты, становится своего рода «социальным конструктом». Как только это происходит, мы начинаем реагировать на заболевание как таковое, и на конструируемые вокруг него феномены, с которыми нам впредь придется иметь дело. Задумываясь о способах описания болезни, мы имеем возможность приблизиться к важному вопросу: создает ли модель обсуждения болезни пациентом, его семьей или специалистами «свободное пространство» вокруг проблемы или же, наоборот, сужает его? (Цит. по: Schlippe et al., 1994).

Сказанное можно распространить на системное понимание проблем, рассматриваемых в качестве организующего принципа нашего языка вокруг чего-то, что не могло бы существовать или, по крайней мере, выглядело бы совсем иначе без подобной языковой организации. Проблема формирует систему, а не наоборот.

## 4. Системное понимание проблем

### 4.1. Системы, определяемые проблемами

Понятие «систем, определяемых проблемами», введенное Г. Гулишианом (Goolishian) и его соавторами (1988), отображает основную идею того, каким образом возникают проблемы. Это не система (семья, клиника, фирма) «имеет» проблему в качестве, если можно так выразиться, своего структурного

«Доктор, у меня депрессия!» — «Вы принесли ее с собой?». Скорее, наоборот: вокруг какого-то, возможно, даже случайного проблемного поведения или темы в процессе коммуникации образуется ситуационно-характерная социальная проблема. Так проблема творит систему. Такой подход имеет далеко идущие последствия. Основное из них свидетельствует о том, что проблемы не выражают «врожденную дисфункциональность» социальной системы (например, патологию), а являются следствием стечения обстоятельств. С этой позиции уже известны «обвиняющие» концепции — вроде «коммуникативных разногласий родительской пары» (Wynne & Singer, 1960), «разлада и ссоры родителей» («Embroglio», Selvini Palazzoli et al., 1991), «шизофреногенной матери» — принадлежат сегодняшней истории метода. Проблемная система может состоять из совершенно разных действий разных актеров, функционирующих на различных уровнях системы:

К проблемной системе «психоз» будут принадлежать: действия пациента, его родственников или соседей; действия полиции, водителя «скорой помощи», сотрудников клинического отделения. Все эти действия будут согласовываться с психиатрическим учением о психотических болезнях и с ожиданиями, касающимися обеспечения пациента пенсией по инвалидности. К проблемной системе «непродуктивная работа отделения» принадлежит взаимодействие пятерых сотрудников этого отделения, его руководителя, заместителя, представителя отдела контроля за качеством. И все это — на фоне производственного застоя.

Соответственно, совершенно разными окажутся и интервенции, ориентированные на решение проблемы. Не следует, в частности, заниматься «всеобщим оздоравливанием» социальной системы, в которой выявлена определенная проблема, потому что меняться должна не сама система, а лишь коммуникации вокруг проблемы. Проблема будет считаться решенной, если все или хотя бы «важные» люди будут считать ее решенной. Стратегия накладывает определенные ограничения на широкие и далеко идущие инновационские идеи многих консультантов и терапевтов.

#### 4.2. Что такое проблема?

Проблемой является то, что, с одной стороны, рассматривается кем-то как нежелательное состояние, требующее измене-

ний, с другой же — как что-то принципиально подлежащее изменениям. Аналогично определяет проблему и Курт Людвиг — «любую тему коммуникации, содержащую нежелательные, потенциально изменяемые компоненты» (Ludewig, 1992, с. 116). В этом определении под компонентами следует понимать прежде всего возможные пути разрешения проблемы:

1. «*Определенное состояние*». Если проблема видится разными людьми как определенное состояние, это означает, что произошла массовая селекция: из многих одновременных процессов изъяты и помещены в центр внимания несколько или даже один наиболее существенный процесс. Ему (им) дается название; остальные процессы отодвигаются на задний план. Подобная процедура производится многократно. Множество действий и коммуникаций людей, задействованных в процедуре и описывающих процесс как «один и тот же» или как «происходящий без изменений», создает необходимые предпосылки для определения и названия искомого процесса либо в качестве «состояния», либо в качестве «проблемы».
2. «*Определяется кем-то*». Определение и описание некоего очерченного «состояния» выполняют один или несколько наблюдателей. Они могут соглашаться относительно наличия и «местонахождения» проблемы или же, наоборот, вступать в дискуссию по этому поводу.
3. «*Как нежелательный/требующий изменений*». Найдется хотя бы несколько лиц, способных описать состояние и воспринимающих его как нежелательное либо требующее изменений. Этими лицами данное состояние воспринимается как «ненормальное», что создает необходимую мотивацию, чтобы побудить других или себя самого внести соответствующие изменения. На этом этапе полезно отличать «проблему» от «страдания». Страдание становится проблемой лишь тогда, когда страдающий сообщает другому о своем субъективно пережитом страдании (или другой чувствует и догадывается об этом), что находит продолжение и в последующих коммуникациях. Если, например, кто-то говорит о страдании, а другой отвечает: «Ты это выдумываешь!» — то в итоге не будет создана ни система проблемы, ни система оказания помощи. Даже если кто-то найдет способ ответить на подобную проблему, в другом проблемном ключе: «Он страдает, а ему не желают помогать!» (Ludewig, 1994, Anderson & Goolishian, 1990).
4. «*Изменяемый*». Всякое состояние в принципе подвержено изменениям; это означает, что по крайней мере несколько лиц («участники»), действующих в процессах создания проблемы, описывают эти процессы как нечто изменчивое. Проблемы отличаются от «судьбы», «неизбежности», «трагедии» и т. д. верой в то, что в проблемной системе найдется хотя бы один участник, способный прекратить нежелательную ситуацию. Несовпадения смыслов при разногласиях в описании проблемы являются составляющей самой «проблемы»: «Если бы ты хотел, то смог бы это изменить». — «О нет, это выше моих сил!»



Взаимодействие четырех перечисленных факторов определяет исчерпывающее описание «проблемы» и оказывается важной составляющей консультативного процесса. Его задачей является идентификация (выявление) людей и коммуникаций, задействованных в «проблемной ситуации», и, следовательно, включение их «вживую» или хотя бы мнимо в процесс разрешения проблемы. Из-за этого все реже употребляется термин «семейная терапия», под которым понимают наличие (в семье) так называемых «врожденных носителей проблемы» — ситуацию, когда в каждой проблеме неизбежно принимают участие все члены семьи (и к тому же каждая проблема «ударяет» по всем с одинаковой силой).

Нужно добавить, что термин «системная проблема» отражает попытки сопоставить различные способы описания того, что мы привыкли называть «проблемой». При этом обостряется вопрос об участнике проблемной системы (см. также определение «участия» у К. Людвига (Ludewig, 1992, с. 110). Следовательно, можно бы поискать новые идеи «участия»: так, например, некто, чье злоупотребление алкоголем описывается как проблема, в рамках иной системы может проявить конструктивные формы участия — хорошо вести бухгалтерский учет или прекрасно играть на фортепиано и т. п. (Loth, 1994).

Системное консультирование включает в себя целый спектр проблем: хроническая или острая симптоматика в медицинском обслуживании, бедность и связанные с ней поведенческие проявления социальных работников, неэффективность труда и чувство профессионального неудовлетворения в организационном консультировании и т. п. Однако в целом системное консультирование следует рассматривать как попытку перевода проблемного отношения в *непроблемное*, то есть попытку найти адекватное решение. Эта стратегия может оказаться успешной благодаря различным подходам: инициированию новых процессов («новых состояний»), иной оценке имеющейся проблемы («положительная ретрансляция»), осознанию *невозможности* изменить проблему (принятие принципиальной неизменяемости) с последующей выработкой оптимального отношения к тому, что никаким образом изменить нельзя. Здесь мы видим очевидные параллели с психодинамическими подходами к решению проблемы (Lazarus и Lippman, 1981), хотя некоторые отличия все же остаются — прежде всего в акцентах, придаваемых *интер-* или же *интрапсихическим* составляющим проблемы. Однако не следует полагать, что при

описанном нами подходе решение проблемы всегда приводит к согласию всех лиц, задействованных в проблеме: кто-то будет считать проблему решенной, другие — еще более усугубившейся, а кто-то вообще не заметит никаких изменений.

### 4.3. Как создаются проблемы?

В несколько упрощенном виде начальная фаза проблемного образования выглядит следующим образом (Goolishian & Anderson, 1988, Ludewig, 1992, Weber & Retzer, 1991):

- 1) *Выявление — придумывание проблемы.* При наблюдении за поведением человека/людей (например, супружеской пары, членов семьи, учеников, производственного коллектива, подозреваемого в совершении преступления) кто-то (например, член семьи, учитель, руководитель, полицейский или консультант) приходит к выводу, что «здесь что-то не так». Подобная идея может возникнуть и при наблюдении за собственным поведением.



Рис. 3. Пример интерпретации рокового прошлого.



- I** *Возникновение коммуникационной системы, определяемой проблемой.* Идея (п. 1) распространяется между всеми людьми, состоящими в данной коммуникации, таким образом, что возникшая проблема становится основным содержанием общения и занимает в нем центральное место: все большее количество людей втягиваются в дискуссию, а их внимание концентрируется на том, что происходит «не так».
- II** *Появление проблемы.* Для проблемы ищут, находят и принимают такое объяснение, которое, с одной стороны, настолько «прозрачно» и понятно, чтобы каждый смог принять его, а с другой стороны, не обещает конкретных решений проблемы и не обеспечивает путей для этого решения. Среди объяснений, касающихся безвыходной ситуации, можно выделить несколько наиболее типичных вариантов:
- «прошлое как судьба» — тип объяснения, при котором необратимым событиям прошлого (ошибкам, чувству вины, детским травмам, генетическим дефектам, несчастным случаям и т. п.) приписывается определяющее, непоправимое влияние на возникновение данной проблемы: «Эти отношения сломали его», «Она духовно уничтожена»;
  - «обвинение» — тип объяснения, при котором вина за сложные проблемы в межличностных отношениях перекладывается на индивидуальные особенности участников, которые не желают или не способны решить проблему (плохой, «испорченный» ребенок, неспособный коллега по работе, грабительская организация и т. п.);
  - «все мы слишком слабы и ничтожны» — тип объяснения, при котором все, кто задействован в проблеме, объявляются беспомощными, а предпочтение в принятии решения отдается третьей — внешней — стороне, на которую будто бы никто не в силах оказать влияния: «там, наверху», «общество», «бог», «КГБ/ЦРУ», «рынок», «эти родители завладели им до такой степени, что он просто не в состоянии освободиться от их пут».
- III** *Поведение, направленное на стабилизацию проблемы.* Люди, задействованные в проблеме, в течение некоторого (иногда длительного) времени ведут себя так, будто пребывают в безвыходной ситуации или же будто предполагаемое решение находится в ведении совершенно чужих людей. Именно здесь в полной мере проявляется *сила описаний*. Ведь там, где язык посылит нас в заблуждение и не дает увидеть необходимое ре-



шение или же подводит нас лишь к единственному решению, мы не найдем новых, творческих возможностей. Поэтому при длительных отношениях, направленных на стабилизацию проблемы, особую роль играют симметричные и комплементарные отношения, характеризующиеся взаимным усилением и стабилизацией.

*Симметричные отношения* основным девизом считают формулу «око за око, зуб за зуб». Так происходит война и расшатывание отношений между мужем и женой, полицейским и преступником, враждующими партиями — когда каждая из сторон уверена в том, что противник спит и видит только победу и что лучший метод защиты — нападение.

*Комплементарные отношения*: если больной ведет себя «как больной», грешник — грешит, беспомощный человек — демонстрирует беспомощность, то комплементарными здесь окажутся врач, круглосуточно дежурящий у постели больного; особо проникновенная проповедь, прочитанная грешнику священником; беспрестанное стремление помощника помогать (если в основе парных отношений лежит именно этот тип комплементарности, то говорят о «коллизивности» отношений (см. Willi, 1976).

#### **4.4. Могут ли проблемы оказаться полезными?**

В ранних теориях систем можно было найти такое объяснение факту возникновения и сохранения некоторых проблем в неизменном виде: они необходимы для поддержания существующего состояния равновесия (гомеостаза) перед угрозой изменений, надвигающихся из внешнего мира или же изнутри. Веление биологического развития (дозревания) тех, кто участвует в жизненном цикле системы, а также в связи с прогрессирующими изменениями в социальном окружении длительные фазы стабильности сменяются состояниями «критического перехода». Сюда относятся такие ситуации и события, как рождение ребенка, смерть супруга, развод, выход на пенсию, потеря работы и другие — собственно, все, что переживается как угроза, способная поставить под сомнение идентичность системы. В ответ предпринимают попытки сохранить имеющееся состояние равновесия. Впервые мысль о полезном («функциональном») значении симптомов в семье сформулировал Дон Джексон (Jackson, 1977).



Рис. 4. Симметричные отношения и симметричная эскалация (нарастающая напряженность).

убавились, что некоторые симптомы вследствие определенных ко-  
мбинций не исчезают (как можно было бы ожидать), а, наобо-  
рот, стабилизируются. Впоследствии семейные терапевты выд-  
вигали различные гипотезы о «функциях симптома». Некоторые  
из этих гипотез стали особенно популярны, например:



- семья больного шизофренией не желает «выходить из психотических игр» (Selvini Palazzoli et al., 1975; 1977);
- человек, стремящийся получить больше любви от партнера и одновременно не верящий, что эту любовь когда-либо получит, не воспринимает никаких проявлений внимания и любви от другого, потому что это полностью перечеркивает его концепцию «Довольствуйся малым и привыкай, что этого ты никогда иметь не будешь» (Elkaim, 1992);
- подростки предаются саморазрушительному поведению потому, что их родители, делегируя им определенные задания («нагружая их»), в действительности не способны смириться, что их дети могут стать счастливее и успешнее, нежели они сами (Stierlin, 1980); или еще потому, что родители препятствуют созреванию собственных детей и не отпускают их от себя.

Согласно этой точке зрения, симптом никогда не является чем-то застывшим, фиксацией *status quo*. Одновременно он указывает на то, что дальше так жить нельзя и что появление нового также пока невозможно.

Девушка-подросток, страдающая анорексией, побуждает родителей проявлять беспокойство и опеку («Не дайте мне умереть!»), одновременно разочаровывает их («Я не буду есть то, что вы мне подсовываете»). Тридцатилетний психотический пациент, почти не разговаривающий с родителями (а если и начинающий говорить, то непонятным, путанным языком), одновременно старается и быть в семье, и всячески от нее отгородиться. Партнеры, страдая от функциональных расстройств (импотенция, вагинизм и т. п.), не имея телесных, сохраняют иные плоскости отношений.

Нередко симптоматическое поведение носит двойственный характер, являясь одновременно и проблемой, и ее решением. Сопровождая одно страдание, оно оберегает от другого (в фантазиях и ожиданиях — часто намного большего).

Человек изо всех сил хлопает в ладоши. К нему подходит прохожий и спрашивает:

— Чем это вы занимаетесь?

— Слонов разгоняю!

— Но ведь здесь нет никаких слонов!

— Вот видите, как хорошо действует мой метод!

И все же представления о функциональном значении симптомов или об их «пользе» для системы сегодня уже не выглядят такими несомненными, как раньше. Большим упрощением



Но не стоит полагать, будто поведенческие расстройства у ребенка — это то, что только родители смогут найти общий язык друг с другом, или же что шизофренические симптомы пациента «исчезнут», если только он сумеет освободиться от семейных проблем. В разделе, где речь шла о причинности, упоминалось, что «функциональность» характеризует не только *систему* как таковую, но и *концепцию в голове наблюдателя*», который, будучи частью функционирующей системного контекста, может использовать эту концепцию с прагматической целью. С другой стороны, именно это помогает консультанту находить более конструктивный выход в особо сложной ситуации — когда устранение симптомов становится основным заданием. Предлагая семье новые проблемные рамки функционирования, он (консультант) может, к примеру, сразу же предупредить членов семьи о возможных расшатывании имеющегося состояния равновесия. Такой вид вмешательства будет способствовать гибкости как со стороны консультанта, так со стороны и семьи. Понятно также, что понимание новых перспектив видения проблемы увеличивает количество вариантов ее разрешения.

Ф. Бекхорст (Boeckhorst, 1988, с. 24) выделяет четыре позиции, отражающие значения симптомов и характеризующие (в соответствии с ситуацией) различные ограничивающие условия, в которых находится консультант:

- симптом указывает на *неэффективное решение* проблем;
- симптом выполняет *защитную функцию*, стабилизируя отношения в семье: например, симптом может приостановить развитие конфликта, отвлекая внимание его участников от других конфликтных отношений. Носитель конфликта, некоторое время оставаясь на заднем плане, тем самым оказывает помощь другому члену семьи;
- симптом олицетворяет *власть*: пациент, не неся никакой ответственности, получает возможность по-своему организовывать семейные взаимодействия;
- симптом может символически или метафорически указывать на *иные* проблемы в семье.

### **1.5. Как хронифицировать проблему: инструкция**

Все живые системы постоянно переходят из одного состояния в другое. Ни одна из них (клетка, домашнее животное,

психолог, психиатрический пациент) *не может не изменяться*. Тем не менее психотерапия в течение длительного времени ориентировалась на вопрос: «Каким образом мы достигли изменений?». Однако с системной точки зрения куда интереснее звучит вопрос: «Как некоторые люди добиваются того, что бы не изменяться, или, по крайней мере, производят впечатление неизменяющихся?» Из этих вопросов следовало бы выделить прежде всего следующий элемент: каким образом человек, общаясь с другими, может сохранять проблему, несмотря на то, что противоположной задачей его общения является освобождение от нее? Для этого нужно обладать определенным талантом — быть своего рода «властелином проблемы», всякий раз ее заново деконструировать и хронически пестовать, оставаясь в нескончаемом прошлом, двигаясь, подобно улитке, в настоящем и не имея будущего. Каждый из нас способен считать себя состоянием хронического переживания. Ниже будет приведена инструкция, предлагающая специальную тактику подобного поведения (подробнее об этом см.: Ciompi, 1980; Weber, 1988, Hildenbrand, 1993, Simon, 1993, Schweitzer & Schumacher, 1995).

Следует иметь в виду, что в одиночестве хронифицировать проблему достаточно сложно. Примеры «карьеры» психиатрического больного показывают, что хроническое состояние является итогом взаимодействия, включающего многие звенья: родственников, персонал клиники, различные системы попечительства, средства массовой информации, науку, социальные и правовые инстанции и т. п.

Первым шагом на этом пути является диагностирование одного из членов семьи как «психически больного», что снимает с остальных родственников тяжесть ответственности за необходимость изменять его неконформное поведение. Теперь он (она), как носитель свободной воли, а его болезнь виновата во всем. Теперь родственники могут объединить свои усилия не против пациента, а против его страданий, смягчая тем самым собственное чувство вины. Вот почему концепция «психического заболевания» имеет для семьи свою притягательную силу. С другой стороны, параллельно с избавлением от чувства вины уменьшается способность влиять на ситуацию. Ведь при принятии что-либо при унаследованном или приобретенном в раннем детском возрасте заболевании бесполезно; остается лишь позаботиться о больном и избавить его от ответственности.



то Подобная ситуация напоминает отношение к калекам (Simon & Weber, 1988).

Различия в понимании сущности психических заболеваний способствовали появлению различных форм терапевтической работы. В частности, психогигиеническая (учебная) работа с семьей (иначе: психоэдукационная терапия) основывается на понимании биологической и «приобретенной в раннем возрасте» природы и склонности к психическим расстройствам, которую необходимо постоянно преодолевать: пациент и его родственники обучаются предвидеть влияние факторов, провоцирующих заболевание и повторные приступы (Hahlweg, 1989). Однако системный подход предостерегает, что такая стратегия может в отдельных случаях закреплять больного в его роли, тем самым создавая препятствие на пути желаемых изменений (см. Retzer, 1991).

Организация психиатрической службы соответствует модели «терапевтической цепи». Выход пациента из одного вида лечения одновременно означает его вхождение в другое: из больницы — в «общежитие для больных» и далее в объятия социального попечения; из производственной больничной мастерской — в специальные учреждения по трудоустройству и др. Все это способствует созданию соответствующей субкультуры больных, объединенных общей судьбой и защищенных (или изолируемых) социально-правовыми рамками. Современная система благотворительности строится на принципах обеспечения базовых потребностей: ничего не имеющий и ничем не владеющий пациент при наличии «доказанной» тяжелой хронической проблемы обеспечивается гарантированным минимальным уровнем существования (реабилитационные мероприятия, мероприятия по социальной адаптации, раннее оформление пенсии). Завершение такой длительной и бедной на перспективу «карьеры» больного и возвращение к убогой, но все же относительно конкурентным отношениям жизни становится особенно сложным и рискованным делом — особенно если требуется длительную паузу, причиной которой является болезнь. Поэтому понятие «системной проблемы» позволяет обнаружить иные перспективы, а именно распознать в психическом расстройстве ту часть проблемных взаимосвязей, которая характеризует общественные организации в целом (Keupp & Zaldenweil, 1978).



## СДЕЛАЙ САМ: РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ХРОНИФИКАЦИИ ПРОБЛЕМ

*Курс для начинающих*

- 1) Избегайте воспринимать течение времени. Направляйте свое внимание на все, что происходит в данный момент, и не пытайтесь замечать какие-либо изменения.
- 2) Избегайте четкого обозначения (маркировки) изменений в вашей жизни какими бы то ни было «переходными ритуалами». Не празднуйте дни рождения, важные события (например, годовщины свадьбы), выход на пенсию; не посещайте юбилеи и похороны.
- 3) Относитесь к себе как к жертве — ни в коем случае не рассматривайте себя как виновника или участника происходивших событий. Старайтесь как можно более детально анализировать, как и где ваши родители (которые вас не любят или чрезмерно о вас заботятся), ваши учителя-деспоты, одноклассники, однокурсники, коллеги и начальники, ваша болезнь и ваши общественные отношения — именно вам не дают шанса и лишают любой возможности сделать самостоятельный выбор.
- 4) Если вам удалось создать для себя прошлое, испещренное стойкими и неразрешимыми проблемами, не позволяйте ввести себя в заблуждение мыслям о том, что ваши дела сегодня могли бы идти гораздо лучше, которые могут вывести вас из равновесия. Руководствуйтесь девизом «Мое прошлое и является моей судьбой».
- 5) Рассматривайте и описывайте для себя ваше нынешнее поведение только как дефицитарное, но ни в коем случае не как осмысленное или творческое реагирование на происходящее. Никогда не воспринимайте ни свое поведение, ни поведение других людей в его контексте, а лишь как выражение постоянно существующих качеств или дефектов.
- 6) Избегайте подробных фантазий о своем будущем; максимум, что вы можете себе позволить, это представлять будущее глобально — в виде темной зияющей дыры.
- 7) Если вам сейчас плохо, приложите все усилия, чтобы избежать любых размышлений о том, что вы делали бы сегодня, если бы вам стало лучше.

Мысленно проработав эти рекомендации, начинайте соответственно себя вести — и стабильная, хроническая, внутренне детерминированная проблемная модель переживаний у вас готова. Полезно будет также, если значимые для вас люди будут разделять вашу позицию, усиливать ее и, соответственно, рассматривать вас как абсолютно беспомощное ничто.

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ХРОНИФИКАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

### Спецкурс

Для достижения психиатрической хронификации необходимо использовать дополнительные факторы «дружественного содействия» функционирования среды:

- III) Избегайте такого поведения, которое окружающие могли бы воспринять как понятное или эмоционально адекватное (иначе вы добьетесь всего лишь невротической хронификации).
- Опасайтесь, однако, чтобы у окружающих не создалось впечатление, будто вся эта «забава» доставляет вам удовольствие или является желанной для вас (иначе вас отнесут к категории «расстройства личности», или «делинквентность», и у вас появится масса неприятностей или даже явных конфликтов с окружением).
- III) Сделайте все возможное, чтобы о вас всегда думали в психиатрическом ракурсе — поскольку без диагноза вас никогда не признают больным. Без официального признанного «болезненного статуса» ваше окружение будет постоянно пребывать в сомнении, отражает ли на самом деле ваше поведение «душевную болезнь» или только ваше преходящее настроение, наклонности и мнения. Именно таким путем вам необходимо добиваться того, чтобы ваш способ восприятия мира признали врачи, медицинский персонал, социальные работники и психологи.
- III) Неустанно развивайте вашу «негативную» и «продуктивную» симптоматику: тогда даже при минимальной поддержке вы сможете создать предпосылки для признания за вами социального и трудового права называться хронически больным или инвалидом.
- III) Постоянно меняйте круг знакомых. Крутитесь и «мозольте глаза» в клиниках, дневных стационарах, клубах пациентов и т. п. — до тех пор, пока круг ваших друзей не станет состоять в основном из людей, воспринимающих мир так же, как и вы.
- III) Вот, наконец, вы и сделали все как следует. Теперь уже независимо от вас существует концепция болезни, получившая свою собственную жизнь, развивающаяся и все более наполняющая самое себя.

**Внимание!** Факторы риска и возможные варианты побочного действия предложенной инструкции: начиная с пункта 9, процесс станет необратимым. Над вами нависнет угроза того, что любые попытки снова вести себя «нормально» (например, защитить свою теперешнюю позицию) обернутся против вас как доказательство вашей «двигательности» (например, как «начало шизофренического приступа»)!

#### 4.6. Формы клинических систем

Курт Людевиг (Ludewig, 1992) выделяет четыре вида спектров помощи, отличающихся спектром своих предложений. Его схема помогает выяснить, соответствует ли работа терапевта типу «заказа». Имея широкий выбор предложений и лучше ориентируясь в разных видах терапии, клиенты будут более информированными, соглашаясь на терапию (Reiter-Theil et. al., 1991; Löffelholz, 1994, 1996).

Клинические системы помощи (по: Ludewig, 1992, с. 123)

1. **Причина страдания**
2. **Вид оказания помощи**
3. **Длительность**

Вступительные рекомендации

Тип: «Помоги нам расширить наши возможности!»

1. Отсутствие или недостаток навыков
2. Предоставление познаний
3. Без ограничений

**Консультирование**

Тип: «Помоги нам использовать наши возможности!»

1. Внутреннее блокирование системы
2. Поддержка и стимулирование имеющихся структур
3. Ограниченно, в зависимости от объема заказа

**Сопровождение (поддержка)**

Тип: «Помоги нам перенести наше положение!»

1. Проблемная ситуация, которую невозможно изменить
2. Стабилизация системы с помощью «структуры со стороны»
3. Без ограничений

**Терапия**

Тип: «Помоги нам покончить с нашим страданием!»

1. Проблемная ситуация, которую можно изменить
2. Вклад в решение или распад проблемной системы
3. Ограниченная и запланированная как конкретное задание

Мы хотели бы дополнить указанные виды помощи еще одним, довольно часто встречающимся в современных условиях

**Открытие самого себя**

Тип: «Помоги мне лучше познать себя!»

1. Отсутствие острого давления проблем
2. Предоставление компетентной терапевтической помощи
3. Без ограничений, в рамках свободной договоренности



Люди все чаще ищут терапевта лишь для того, чтобы получить возможность больше знать о самом себе — и не только при необходимости специализированного образования. Подобный «контракт на самораскрытие» совсем не обязательно предполагает наличие проблемы, требующей безотлагательного решения. Чаще речь идет о неясном ощущении неудовлетворенности или о потребности в поиске иной, отличающейся от привычной формы отношения к самому себе. Это задание требует и абсолютно иного «понимания проблемы», нежели предполагалось выше, и его критического переосмысления (см. также: Houtelle, 1992, с. 170ff). При этом речь идет не столько о взгляде на проблему глазами *другого*, сколько о способе отношения к самому себе и своему окружению. В таких случаях решение проблемы становится своего рода побочным эффектом. В последующих разделах книги будут предложены методы, которые с успехом можно применять при заключении контракта на самопонимание (в частности, см. раздел 13.1).

### III. ПРАКТИКА: МЕЖДУ НАУКОЙ, РЕМЕСЛОМ И ИСКУССТВОМ

#### 5. Основные позиции, положения, определение цели

Системную терапию и консультирование не следует рассматривать ни как непосредственное научно-прикладное применение теоретических концепций, ни как простой набор «ремесленных» техник. Между этими двумя полюсами находится *личность* того, кто работает в системном ключе, а также *контекст*, в котором эта работа проводится. Полюса соединены между собой целым рядом базовых предпосылок и позиций, которые и дают импульс для конкретных действий.

##### 5.1. Расширение пространства для реализации

Определение цели системного способа мышления и практики можно выразить с помощью «этического императива», описанного биокибернетиком Х. фон Ферстером (von Foerster) «Действуй всегда так, чтобы получить возможность расширить количество возможностей!» (ср. также: von Schlippe, 1991). Этот императив оказывает непосредственное влияние на практику. Все, что *сужает* объем возможностей — табу, цензура, догмы, оценки «хорошо/плохо», противоречит системной работе. Отсюда конфликт системного способа мышления с религиозными и моральным фундаментализмом — так же, как и с ригидными (застывшими), канонизированными научными традициями. С другой стороны, дискуссия с тем, что уже познано, равно как и разработка тем, о которых никто еще и не думал, способны приносить немалое удовлетворение.

«Любая терапия пытается изменить (в широком смысле) способы описания, посредством которых мы узнаем о действительности. По моему

миссию, терапия — это общая битва вокруг определения действительности. Все психологические мероприятия — если они направлены на успех — изменяют способы, которыми семья обсуждает проблемы, друг друга, психические расстройства, болезни и связанные с ними варианты выбора. Все эти действия приносят изменения в смысловые структуры «пострадавшего», находящегося в едином контексте своей системы. При этом необходимо, наряду с *когнитивными* схемами, отыскать *новый опыт*, найти не только новую историю для *головы*, но и новое переживание для *тела*» (von Schlippe, 1995, с. 23).

## 5.2. Конструирование гипотез

Гипотезой является предварительное и временное предположение о чем-либо уже существующем, но вместе с тем требующим дальнейшей проверки. В классической системе теоретических наук гипотеза играет роль познавательного инструмента стимулирующего исследования для подтверждения или отрицания выдвинутого предположения. М. Сельвини Палаццолли и ее коллеги (Selvini Palazzoli et al., 1981) ввели в системную терапию иное понимание *формулирования гипотез*. Вопрос о пользе гипотезы является вопросом о ее полезности, который в свою очередь, измеряется

- *функцией упорядочивания*: гипотеза служит фильтром для разнообразной информации, содержащейся в разговорах с семьей, из которой терапевт отбирает самое важное для себя, отбрасывая то, что не имеет особого значения. Этот процесс необходим для достижения когнитивного порядка в голове терапевта;
- *функцией возбуждения инициативы*: инновационные гипотезы открывают терапевту — а следовательно, и семье — новые перспективы «видения» (проверку новых возможностей) и не стимулируют размышления о давно известных вещах. В частности, в повторяющихся ситуациях, когда «наступают на те же самые грабли», невероятные гипотезы (содержащие сюрпризы) способствуют появлению неожиданных и «невероятных» решений и ускоряют их.

Таким образом, речь идет не о выработке *единственно верной* гипотезы. Скорее следует говорить о том, что богатство *гипотез* порождает разнообразие возможностей. Конечно же *можно* можно формулировать и «линейные» гипотезы, оставаясь, однако, за собой право соглашаться с тем, что ситуация *может* развиваться и другим путем. Но при любых обстоятель-



ствах гипотезы — если они отрицают привычные представления — дают нам новое, неожиданное знание.

Б. Хеллингер, в частности, предлагает терапевту всегда держаться «ближе к тем, кого исключают из игры». Он пишет: «В реальности всегда оказывается не так, как это нам пытаются представить» (цит. по: Wolcott 1993). Б. Фурман и Т. Ахола (Furman и Ahola, 1995) подчеркивают, что неожиданные и насыщенные инсайтами интерпретации являются прекрасными катализаторами для решения проблемы — стоит только освободить себя от мыслей о *единственно* правильном решении. Поэтому они просили клиентов давать «самые невероятные, запутанные и нелепые объяснения» проблемы.

Чем больше участников системной проблемы охвачены гипотезой, тем выше будет вероятность того, что эта гипотеза подходит к ситуации, будет для нее полезной и сможет максимально полноценно объединять взаимодействие разных «актеров». Следовательно, гипотезу нужно формулировать так, чтобы включить максимальное число участников в проблемную систему и при этом совместить *добрые намерения* с непредвиденными *отрицательными последствиями* или же наоборот — *страдания* от проблемы с ее *положительными побочными эффектами*.

### 5.3. Циркулярность

Под циркулярностью понимают определенную последовательность, замкнутую по кругу. Циркулярный способ мышления представляет собой попытку описать поведение системных элементов как замкнутую закономерность и, соответственно, отобразить взаимную круговую взаимосвязь этого поведения

«Представим себе дерево и дровосека с топором. Мы наблюдаем то, как топор рассекает воздух и оставляет специфические насечки в том месте, где уже есть зарубки. Если мы попытаемся объяснить эту совокупность увиденных феноменов, то нам придется описывать громадное количество разных зарубок на дереве... следы на сетчатке глаза за лесоруба... в его центральной нервной системе... в движениях мышц во взмахе топора и т. д. Каждый раз при соприкосновении топора с деревом наше объяснение будет продвигаться по одному и тому же пути, при этом по кругу. И вообще при попытках понять или объяснить любые

подобие человека мы всегда будем сталкиваться с принципом замкнутого круга» (Bateson, 1983, с. 584).

На практике циркулярные гипотезы возникают тогда, когда хочется сопоставить и собрать воедино отдельные гипотезы о причинно-следственных связях.

К примеру, сопоставляя два утверждения: «У школьников нет соответствующей мотивации, так как у них плохие педагоги» и «Педагоги разочарованы, потому что у их учеников нет соответствующей мотивации», можно сделать следующий вывод: «Ученики и педагоги разочарованы и лишают друг друга мотивации». Другой замкнутый круг отобразит то же самое, но в аспекте общественных взаимосвязей: «Школьные обязанности и их реализация формируют такой тип индивидуальной мотивации у учителей и учеников, который мешает всей системе выживания школьной институции; и наоборот, немотивированные ученики и разочарованные педагоги мотивируют государство придерживаться установленных форм обучения».

Методика применения циркулярного способа мышления подробно рассматривается в разделе «Системные вопросы».

#### **5.4. От «разнопартийности» к нейтральности**

«Разнопартийность» (Boszormenyi-Nagy, 1975, Stierlin, 1977) — термин, которым обозначают способность терапевта равномерно распределять свою сопричастность всем членам семьи, признавая вклад каждого из них и идентифицируя себя с обеими сторонами («партиями»), состоящими в двойственно противоречивых отношениях. С понятием сопричастности тесно связана концепция *нейтральности* (Selvini Palazzoli et al., 1980). Для системного консультанта нейтральность, с одной стороны, является предпосылкой его компетентности в глазах тех, кому оказывается помощь, а с другой — выполняет функцию разного по интенсивности и качеству «предохранителя» при вхождении в существующие семейные отношения. Следовательно, нейтральность — это не намерение, не умысел, не цель; нейтральность — это действующее влияние. Если клиенту в ходе системного консультирования не становится ясно, каким идеям отдает предпочтение консультант и как он относится к проблеме, тогда можно утверждать, что этот консультант проявил себя нейтрально.



Нередко понятие нейтральности понимается ошибочно. Нейтральность — это не отсутствие собственной точки зрения, а скорее избегание ее «доктринизации» — например, «Вам следует быть таким и только таким!» (Cecchin, 1988). Консультант может абсолютно свободно выражать свои мысли и впечатления, не теряя при этом нейтральности — при условии, что он (она) настаивает (и дает это понять клиенту) на том, чтобы система клиента приняла «консультативную» точку зрения. Холодная дистанцированность также не имеет ничего общего с нейтральностью. Даже наоборот, неэмоциональный и обезличенный стиль (как это практиковалось в рамках Миланской модели) воспринимается сегодня скорее критически. Как показывают специальные исследования (например, Green & Herget, 1991), построение теплых, эмпатичных отношений играет в системной терапии важную роль, создавая необходимую почву для терапевтического сотрудничества. Это означает, что консультант должен полностью включаться в разговор и в зависимости от его фазы интенсивно вникать в дела отдельных членов семьи. Консультанту «необходимо найти или хотя бы попытаться отыскать значения поступков или событий, скрывающихся за фасадом неприятных или даже отвратительных воспоминаний» (Hoffman, 1996, с. 67). Утраченную нейтральность можно восстановить, выравнивая степень включенности в ситуацию разных членов семьи (например, «подтянув» включенность в проблему А до уровня включенности в ситуацию В), а также путем рефлексии, которая может помочь восстановить метапозицию (позиция «над») после любой интенсивной заангажированности.

Следует различать несколько видов нейтральности:

- 1) *Нейтральность, касающаяся отдельных лиц*, — когда непонятно, на чьей стороне находится консультант. Это помогает избежать включенности в конфликты между членами семьи. Такая позиция делает «внутреннюю дистанцию» по отношению к каждому более продуктивной и облегчает фокусирование внимания на том, что происходит между участниками событий (системы).
- 2) *Нейтральность по отношению к проблемам и симптомам* — когда вопрос о восприятии консультантом симптомов или проблем как хороших или плохих остается открытым (к примеру, побеги подростка из дому, пьянство деда, вмешательство деда в то, как мать воспитывает детей, редкие посещения семьи отцом, материнское злоупотребление транквилизаторами, совершенное преступление). Непонятно также, собирается ли консультант «ликвидировать» или поддерживать проблему. Это



дает возможность оставаться в вежливо-амбивалентной позиции, признавая и уважая как причиняющую страдания, так и полезную стороны проблемы в системе самосохранения и самоорганизации клиента. Такая позиция является хорошим иммунитетом против желания немедленно прибегнуть к слишком интенсивным ситуационным интервенциям — типа «Стоп!», «Не переходи черту!», «Назад!» и т. п.

- II) *Нейтральность по отношению к содержанию и мыслям* — следует оставлять открытой позицию консультанта, касающуюся интерпретаций проблемы, размышлений о ее разрешении, оценок и предложений, высказываемых во время беседы. Хорошо это или плохо, если дети живут с родителями до 40-летнего возраста или уходят из семьи в 14 лет; если клингер убирают каждый день или только раз в году; если для сексуальной жизни пара выбирает садомазохистические или платонические отношения и т. п.? Все оценки консультанту лучше держать при себе. Вместе с тем в процессе консультирования ему следует оставаться достаточно открытым для любых идей и предложений, «более успешных», чем его собственные. Такая установка защищает процесс консультирования от «втягивания» в эскалацию борьбы за «правильную/неправильную» концепцию болезни или «лучшую» стратегию лечения.

III все же безоглядная и постоянная нейтральность системных терапевтов может, по нашему мнению, превратиться в третий симптом профессиональной болезни. Мы рассматриваем нейтральность как профессиональную позицию по отношению к специфическому контексту консультативной деятельности. Эта позиция не годится для отношений с собственными детьми, любовниками, коллегами и т. д. Она излишня и в тех профессиональных ситуациях, когда речь идет о социальном контроле или социальной или иной форме опеки (использование нейтральности в специфической области сексуальных злоупотреблений — см.: Collmann et al., 1993). Нам не хотелось бы ни ее рекомендовать принцип нейтральности как некую базовую позицию в политических отношениях. И, наконец, в рамках системного консультирования всегда найдется достаточно аргументов для того, чтобы при необходимости отказаться от нейтральной позиции.

### **5.5. От нейтральности к заинтересованности**

В 1988 году Дж. Чеккин (Cecchin), пытаясь сформулировать новую концепцию — концепцию заинтересованности, предложил пересмотреть принципы нейтральности, циркулярности

и построения гипотез, сформулированные им вместе с другими членами «старой» миланской команды (Selvini Palazzoli et al., 1981). Нейтральность, в противовес каузальному и морализирующему сознанию, способствует заинтересованной позиции. В свою очередь, заинтересованность рекурсивно влияет на нейтральность. Дж. Чеккин считает, что подобная обратная взаимосвязь должна быть подкреплена «эстетической установкой», при которой заинтересованность консультанта или терапевта направлена прежде всего на широту возможностей, скрытых в поведении клиента, а не на оценку самих этих моделей (см. также: Ludewig, 1988, Loth, 1991). *Построение гипотез и циркулярные вопросы* являются так сказать техническими средствами позволяющими поддержать *позицию заинтересованности*. Между всеми тремя существуют рекурсивные отношения, — они друг друга порождают.

Любая мысль о том, что искомое решение является единственно верным, может означать, что поиски завершены. Заинтересованность же, наоборот, стимулирует дополнительные поиски. Во время работы терапевты или консультанты могут отмечать у себя различные признаки потери интереса: скуку, психосоматические проявления — головную боль, потливость, повышение артериального давления, боли в спине и пр. Концепция заинтересованности привнесла множество последствий в системную позицию. Она явилась противовесом «ремонтной (реконструктивной) логике», в основе которой лежит идея *абсолютной понятности*, а следовательно, и возможности управлять системой (в терминологии Матураны это называется *интерактивной интеракцией*).

Системная заинтересованность ориентирована на внутреннюю логику системы — логику, не столько соответствующую терминам «хорошо» или «плохо», сколько направленную на оценку эффективной деятельности системы в эволюционном ключе. Если мы не хотим знать, что для системы «хорошо», и что «плохо», то установку заинтересованности следует рассматривать в качестве противовеса системам социального контроля. Кроме того, интерес позволяет терапевту включить дополнительные ресурсы, скрывающиеся за его позицией «незнания» (Anderson & Goolishian, 1992, Epstein, 1996). Незнание оберегает от неоправданно быстрого познания: «Мы... стимулируем себя... используя незнание для составления новых мозаичных картинок, и тем самым предостерегаем себя от предубежденно-



по завершению диалога... Если мы задаемся вопросом о перспективах и возможностях нашего знания, которым управляют теории или субъективные концепции типа «понимания сути вещей», то на самом деле мы апеллируем к историям и смыслам, «зависшим» в нашей голове» (Epstein, 1996). М. Фуко считает, что мотивацией его работы является «заинтересованность, направленная, что стремится направить себя на нечто, пригодное для понимания, а та, которая позволяет освободить себя от самого себя же» (Fink-Eitel, 1989, с. 11).

### **5.6. Ирреферентность:**

#### ***поуважение к идеям, уважение к человеку***

Дж. Чеккин и его коллеги (Cecchin et al., 1992, 1993) рекомендуют системным терапевтам сохранять неуважительную позицию по отношению к любой достоверной информации и непоколебимой убежденности. Понятно, что подобная рекомендация вызывает целый ряд вопросов: когда стоит сознательно сомневаться или даже не доверять системным убеждениям, не поддаваться им, прибегать, например, к «линейным» оптимизмам, вести себя не нейтрально, проявлять свои симпатии и склонности, обвинять и т. п.? Возможно, здесь было бы целесообразно предложить читателям совет наподобие того, где именно в этой книге можно было бы «отклониться» от ее содержания. Но мы хотели бы избежать подобных указаний и привести один пример.

Во время одной из терапевтических сессий с семьей, проходившей в миланском институте, терапевт ощутил жепание дать четкую инструкцию матери. Его коллеги отклонили эту интервенцию как неуместную. В итоге было принято решение использовать что-то наподобие противоречивых дебатов. Терапевт сказал матери следующее: «Вы меня успешно убедили в своей несостоятельности. Я верю вам и думаю, что мне следует дать вам несколько инструкций. Мои коллеги за односторонне-прозрачным зеркалом утверждают, что инструкции в этом случае излишни. Они сторонники теории систем, которая мешает им думать иначе. Поэтому мы нашли компромисс и пришли к соглашению, согласно которому я могу считать вас некомпетентной (несостоятельной). Но в связи с этими моими убеждениями в течение последующих трех месяцев я буду нести ответственность за все последствия вместе с вами. Через три месяца мы снова вернемся к этому разговору». И тогда терапевт дал



матери несколько простых инструкций. Три месяца спустя поведение пациентки, выполнявшей полученные инструкции, улучшилось. Терапевт спросил: «Моим коллегам хотелось бы узнать, почему вы выполняли мои инструкции. Системная теория утверждает, что люди не способны следовать советам. Почему же вы послушались меня?» Пациентка ответила так: «Я выполняла ваши указания потому, что вы мне показались мне менее противным, чем те люди за зеркалом» (цит. по: Cecchin, 1992, с. 11)

Похоже, что продемонстрированная здесь гибкость убеждений терапевта создает и позволяет удерживать инновационный потенциал, так необходимый в терапии и консультировании. Рассказывают, что «праотец» *краткосрочной стратегической терапии* Милтон Эриксон (Milton Erickson) на протяжении двух лет рекомендовал одному пациенту с шизофренией каждый вечер смотреть телевизор. Эккард Шперлинг (Eckard Sperling), заметная фигура в семейной терапии, основоположник ее аналитического ответвления, иногда брал тяжелых пациентов домой, в свою семью. Однажды он поехал в семейный отпуск вместе с тяжелой пациенткой, страдавшей анорексией: «Я никогда не забуду, как она впервые научилась ощущать вкус — когда мы ели моллюсков в городке Сен-Мари-де-ла-Мер» (цит. по: Hosemann et al., 1993, с. 122). Ему принадлежит, кстати, «отрезвляющее» высказывание: «Я не верю ни одной теории; я ими лишь пользуюсь. От каждой теории я беру только ту часть, которая может мне помочь... и до тех пор, пока она может мне помочь» (с. 127). Эти терапевты действовали в соответствии со старой поговоркой, которая учит не верить слепо никаким авторитетам или учениям: «Если вы встретите Будду, убейте его» (Корр, 1978).

### 5.7. Терапия как провокация и стимулирование

Немецкие переводчики «пертурбационной»\* концепции Матураны недовольны собой и поныне. Когда впервые слышишь слово «Verstoerung» («нарушение», «помеха») (Ludewig, 1983, 1992), скорее думаешь о шумах, потревоживших спокойный ночной сон, или о невежливом и грубом поведении, чем о серьезных подходах в терапии или консультировании.

\* «Perturbatio» — дословно «замешательство»; здесь речь идет о «замешательстве» в виде трудностей или препятствий.

Рассмотрим пример муравейника. По его «правилам», муравей, направившись на поиски пищи и встретив на своем пути другого муравья, присоединяется к нему и дальше они уже побегут вместе. Таким способом муравьи надолго обеспечивают себя пищей. Однако может возникнуть проблема — когда голова первого муравья, стоящего в начале длинной цепочки, упрется в хвост последнего из той же цепочки. Тогда круг замкнется, и муравьи будут бегать по нему до тех пор, пока не погибнут от голода. Ведь в этом случае они не смогут вырваться из круга и найти пищу. Provocative терапия для такого племени означала бы попытку разорвать замкнутый круг. Например, можно положить между двумя муравьями щепку, которая прервала бы замкнутую модель и внесла бы помеху в бег по кругу, заставив первого муравья переползти через препятствие в поисках нового пути. Этого было бы достаточно для завершения «терапии». Нужно сказать, что фрустрация может оказаться довольно экономной интервенцией: ни одному муравью не понадобится при этом ни «дозревание», ни специальное дополнительное обучение, ни медикаментозная или «социальная» помощь. Достаточно лишь разрушить заикленность действующей модели.

Еще одним ярким примером подобного замкнутого круга являются расстройства сна. Пациент обращается за консультацией из-за ощущения глубокого сна и частых пробуждений. Каждую ночь он просыпается, смотрит на часы и потом уже не может заснуть, снова и снова смотрит на часы, ощущая нарастающее давление ситуации: «О, уже прошло четверть часа, уже полчаса, три четверти часа, уже целый час, а я еще не сплю. Утром я должен быть в форме, что же делать?». Круг замыкается — он не может спать, потому что не может заснуть. В этом случае «терапию» можно свести к простому совету: пациенту следовало бы перевернуть будильник циферблатом к стенке и не смотреть на него до самого утра — до того момента, пока он не зазвонит. Тогда он сможет избавиться от давления постоянно ускользающего времени; он просто не будет знать, как долго длится его бессонница. Патологический круг прерывается, и пациент избавляется от нарушений сна (как показала повторная беседа спустя два года, подобные расстройства не возобновлялись).

Лишь система, которой является сам клиент, определяет, была ли необходима фрустрация следствием интервенции терапевта: если все муравьи просто перелезут через препятствие или если пациент, переставив будильник циферблатом к стенке, все равно не сможет заснуть. Это будет означать, что устойчивая фрустрация не была достигнута. Поэтому Курт Людевиц (Ludewig, 1992) предлагает называть фрустрацией лишь изменения, выявляемые в реакциях клиента (системы) в результате соответствующей интервенции. При этом специфические действия консультанта следовало бы определять как «стимуляцию»,



«побуждение». Такие действия наилучшим образом подходят для «мягких» терапевтов и консультантов.

Фрустрация, сомнение и любознательность могут быть следствием критического осмысления существующих и привычных взглядов. С другой стороны, необходимый эффект может быть достигнут в результате такого формулирования новых идей, при котором господствующий стиль мышления не будет подвергнут открытой критике, а просто-напросто потеряет свое значение. Целенаправленное формулирование нового будущего (см. также раздел 7.5) выходит за рамки системного консультирования и представляет собой направление «лаборатории будущего» Р. Юнгкс (R. Jungks). Это направление основывается на философских «принципах надежды» Эрнста Блоха (Ernst Bloch, 1959).

#### **5.8. Нацеленность на ресурсы — ориентация на решение**

Принципы ориентации на решение разрабатывались группой, организованной Стивом де Шазером (Steve de Shazer), Евой Липчик (Eve Lipchik), Инсу Ким Берг (Insoo Kim Berg) и др. Основопологающим для их подхода является положение, согласно которому каждая система обладает всеми необходимыми ресурсами для решения собственных проблем, но не использует их все одновременно. Для того чтобы отыскать эти ресурсы, не стоит заниматься проблемой; скорее следует сфокусировать внимание сразу же на ее решении.

Стиль мышления, ориентированного на решения, создает противовес любым концепциям дефицитарности — не имеет значения, объясняются ли эти концепции дефектом дофаминовой системы или дисфункциональностью семьи. С перспективы стратегии, направленной на решение, наличие либо отсутствие дефекта несущественно. Куда важнее осознавать, какие варианты выбора эти дефициты открывают или закрывают для клиента. В повседневной практике важно прежде всего знать, какую *пользу* и какой *вред* вносят психотерапевтические концепции в непосредственную будничную деятельность. Поэтому для психотерапии может оказаться полезным следующее положение: каждый человек в каждой точке своего индивидуального развития владеет широким спектром возможностей решать для себя (с учетом



...отивно значимой мотивации), что следует, а чего еще не следует делать (или делать лишь от случая к случаю).

### **5.9. Ориентированность на клиента**

Идея ориентированности на клиента заимствована из экономической практики: предложение должно точно соответствовать спросу (Loth, 1996). С другой стороны, слово «клиент» (нем. «Kunde») этимологически связано с «опытом», то есть с умением ориентироваться, осведомленностью (Ludewig, 1992, Pargens, 1993b). И то, и другое объединяет концепция ориентированности на клиента, как системной философии «услуг» (Schweitzer, 1995a). Это означает, что сторона, предоставляющая услуги, предлагает лишь то, что субъективно желают ее клиенты, а не то, что эти клиенты могут хотеть или в чем они могут нуждаться, по мнению профессионалов. Следовательно, профессиональные интервенции необходимо согласовывать не по критериями «объективных показателей» или «насуточных потребностей», а в соответствии с обычным спросом клиентов. Ориентированность на клиента предлагает разнообразные подходы — от структурирования с помощью институциональных «пакетов услуг» (Schweitzer & Reuter, 1991) до выбора тематик терапевтических бесед или решающих интервенций (Mandl-Nebehay & Russinger, 1995). Это подходит также и для профилактических и консультативных супервизий, оказавшихся «слишком» и нуждающихся в «перестройке».

Опыт, накопленный в процессе супервизий и дискуссий по поводу клинических случаев, а также при консультировании терапевтических «команд», показывает, что работа, ориентированная на клиента, помогает сэкономить излишние усилия, особенно тогда, когда отсутствие настоящих требований клиента становится очевидным. В этой ситуации так называемые «приспособленные к сотрудничеству», «немотивированные» или «тяжелые» клиенты проявляют себя скорее как *не клиенты*, то есть личности не способные формулировать свои потребности (см. также раздел 1.4). С другой стороны, работа с такими клиентами выявляет недостатки указанной стратегии: чего-то клиенты все же хотят, возможно, чего-то другого, что не соответствует представлениям профессионалов об их желаниях. Сотрудничество, дающее возможность максимально точно

удовлетворять желания клиента, охотно принимается как самими клиентами, так и теми, кто предлагает свои услуги.

В сфере, где клиент всегда является «королем» ситуации, указанные принципы становятся вполне очевидными. К тому же они несут в себе огромный инновационный потенциал, в частности:

- там, где клиенты из-за недостатка средств не могут сами «покупать» услуги, а вынуждены делать это через «третьих лиц», например, через медицинское страхование, социальное страхование, фонды (пенсионный и др.), социальные организации и т. п.;
- в более отчетливом виде, там, где услуги предоставляются не собственно клиенту, а «для и ради клиента»: явно или скрыто — против его желания или без четкой его мотивации. Как правило, это происходит в судопроизводстве и судебной психиатрии, а также при организации помощи для линквентным подросткам, при лечении зависимостей, в различных учреждениях по управлению общественным порядком и т. п.

В обоих случаях речь идет о желании клиентов избежать лишних временных, денежных и энергетических затрат при отсутствии реальных потребностей. Соответственно, в этих случаях редко удастся предложить что-либо полезное. Однако когда речь идет о клиентах из самых бедных слоев общества, которыми занимаются главным образом структуры с отчетливыми контролирующими функциями (здравоохранение или социальное обеспечение), то здесь далеко не всегда удается достичь подобной ясности. Для этого имеется несколько причин

Указанные институты обязаны помогать не только своим клиентам или пациентам. Например, психиатрическая клиника, кроме непосредственных заданий, предоставляет услуги полиции, судам и т. п. Правда, ее сотрудники пытаются воплотить свои идеалы прежде всего в непосредственной работе с пациентами, субъективные потребности которых, к сожалению, не всегда совпадают с представлениями специалистов.

В указанных институтах клиенты редко способны точно сформулировать свои пожелания и потребности. Люди не раскрывают этого по вполне понятным причинам — и не только другим, но даже и самим себе. Они скорее склонны высказывать жалобы, чем говорить о том, в чем нуждаются. Эта категория людей живет убеждениями, что другие люди равно не будут действовать так, как этого хотелось бы, а потому они отвыкают выражать свои желания. Некоторые исключают себя из всех коммуникаций: чтобы другие люди как можно меньше их понимали, они выражаются настолько запутанно и нечетко, что «зацепиться» за них



любой возможности. Есть и такие, которые из-за стремления получить социальные льготы говорят не о том, чего они сами хотят, а о том, что, как они думают, от них хотели бы услышать.

Специфика системной ориентации на клиента состоит прежде всего в детальном выяснении всех его потребностей. Основными вопросами здесь будут: «Что кому нужно? От кого? Сколько? С какого момента времени? До каких пор? Для чего? Отношение к кому?» (см. раздел 7.4).

При этом нужно различать два типа невозможных заказов:

- когда разные «внешние» заказчики не могут прийти к единому мнению относительно того, что именно могли бы сделать специалисты;
- когда способы «видения сути происходящего» специалистом и клиентом противоречат друг другу.

Позиция, ориентированная на клиента, может быть усилена следующими словами: «Я не стану ничего делать, не убедившись вначале, что мои действия и поступки найдут удовлетворение у пользователей. Я приступлю к работе лишь тогда, когда моя клиент-ориентированная система получит заказ, реализация которого будет соответствовать моим средствам».

## **6. Первые подходы: гипотезы**

### **6.1. Формирование начальных гипотез**

Построение гипотез рассматривается как базовая позиция системной терапии (см. также раздел 5.2). Какие методы можно использовать для того, чтобы вникнуть в процесс формирования гипотез, и какой предварительной информацией необходимо обладать для построения мотивирующих системных гипотез? Рассмотрим это детальнее.

Перед началом консультирования полезно объединить всю имеющуюся информацию о системе клиента, почерпнутую из истории болезни, направлений и обращений за помощью, телефонных разговоров (семейные генограммы, органиграммы отношений и организаций, хронологические записи и др.) и



использовать ее для обдумывания или в дискуссиях терапевтической команды.

## 6.2. Источники информации: регистрационные листы, телефонные сообщения, истории болезни

При первичном обращении рекомендуется опросить семью по телефону или через информированных лиц — о домашней ситуации (кто живет в доме?), а также коротко выяснить суть проблемы. Для этого Институтом системных исследований, терапии и консультирования в Гейдельберге была разработана специальная анкета (рис. 5).

Имя	Клиент	1. Брат/сестра	2. Брат/сестра	3. Брат/сестра	Отец	Мать	1. Ребенок биологич./приемный	2. Ребенок биологич./приемный	3. Ребенок биологич./приемный	Партнер
Дата рождения (и, если умер, дата смерти)										
Живут в одной квартире (доме) (да/нет)										
Семейное положение, длительность партнерских отношений/брака (от/до)										
Гражданство										
Религия										
Образование										
Профессия										
Тяжелые болезни, инвалидность										
Психические расстройства (леченные)?										
Особые положительные качества и способности										

**Рис. 5.** Семейная анкета Гейдельбергского института системных исследований.

Эта анкета дает возможность одновременно получить необходимые базовые данные для составления генограммы. Однако для полноты информации, определения проблемы клиента и представлений о его будущем генограммы самой по себе недостаточно. Необходимые данные о внесемейных связях системы и перспективе на будущее можно получить с помощью следующей анкеты (рис. 6). В ней поставлены вопросы, направленные на различные определения проблемы и ожидания участников относительно вероятных решений.

# **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ИЗ ПЕРВИЧНОГО ИНТЕРВЬЮ**

Имя, фамилия:

1. Какая проблема (проблемы) привела (ли) Вас сюда?

1.	
2.	
3.	

2. Обращались ли Вы в прошлом за профессиональной помощью по этой (этим) проблеме (проблемами)?

да нет Если да, то: когда, где, за какой.

Направление (метод)	Период времени: от ..... до .....	Что было сделано?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

3. Находитесь ли Вы (Ваша семья) на лечении/консультируетесь/получаете профессиональную помощь где-либо еще?

да нет Если да, то:

Направление (метод)	С какого времени?	Что делаете?
1.		
2.		
3.		

1.		
2.		
3.		

4. Что Вы ожидаете/хотите от нас?

1.	
2.	
3.	

5. По каким признакам Вы заметили бы, что Ваши желания/ожидания исполнились: что могло бы измениться?

1.	
2.	
3.	

Рис. 6. Дополнительная анкета Гейдельбергского института системных исследований.

Истории болезни представляют собой противоречивый источник информации. Они могут втянуть консультанта в «проблемный транс» уже перед началом работы, когда глубина расстройства, описанного в истории болезни клиента, вызывает полное отчаяние, и когда опускаются руки. В частности, это относится к объемной документации: «Чем больше история болезни, тем безнадежнее выглядит случай». По этому поводу Майкл Уайт (Michael White) дает саркастическую рекомендацию — не читать истории болезни вообще, а только взвешивать их. И все же имеет смысл прочесть всю эту документацию особенно для выяснения отношений клиента (клиентов) с предыдущими консультантами или терапевтами: с какой целью к ним обращались, какие интервенции были сделаны, но потерпели неудачу. Кроме того, истории болезни дают информацию об отношениях в системе, к которой ранее принадлежал клиент. Их можно прочесть как бы с конструктивным «оптичным прицелом»: что здесь говорится об отношении «писателя» к описываемому? (см. также раздел 6.4).

### **6.3. Заочные формы системной информации: генограмма, системный рисунок, органиграмма**

#### **Генограмма**

Генограммы служат для наглядного изображения комплексной информации о системе семьи. Для этого используется язык специфических обозначений с соответствующей символикой (см. McGoldrick & Gerson, 1990, Heini, 1987, 1988). В зависимости от качества и глубины интервью генограмма может охватывать до трех поколений от «исходной точки», которую представляет собой семья идентифицированного пациента. Следовательно, генограмма отображает семейное происхождение пациента. Проживающих вместе с ним можно обозначить отдельно или даже на дополнительных страницах. В рисунок вписываются самые важные факты:

- фамилия, имя, возраст или дата рождения, дата смерти;
- дата брака, по возможности с датой знакомства; даты реального и формального совместного проживания;



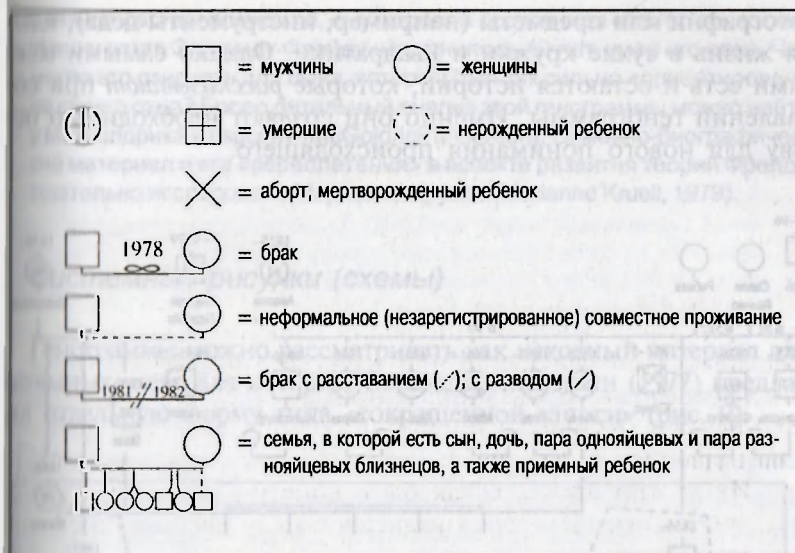


Рис. 7. Символические обозначения генограммы.

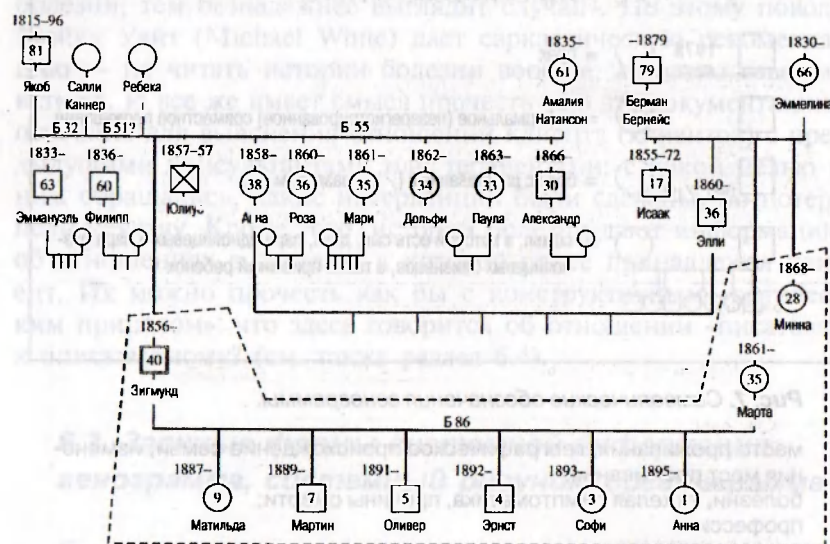
место проживания, географическое происхождение семьи, изменения мест проживания;  
 близости, тяжелая симптоматика, причины смерти;  
 профессии.

Интересными могут оказаться и «нестрогие» информационные данные:

при произвольные характеристики, приписываемые тому или иному участнику генограммы;  
 образное определение семейной атмосферы;  
 упоминания на особые типы разногласий и конфликтов в семье (например, ревность);  
 тайны и «белые пятна» генограммы: о ком не говорится; что скрывается; какие события замалчиваются?  
 бонусы: МакГолдрик и Герсон (McGoldrick & Gerson, 1990) указывают, что генограммы можно было бы ввести в практику семейных практик в качестве базовой документации; это позволило бы быстро ориентироваться в хронологии заболеваний всех членов семьи.

Отдельные части генограммы — там, где желательно отобразить особые семейные события, взаимные влияния или «модели», передававшиеся через поколения, — разрешается выделять разными цветами. Сюда же можно прикладывать семейные

фотографии или предметы (например, инструменты деда), вдыхая жизнь в сухие кружки и квадратики. Однако самыми важными есть и остаются истории, которые *рассказывают* при составлении генограммы. Именно они создают необходимую основу для нового понимания происходящего.



**Рис. 8. Генограмма семьи Фрейда, 1986 г.**  
(См. по: McGoldrick & Gerson, 1990, с. 19.)

Интересно, что Зигмунд Фрейд в возрасте 40 лет некоторое время страдал мигренью и не мог работать (не публиковал свои труды). Его генограмма (рис. 8) наталкивает на различные гипотезы по этому поводу. Не был ли он перегружен заботой о своих многочисленных детях? Не стала ли для него, мужчины-интеллектуала, так строго контролировавшего свои влечения, искушением сестра его жены, которую накануне взяли в дом для помощи по хозяйству? Не сложилась ли ситуация, подобная той, которая была знакома ему еще по родительской семье: вторая жена его отца, значительно моложе его, оказалась почти ровесницей братьев Зигмунда Фрейда, детей отца от первого брака? Еще одна версия: с момента включения сестры жены в семью Зигмунда Фрейда сам он стал менее важной фигурой, так как сестры были очень близки между собой. Не потому ли он отступил и это отступление выразилось в его мигрени? Ведь в отцовской семье он был старшим в длинном ряду

братьев-сестер: возможно, ему надоела постоянная ответственность? И еще: когда Зигмунду Фрейду исполнилось 40 лет, умер его отец. Что могло это означать для сына, который был так сильно «ориентирован» на своего отца? Более детальный анализ этой генограммы можно найти у МакГолдрика и Герсона (McGoldrick & Gerson). Семейно-биографический материал и его «переплетения» в аспекте развития теорий Фрейда тщательно исследовала Марианна Круэль (Marianne Kruehl, 1979).

### Системные рисунки (схемы)

Генограммы можно рассматривать как исходный материал для системных схем, для которых Сальвадор Минухин (1977) предложил отдельную форму типа «сокращенной записи» (рис. 9).

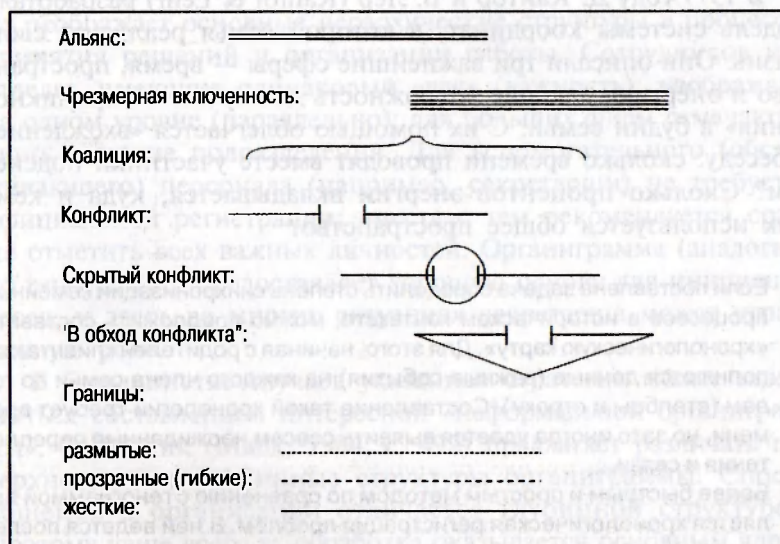


Рис. 9. Символы системной схемы.

Целесообразность и эффективность таких схем видны при формулировании предварительных гипотез, которые можно представить в виде эскиза в конце беседы с семьей. Однако эти схематические эскизы ни в коем случае не следует трактовать как «системные диагнозы». В них можно обозначать также всех важных для системной терапии лиц (иногда стоит нарисовать несколько схем, отображающих отдельные аспекты).



*Альянс (совместное участие)* следует понимать как тесные отношения, однако не направленные против третьих лиц. *Коалиция* же, наоборот, представляет собой союз (часто тайный) двоих против третьего, который проходит по крайней мере через два поколения. Коалициям часто присуща тенденция *обходить* скрытые или явные конфликты; так, например, нередко в противостояние родителей втягивается ребенок. В таких случаях С. Минухин говорит о *триангуляции* (построении треугольника). *Скрытым* называют конфликт, проявляющийся в многочисленных приметах, несогласованных коммуникациях, намеках и т. п., будучи при этом заметным для стороннего наблюдателя; участники конфликта не проговаривают его в явной форме.

### *Время, пространство, энергия*

В 1977 году Д. Кантор и В. Лер (Kantor & Lehr) разработали модель системы координат, в которой семья реализует свою жизнь. Они описали три важнейшие сферы — время, пространство и энергию, дающие возможность для лучшего «проникновения» в будни семьи. С их помощью облегчается «вхождение» в беседу: сколько времени проводят вместе участники подсистем? Сколько процентов энергии вкладывается, куда и кем? Как используется общее пространство?

Если поставлена задача определить степень синхронизации семейных процессов в историческом контексте, можно предложить составить «хронологическую карту». Для этого, начиная с родителей клиента, заполняются данные (важные события) на каждого члена семьи по годам (столбцы и строки). Составление такой хронологии требует времени, но зато иногда удается выявить совсем неожиданные переплетения и связи.

Более быстрым и простым методом по сравнению с генограммой является хронологическая регистрация проблем. В ней ведется последовательный хронологический учет первых проявлений болезни, первичного установления диагноза, всех прошлых госпитализаций и амбулаторных психотерапевтических ходов. Этот метод помогает обнаружить связь между «карьерой» той или иной проблемы в развитии семьи.

Пространственным аналогом хронологии является «план жилища» (Hubschmid, 1983). Для этого каждому или кому-то одному из членов семьи дают задание нарисовать план семейного жилья. Отличия отдельных эскизов указывают на различные варианты переживания пространства разными членами семьи. Такие особенности, как отсут-

ствие дверей и стен, разительные отличия в изображении объемов и т. п., могут подтолкнуть к интересным размышлениям. «Чтобы следующее поколение стало автономным, в процессе его развития... необходимо закрывать каждый раз все больше дверей. Процесс этот болезненный и сопровождается потерями. Можно ощутить боль, если предметом терапевтического разговора станут двери» (Hubschmid, 1983, с. 229).

### *Органиграммы*

Консультирование организаций осуществляется в основном в форме органиграммы. Каждая институция (организация) имеет что-то вроде схемы, и обработка такой схемы сама по себе осуществляется на первых этапах консультирования. Органиграмма отображает основные иерархические структуры в процессах принятия решений и организации работы. Сотрудников или отделы, имеющие одинаковый «вес» (важность), изображают на одном уровне (параллельно); для больших фирм отмечаются лишь ведущие подразделения. Для вспомогательного (обслуживающего) персонала (например, секретарши) не требуется официальной регистрации; вместе с тем рекомендуется сразу же отметить всех важных личностей. Органиграмма (аналогично генограмме) предоставляет хорошую основу для инициации бесед, и здесь во многих ситуациях секретарша может играть важную роль.

В большинстве случаев указанная стратегия может завершиться составлением интересной «неформальной органиграммы». Ф. Малик (Malik, 1984, с. 492) предлагает различать поверхностные и глубинные структуры органиграммы. Способ общения в организации отличается глубинной структурой. Поэтому чаще всего ее обработка оказывается основным ядром консультативного процесса. Выяснение различий между формальной и неформальной органиграммой дает много материала для гипотез о проблемах, связанных с функционированием коалиций и власти внутри организации.

К органиграмме можно задать ряд вопросов:

- Кто занимает формальную, а кто неформальную позицию? Кто действительно занимает ведущее (лидерское) неформальное положение? Кто

- представляет собой неформальный информационный узел; в какой комнате, например, пьют кофе или отдыхают и т. п.?
- Кто и как долго является членом системы? (Ср. также причинные упорядоченности, раздел 1.7.)
  - Где видны конфликтные векторы, коалиции и альянсы? (Ср. также системные схемы.)
  - Где в данное время находятся «призраки» — те, кто все еще «принадлежит» к системе, хотя на самом деле уже покинули ее? Сюда относится умерший любимый начальник, «святость» которого с большими усилиями преодолевается его преемником (часто посредством благотворительности). Возможно, это шеф на пенсии, который и сейчас включается в дела и, оставив за собой место в управлении, продолжает контролировать своего «наследника»?
  - Где есть «скелеты в шкафу»? Какие события и обстоятельства могут роковым образом связывать между собой людей?
  - Кто из-за кого на какой позиции оказался (возможно, в связи со «скелетами в шкафу»)?
  - Каковы различия в полной и неполной загрузке работой, в оплате, в размерах ставок и т. п.? Какая работа ценится больше/меньше?
  - «Золотой запас» системы: каков опыт предыдущих ресурсов?

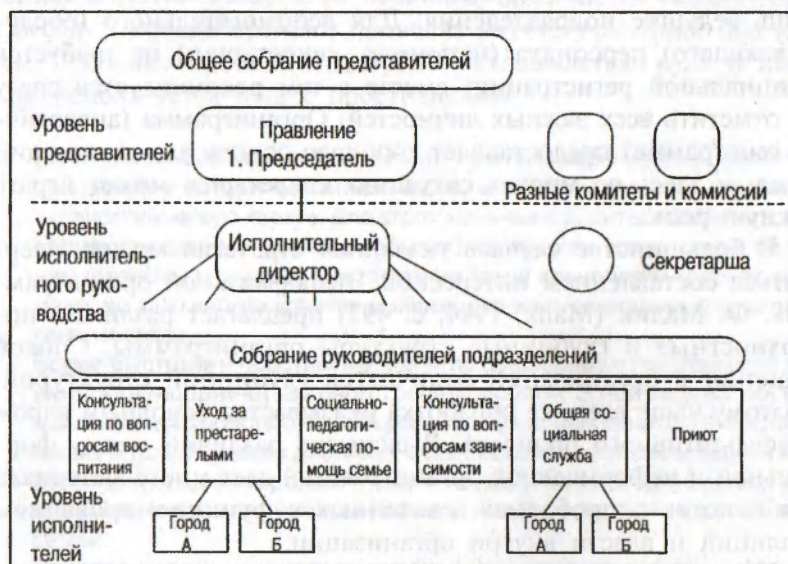


Рис. 10. Пример органиграммы общественной организации.



#### **6.4. Гипотезы о контексте, в рамках которого происходит направление клиента**

Смещение акцентов с семьи на системные проблемы открыло новую область гипотез, касающихся роли тех людей, кто направляет (присылает) клиентов к терапевтам или консультантам. Даже если такой человек не принадлежит к системе клиента (например, другой терапевт), то и в этом случае он (она) может предоставить необходимую информацию о коммуникационных действиях в рамках системной проблемы.

Впервые на значимость этого вопроса обратили внимание представители Миланской группы. Они искали объяснение своим неудачам и пришли к выводу, что их непосредственное участие в системе заслоняло видение собственных функций в «сохранении» и «консервации» симптоматики. Это касается и тех, кто направляет клиента к терапевту или консультанту: «Какую позицию занимает «направляющий» по отношению к конкретной семье? Не зашел ли он слишком далеко и в результате не стал ли для семьи важным участником событий?» (Selvini Palazzoli, 1983).

Оказалось, что немало помощников — врачи, социальные работники, психологи или психиатры — в той или иной форме принимают участие в проблемах клиента. Важно, что нерешенные проблемы (за которые никто не хочет браться) определяют тенденцию к смещению на иные уровни системы. Неоднократно приходилось сталкиваться с ситуацией, когда над одной и той же проблемой ломали головы несколько терапевтов, порой даже не подозревая о существовании друг друга. Чем больше терапевт «пашет» на решение проблемы вместо кого-то другого, тем больше его неудовлетворенность и тем сильнее будет его желание найти того, кто взял бы на себя его работу. Но все подобные попытки могут в конце концов превратиться в часть общей проблематики. В подобной ситуации нужно найти такие решения, которые позволили бы учитывать свою собственную включенность в проблему. Поэтому в технике построения гипотез для получения полного набора шагов необходимо учитывать наличие «направлявших» и отводить им на генограммах или на системных схемах отдельное место (обозначение).

## 7. Системные вопросы

Постановка вопросов означает не только получение информации, но и ее создание, *генерирование*. В каждом вопросе скрывается внутренний смысл, способный «расстроить» привычные семейные стереотипы.

Если терапевт спрашивает родителей, когда именно усиливаются симптомы ребенка — при участии мамы или отца, то таким образом он параллельно предлагает рассматривать симптоматику как феномен определенных семейных отношений, а не только как индивидуальную проблему ребенка. Ответ, который будет учитывать предложенные в вопросе особенности симптоматики (усиливается «при моем» или «при отцовском» участии), означает, что скрытое предложение принято к сведению.

Аналогичным образом действует и такой вопрос: «Когда ваша дочь решила воздерживаться от приема пищи?». Или еще один: «Представим себе, что Герберт не захотел бы тогда стать депрессивным, как бы в этом случае развивался конфликт между вашей супругой и ее матерью?». Любой ответ, кроме абсолютного отказа, подтвердит вывод о том, что «болезнь» в значительной степени «контролируется» самим пациентом. Эмпирические исследования показывают, что признание семьей подобных выводов следует рассматривать как краеугольный камень стабилизации терапевтических изменений (Retzel et al., 1984).

На этом уровне терапия отражает *общие усилия в борьбе за определение действительного состояния* (von Schlippe, 1995b, Braun-Broenneke, 1990).

Для иллюстрации дадим короткое задание (цит. по: Hargeus, 1996): подумайте, что скрывается за следующими вопросами, с которых начинается беседа с клиентом:

- Давно ли вы болеете?
- Почему вы пришли сюда?
- В чем состоит ваша проблема?
- Что я (мы) могу (можем) сегодня для вас сделать?
- Какое решение вы бы хотели получить сегодня?
- Что должно было бы произойти сегодня, чтобы вы ушли домой удовлетворенным?

Прицельный взгляд на этот, казалось бы, невинный метод расспроса показывает, что здесь речь идет об опреде-

ленной форме интервенций, которую не следует недооценивать. Принимая во внимание аксиому коммуникационной теории, согласно которой «невозможно не коммуницировать» (Watzlawick et al., 1969), любой вопрос обязательно подтолкнет опрашиваемого к собственным размышлениям. Г. Шмидт (Schmidt, 1985) описывает вариант гипноуггестивной семейной терапии: через вопросы передаются «скрытые послания», направление и действие которых осознаются терапевтом. Следует отметить, что влияние вопросов в системной терапии, когда в ней принимают участие несколько человек, может усиливаться. Ведь новая информация поступает не только к тому, кого спрашивают, но и ко всем слушателям их беседы.

### **7.1. Циркулярные вопросы: форма проведения системной беседы**

Циркулярные вопросы в системной терапии играют особую роль. Основной тезис этого метода гласит, что любые внешние проявления поведения в социальных системах можно (всегда) рассматривать как *коммуникативное предложение (выбор)*. Известно, что формы поведения, симптомы или разнообразные проявления чувств трактуются не только как отпечаток, оставленный в личности определенными событиями; их функция состоит еще и в выявлении и определении разносторонних форм отношений. Поэтому иногда лучше поинтересоваться коммуникационными аспектами отношений, чем выпытывать детали переживаний. То есть центральным моментом вопросов, касающихся симптоматики, должно быть понимание этих особенностей членами семьи и связанных с этим ожиданий, наблюдений и реакций.

«Можно спросить напрямую: «Как ты себя чувствуешь?». Мы не делаем этого... Мы задаем вопрос другим людям: «Как, по твоему мнению, чувствует себя твоя сестра?». Чувства являются сигналом для других. Поэтому мы и задаем вопросы не тем, кто посылает сигналы, а тем, кто их воспринимает. То же самое касается и вопросов об отношениях... Мы спрашиваем: «Какими ты видишь эти отношения?»; ведь и они являются посланиями» (Д. Чеккин, дискуссия, цит. по: von Schlippe, Kriz, с. 39).



Пример (рис. 11—15, цит. по: von Schlippe et al., 1994, с. 23-25)

Хельмут плачет



Рис. 11.

В других терапевтических конвенциях мы обычно спросим:

“Почему ты плачешь?  
Что с тобой происходит?”



Терапевт



Клиент

Рис. 12.

Перспектива такого подхода чрезвычайно важна: чувства можно воспринимать и оценивать как выражение (отображение) экзистенции, бытия как такового. Но в слове «отображение» скрыто и еще кое-что: каждое чувство определенным об-

разом отображается и потому может рассматриваться как сигнал кому-то от кого-то:

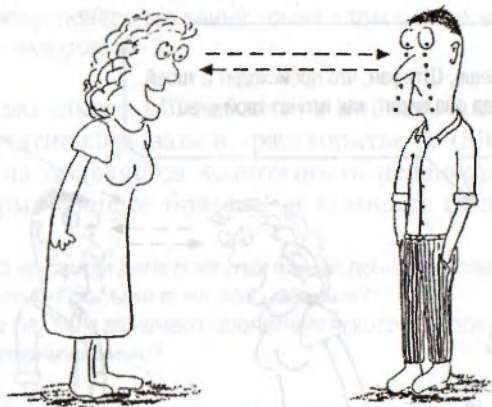


Рис. 13. Хельмут плачет. Аннелора воспринимает это серьезно, и Хельмут знает об этом.

При обычном расспросе этот (коммуникационный) аспект не принимается во внимание. Поэтому здесь требуется другая форма вопросов.



Рис. 14.

Кроме того, всегда найдется третий — тот, кто наблюдает за отношениями двоих.



Рис. 15.

Подобная техника опрашивания порождает в системе *новую информацию*. Хельмут узнает о значении своего плача для Аннелоры, Аннелора — о возможных намерениях Хельмута; оба они получают обратную информацию о своем поведении с позиции Штефана; у всех участников ситуации появляются новое видение и новые мысли.

«Люди постоянно озабочены размышлениями о том, что другие думают о них и что они сами думают о других. Мы спрашиваем себя, что происходит с другими; нам хочется (или же мы опасаемся), чтобы другие люди могли узнать, что происходит с каждым из нас» (Laing et al., 1971, с. 37).

Этот способ сбора информации фокусируется не на предметах, а на моделях: симптомы, проблемы, болезни не относятся к предметам и являются прежде всего *процессами*, формирующимися посредством действий и коммуникаций разных людей.



- Как поступает ваш супруг в ответ на действия вашего сына, которые вы расцениваете как расстройства поведения?
- Как реагирует на это ваш сын?
- Как изменяется поведение вашего сына в том случае, когда ваш супруг считает его «здоровым»?

С помощью такого метода можно лишить болезнь ее предметности, релятивизировать и «растворить» ее (Simon & Weber, 1988a); и тогда появляется возможность перенести модели поведения, формирующие болезнь, в контекст отношений:

- Так для кого на самом деле поступки вашей дочери являются проблемой?
- Кого это волнует больше всех, кого меньше?
- Кто в семье первым замечает проявления, которые доктор Майер называет шизофреническими?

Таким образом, *отношения* можно рассматривать как разновидность коммуникации с третьим. При этом информацию получают с помощью вопросов, сфокусированных на том, как один из членов семьи видит отношения между двумя другими. Такой способ еще называют «сплетнями о присутствующих».

«Как, по вашему мнению, оценивает ваша супруга отношения между вами и вашим отцом? А ваша теща — также, как и ваша супруга, или же иначе?»  
 «Допустим, ваша сестра захотела бы высказаться вслух о том, что думает ее мама: что бы она сказала в первую очередь?»

Таким образом, мы не только получаем необходимую информацию, но и делаем ее более очевидной и «выпуклой». К тому же сами вопросы нельзя отделить от терапевтических интервенций. При этом *модели отношений* становятся очевидными, даже если не вникать в смысл семейных перипетий. Каждый циркулярный вопрос одновременно является и предложением: посмотреть на собственную социальную систему с внешней перспективы. Ведь такие вопросы подталкивают систему, в которой находится клиент, к тому, чтобы он описывал свою «действительность», отталкиваясь от непривычных для себя точек отсчета. Следует также иметь в виду, что члены семей в своих ответах дают друг другу *косвенную* обратную связь и тем самым параллельно выясняют взаимные предположения о своих отношениях («ожидание ожиданий», см. также раздел 2.8). Согласно Р.Д. Лэйngu и его коллегам (Laing et al., 1973, с. 45),

некоторые люди испытывают значительные трудности и страдания лишь потому, что упрямо продолжают считать, будто другие значительно больше осведомлены об их переживаниях, чем эти другие знают на самом деле. В таких ситуациях циркулярные вопросы могут оказаться очень полезными, в частности, для выяснения взаимных недоразумений.

В последнее время был предпринят целый ряд попыток классифицировать и упорядочить циркулярные вопросы (например, В. Penn, 1983, 1986, Rothermel & Feierfeil, 1990, Tomm, 1988a+b, 1989a, 1994, von Schlippe & Kriz, 1993, Palmowski & Thoene, 1995, Lenz et al., 1995). Кое-кто выделяет вопросы по их форме, другие — по цели, третьи — по содержанию. В нашей работе мы ориентировались на два следующих блока, выделенных на основе содержания: вопросы о *конструировании действительности* в рамках системы и вопросы о *формировании возможностей*. Понятно, что названные смысловые поля можно разделить лишь дидактически (как мы и сделали в этой книге); в практической работе, то есть в непосредственной беседе, эти смыслы постоянно смешиваются между собой.

## **7.2. Формы вопросов для уточнения отличий**

Прежде всего необходимо указать на некоторые специальные *формы* циркулярных вопросов, особенно полезных при выявлении и выделении *отличий* (детальнее см.: Пенн, 1983).

### **Вопросы на классификацию**

Эта форма вопросов наилучшим образом «срабатывает» при выяснении позиций и отношений, требующих ранжирования:

- Кого из сотрудников в коллективе начальница ценит больше всех, кого ставит на второе место, кого ценит меньше всего? Если представить себе, что кто-то решит уволиться, кто будет первым?
- Кто обрадуется больше всех, а кто нет, если свекровь начнет вмешиваться в ведение домашнего хозяйства?
- Кто сегодня настроен наиболее оптимистично, а кто — наиболее скептически?
- Если дочь не будет больше принимать участия в домашнем хозяйстве, то кто при этом будет доволен больше — она или ее родители?



### *«Процентные» вопросы*

Такая форма вопросов («Как бы вы оценили это в процентном отношении и как противоположное?») служит для уточнения отличий между предложениями, убеждениями, настроениями, концепциями (болезни), представлениями и т. п. Целью подобных вопросов является выявление, а следовательно, и релятивизация двойственных, противоречивых позиций как на индивидуальном уровне, так и в социальных системах.

- На сколько процентов вы оцениваете то, что ваше поведение является следствием процессов обмена веществ, и на сколько то, что оно отражает стиль вашей жизни? Если вы даете больше процентов в пользу гипотезы о нарушении обмена веществ, осложнит ли это вашу жизнь или же, наоборот, облегчит, сделает ее приятнее или беззаботнее?
- Представим, что в сердце вашей супруги живут две тенденции: одна велит уйти от своего мужа, другая — оставаться с ним. Сколько процентов сердца вашей супруги будет хотеть в данный момент избавиться от вас, сколько — быть рядом с вами?
- Если представить себе, что вся энергия матери содержится в круглом «энергетическом» пироге, то сколько его процентов она будет растрачивать на школьные проблемы детей?
- Как бы вы на шкале от 0 до 100% зафиксировали положение, соответствующее намерениям коллеги Шмидта уволиться с работы? Как на этой шкале вы отметили бы подобные намерения других коллег?

### *Вопросы на согласование*

Эта форма вопросов («Вы считаете так же или иначе?») применяется для выяснения коалиции, формирования альянсов, ситуаций «Кто за кого?». Кроме того, подобные вопросы, особенно при длительном применении циркулярной стратегии, помогают респонденту уточнить собственную позицию.

- Вы придерживаетесь такого же мнения, что и ваши коллеги, или же будете настаивать на противоположной точке зрения?
- Правление вашей фирмы рассматривает кризис как следствие неблагоприятной конъюнктуры, в то время как совет коллектива считает, что произошла ошибка в системе менеджмента. К какой точке зрения, по вашему мнению, будет склоняться совет учредителей?
- Отец считает тебя «маменькиным ребенком». А ты? Может, ты видишь себя скорее «папенькиным сыночком» (дочкой)?



### **Вопросы на сравнение подсистем**

Для сравнения интенсивности различных типов двух- или трехсторонних отношений можно приглашать «третьих лиц». В отличие от вопросов на согласование эта форма позволяет более открыто представлять ситуацию «кому с кем лучше».

- По вашему мнению сына и брата: с кем в данное время у вашего отца отношения лучше — с женой или с дочерью?
- Как вы, будучи самым старшим, считаете: кому больше симпатизирует священник вашего прихода — традиционалистам или авангардистам (модернистам)?

Указанные формы вопросов могут оказаться особенно важным терапевтическим шагом в системах клиентов, для которых любые различия «заряжены» страхом. Эти вопросы дают понять, что различия и трансформации не следует отбрасывать; к ним следует быть готовыми и воспринимать их такими, какие они есть — очевидными и понятными. Подобная стратегия позволяет легко и достаточно быстро найти соответствующие пути к тематике, которую ошибочно считают «табуированной»: ведь указанные формы вопросов не интерпретируются, а лишь выясняются. Не нужно ждать, пока после долгих и нудных размышлений участники терапии смогут тематизировать подобные проблемы. Лучше сразу постараться перевести все намеки, гипотезы, спекуляции, ожидания и интуитивные догадки на язык специальных вопросов.

### **7.3. Конструирование действительного и возможного: содержание системной беседы**

Для того чтобы система при желании могла изменить себя, необходимо получить двойную информацию о ее внутренних и внешних отношениях: о том, что есть в данной системе, и о том, что, возможно, есть для нее вовне. Таким образом, мы различаем вопросы о *конструировании действительности* и о *формировании возможностей*. Первые направлены на выяснение *актуального контекста*, последние — *новых возможностей*. Умение хорошо лавировать между этими полосами можно отнести к искусству системного опрашивания (см. схемы ниже).

#### **7.4. Вопросы о конструировании действительности**

Эта форма вопросов служит для уточнения актуальных моделей отношений. Их можно назвать также вопросами о настоящем. Поле их применения будут следующие два контекста: показания для терапевтической работы и основная декларируемая проблема (и, соответственно, перспективы, в своей совокупности определяющие данную проблему).

##### **ВОПРОСЫ О КОНСТРУИРОВАНИИ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ**

*Вопросы на выяснение актуальных (текущих) моделей отношений*

##### **1. Вопросы о показаниях для консультационной работы**

###### **1) Вопросы о направлении клиента:**

- Кто был инициатором обращения к терапевту?
- Что, по его (ее) мнению, должно было произойти здесь?
- Почему именно этот клиент; почему именно ко мне; почему именно сейчас?

###### **2) Вопросы об ожиданиях:**

- Кто и чего именно хочет и от кого (от меня, от нас)?
- Кто настроен оптимистически, а кто пессимистически?
- Что мне (нам) нужно сделать, чтобы оправдать эти ожидания?
- Что мне (нам) нужно сделать, чтобы дело завершилось неудачей?

##### **2. Вопросы к контексту проблемы**

###### **1) «Что является проблемой»:**

- Какие способы поведения имеют отношение к проблеме?
- Кому можно «показать» проблемное поведение, а кому нет?
- Где это поведение демонстрируется, а где нет?
- По каким признакам вы поймете, что проблема решена?

###### **2) Вопросы о видении проблемы:**

- Кто впервые назвал это проблемой?
- Кто мог бы все отрицать, считая, что речь вообще о проблеме здесь не идет?
- Что имеет в виду доктор Х., называя это расстройством поведения?

###### **3) Вопросы об «околопроблемном взаимодействии»:**

- Кто больше/меньше всего реагирует на проблемное поведение? Кому оно мешает, а кому нет?
- Как реагируют остальные?
- Как реагирует «проблемный ребенок» на реакции остальных?
- Как реагируют другие на реакции «проблемного ребенка»? (И так до тех пор, пока круг отношений не будет очерчен.)

###### **4) Вопросы об объяснении проблемы:**

- Как вы себе объясняете возникновение проблемы; почему она появилась тогда-то и тогда-то, а не проявилась при других обстоятельствах?

- Какие последствия могут иметь ваши объяснения?

###### **5) Вопросы о значении проблемы для отношений:**

- Что изменилось в отношениях с появлением проблемы?
- Что изменилось бы в отношениях, если бы проблема исчезла?



## ВОПРОСЫ О ФОРМИРОВАНИИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Вопросы, в которых обыгрываются  
нереализованные возможности отношений

### 1. Вопросы, ориентированные на решение («коррекционные»)

#### 1) Вопросы об исключениях из проблемы:

- Как часто (как долго, когда) проблема не дает о себе знать?
- Какими другими делами вы и остальные занимались в это время?
- Как вам удавалось в это время сдерживать проявления проблемы?

#### 2) Вопросы о ресурсах:

- Что бы вы хотели сохранить в вашей жизни?
- Что у вас получается, что вы делаете охотно?
- Что вам необходимо сделать для того, чтобы удавалось еще больше?

#### 3) «Вопросы о чуде»:

Если бы ваша проблема вдруг исчезла (после поцелуя феи, в результате операции, Божьей волей и т. п.), то:

- Что бы вы сразу же сделали на следующее утро? Что бы вы сделали потом?
- Кто бы удивился больше всех?
- Чего бы вы лишились в вашей жизни, если бы проблема исчезла?

### 2. Вопросы об ухудшении

- Как достичь сохранения, увековечения или ухудшения проблемы? Что я (мы) мог (могли) бы для вас сделать, чтобы поддержать такую стратегию?
- Если бы у вас возникло желание стать действительно несчастным(ой), что бы вы для этого реально смогли сделать?
- Как могли бы другие помочь вам в этом? Каким образом другие смогли бы втянуть вас в ситуацию, в которой у вас все «валилось бы из рук»?

### 3. Вопросы, ориентированные и на решения, и на проблему

#### 1) Вопросы о пользе сохранения проблемы:

- Что хорошего обнаружили бы вы в сохранении проблемы еще на некоторое время или же в ее повторном переживании?
- Что ухудшилось бы при исчезновении проблемы?

#### 2) Планы на будущее:

- Как долго вы еще сможете терпеть присутствие проблемы в вашем доме? Когда бы вы выставили ее за дверь? Сколько времени вам необходимо для того, чтобы понять, что еще слишком рано это делать?

#### 3) Вопросы о «сознательном рецидиве»:

- Если вы уже давно распрощались с проблемой, но захотели бы еще раз ее «пригласить», как бы вы это сделали?

#### 4) Вопросы «как будто...»:

- Если бы у вас появилось желание действовать так, чтобы другие решили, будто ваша проблема опять с вами (но на самом деле это было бы не так), как бы вам нужно было вести себя?
- Признали ли бы другие, что ваша проблема действительно возвратилась, или же они подумали бы, что вы только так ведете себя, будто она опять с вами?



### *Вопросы о показаниях для консультационной работы*

При выяснении смысловой части запроса речь идет о разнообразных и противоречивых ожиданиях, которые до сих пор не высказывались в виде явных потребностей разными «партиями» системы, находящимися в сфере действий системного консультирования. При этом участники консультативной беседы не всегда являются единственными действующими лицами! Часто разговор инициируют Третьи, в данное время и в данном месте не присутствующие: судья, направляющий подростка на «коррекцию» к психотерапевту; семейный врач, передающий пациента со всей его семьей семейному терапевту; шеф, обязывающий «загнанных» начальников отделов или секретарш посещать «семинар по коммуникации» с целью улучшения организации работы и т. п. Правило гласит, что ожидания клиентов и присутствующей или отсутствующей «направившей стороны» часто не совпадают, а то и противоречат друг другу. Поэтому консультант (терапевт) обязан, в первую очередь, выяснить все подобные недоразумения в начале консультативного процесса, чтобы не попасть в безвыходную ситуацию и не конфронтировать с дилеммами, за которыми прячутся нереализуемые запросы. Их можно, однако, уточнить и в дальнейшей работе, в частности — при возникновении кризисных ситуаций, при появлении сомнений в процессе консультирования, а также при принятии решения о завершении консультации. Собственная самосупервизия (терапевта) позволяет разобраться со сложностями запроса с помощью метода «карусели» (см. раздел 13.6).

#### **Основные вопросы при прояснении запроса звучат так:**

- *Кто и чего именно хочет?* (Кто является моим заказчиком? Хочет ли мой собеседник чего-либо от меня? Что нужно сделать мне и ему, чтобы удовлетворить заказчика?)
- *От кого?* (Действительно ли я тот, к кому был направлен запрос?)
- *С какого времени?* (Сформирован ли уже для меня запрос?)
- *До какого времени?* (Не поздно ли?)
- *Сколько?* (Сколько терапевтических часов, дней, новых стимулов хотели бы получить клиенты?)
- *Для чего?* (Что именно и с какой целью нужно сделать?)
- *С кем? Против кого?* (Как объединяются (или не объединяются) клиенты между собой в зависимости от того, какую услугу они хотят получить?)

**Особенно полезными могут оказаться вопросы с отрицанием:**

- *Кто не хочет?* (Возможно, кто-то вообще не является клиентом?)
- *Что именно не так?* (Какие услуги могут не соответствовать запросам — быть бесполезными?)
- *С кем именно не так?* (Кто, на самом деле предлагая свои услуги, ошибочно полагает, будто обращается с просьбой?)
- *Когда еще нет?* (Возможно, для длительных продуманных мероприятий еще слишком рано?)
- *Когда уже нет?* (Не исчерпал ли уже себя заказ?)
- *Почему нет?* (Для достижения какой цели, возможно, консенсуса вообще не может быть?)

**1) Вопросы о направлении клиента**

Роль тех лиц, которые направляют клиентов к специалистам, обсуждалась нами в предыдущих разделах (раздел 6.4). По нашему мнению, недоверчивое отношение к ним (как предлагают М. Сельвини Палаццоли и ее коллеги) не оправдывает себя. Более того, основываясь на постулате системной терапии о *перестройке отношений во взаимодействии* и отказываясь от позиции противостояния разных профессий и служб, полезно узнать следующее:

- Кто высказал идею обратиться к специалисту?
- Что это дает тому, кто направил клиента?
- Что должно здесь произойти, чтобы этот человек мог после сказать: усилия не были напрасными?
- Почему тот, кто направил клиента, послал его именно сюда?
- Почему клиент направлен именно ко мне?

Ответы на эти вопросы прежде всего открывают «собственную» и «чужую» мотивацию клиента, специфику его позиции по отношению к предыдущей информации о системном консультировании, а также его функции в структуре отношений «направившая сторона/клиент» и пожелания относительно возможных предложений терапии. Осознание этого помогает терапевту избежать чрезмерного включения в ситуацию (заангажированности) — особенно когда заказчики требуют «приложения всех сил» или когда стороне, несущей ответственность за оплату работы, необходимо документально засвидетельствовать, что «это тоже не дало результата».



### *Примеры*

В амбулаторное отделение Гейдельберга обратился осужденный за преступления сексуального характера. Он пришел со всей семьей для прохождения семейной терапии как обязательной части исправительного срока. К концу первой беседы мы рекомендовали провести еще один разговор в присутствии помощника по исправительным работам, чтобы выяснить, какую именно «дозу исправления» должна обеспечить семейная терапия — еще один час, десять или, может, больше? В следующий раз он сообщил, что никаких требований по количеству часов не установлено. Формально можно обойтись и одним часом. С этого момента мы могли значительно свободнее решать вопросы о действительных запросах семьи.

На первую беседу пятнадцатилетняя пациентка с элективным мутизмом пришла с матерью (девочка разговаривает только с ней). Мать воспитывает дочку одна. Быстро выясняется, что девочкой занимаются по крайней мере 12 профессионалов — педагог по оздоровлению, тренер по верховой езде, домашняя учительница, сотрудники службы по делам несовершеннолетних, детский психиатр, невропатолог и другие. Семейным терапевтам становится понятно, что им отведены в этом списке «№ 13» и «№ 14», и они решают поставить следующий вопрос: «Что произойдет со всеми многочисленными помощниками, а также между матерью и дочкой, если та вдруг начнет говорить?»

Специалист одного из больших учреждений добивается долгожданной супервизии. Эту супервизию, целью которой было содействие организационной реформе учреждения, поддерживает высшее руководство (правление), но подавляющее большинство сотрудников саму идею реформы не воспринимает. Супервизор приглашает для первой беседы представителя правления и пытается узнать, насколько совпадают представления о цели супервизии у управленческих структур и у специалистов учреждения. При этом выясняется, что для управленческих структур эта супервизия была, в общем-то, неважна. Они хотели пойти на встречу сотрудникам учреждения, но формальных оснований для финансирования изменений в системе было недостаточно. Обеспечить финансирование управленческие структуры смогли бы лишь тогда, если бы его необходимость обосновал кто-то «извне», например, супервизоры — причем не для внутренних потребностей управления, а для потребностей самих сотрудников учреждения, которое будто бы нуждалось в реформе. При таком «раскладе» все были недовольны — в результате супервизия без лишнего разговора была направлена на проблемы и пожелания сотрудников учреждения.

### *2) Вопросы об ожиданиях*

После уточнения контекста, в котором будет происходить консультация, внимание уделяется вопросам о степени совпадения ожиданий всех присутствующих. Часто эти ожидания разительно отличаются друг от друга. В терапии супружеской пары



муж пытается предотвратить развод, а жена, наоборот, старается убедить его в целесообразности развода. Отец хотел бы «выпихнуть» взрослого сына из своего дома, а мать — оставить его при себе. Для выяснения различий в ожиданиях при консультировании пар можно использовать следующие вопросы:

- Что, по вашему мнению, этот разговор обещает для вашей супруги? Как вы считаете, совпадают ли ваши желания и желания вашей супруги или же они чем-то отличаются?
- Как я должен был бы сегодня поступить, чтобы пойти навстречу ожиданиям вашей супруги? Что мне нужно было бы делать, чтобы беседа, с точки зрения вашего мужа, завершилась полным провалом?
- По каким признакам вы смогли бы заметить, что консультация достигла цели, поставленной вами? Что бы вы изменили в своих действиях по сравнению с нынешними и что изменилось бы в поступках вашей жены?
- Предположим, в ходе этой терапии вы обнаружите, что не подходите друг другу: кого из вас это шокирует, а кто почувствует облегчение?

### *Вопросы к контексту проблемы*

После выяснения ожиданий «направившей стороны» и участников беседы можно перейти к более детальному рассмотрению насущных проблем.

#### *1) «Что является проблемой?»*

В начале следует разделить на части чрезмерно обобщенные описания проблемы. Это позволит точнее очертить отдельные ее части и облегчить их проработку. При этом желательно узнать мнение участников о поведенческих составляющих проблемы, а также об их описательных характеристиках.

- Какими будут ваши действия (что вы подумаете), если вы:
  - почувствуете себя депрессивным (-ой);
  - придете к выводу, что вы плохая мать;
  - ощутите, что вы перегружены работой;
  - засомневаетесь в своих лидерских качествах?
- Какими будут поступки вашего сына, если он будет вести себя в соответствии с тем, что доктор Х. называет «поведенческими расстройствами»?

После этого необходимо выделить такие аспекты проблемы, как «где», «когда» и «с кем» («рядом с кем») возникает проблема (или, соответственно, не возникает):

- *С кем (рядом с кем)?* Вы бьете обоих детей или же только сына (или дочь)? Проявляется ли спад вашей инициативности в присутствии коллег или же только при вашей супруге?
- *Где?* Появляется ли у вас как у судьи чувство вины лишь после криминальных дел или после гражданских дел тоже? Вы выпиваете только на работе или дома тоже?
- *Когда?* Сексуальное влечение к вашей жене появляется у вас тогда, когда она вас «достает» или же когда она оставляет вас в покое?
- Вы критикуете сотрудников чаще, когда они действуют самостоятельно или же когда они прибегают к вам за каждой мелочью?

## 2) *Вопросы о видении проблемы*

Здесь речь идет о видении проблемы каждым членом семьи. При этом все отличия рассматриваются сообща, в присутствии всей семьи. Особенно полезными могут оказаться уже упомянутые классификационные (кто больше? кто меньше?) и процентные вопросы, нацеленные на выявление нюансов проблемы (детальнее см.: Kim Berg & Shazer, 1993):

- Для кого эта проблема значит больше — для вас или для вашего товарища?
- Кто из вас первым обрисовал проблему?
- Почему, по вашему мнению, доктор Х. порекомендовал обратиться сюда?
- Кто был бы больше всех уверен в том, что вы, вспоминая сегодняшний день с перспективы следующего года, могли бы сказать так: «Это был важный опыт, нам удалось выполнить все, что было запланировано». Скажем, «10» означало бы, что вы твердо уверены (убеждены). Где именно по шкале от 1 до 10 вы разместили бы себя, доктора Х.?
- Какие проявления в поведении вашей жены, по вашему мнению, больше всего раздражают вашу дочь?
- Вы утверждаете, что приход сюда одинаково важен для вас обоих. Подумайте, может, для кого-то из вас немного больше, например на 51%, а для кого-то — на 49%?
- Сколько процентов улучшения будут являться для вас доказательством того, что наши беседы оказались успешными?
- На сколько процентов вы чувствуете себя сейчас психически больным, а на сколько — здоровым?

## 3) *Вопросы об «околопроблемном взаимодействии»*

Следующий шаг — выяснение *цикла взаимодействий*, в которые вплетается поведение, связанное с проблемами, и которые поддерживают это поведение. В данном случае мы вынуждены начать с кого-либо «первого» и завершаем лишь тогда,



когда становится понятной одновременная роль каждого участника — и в качестве «виновника», и в качестве «жертвы». Здесь также важны отличия в реакциях на то или иное поведение: кто реагирует активнее, кто совсем не реагирует и т. п.

- Ваш стиль в одежде считают неприличным только ваши дети или коллеги по работе тоже?
- Если отец часто отлучается в командировки, кому из членов семьи это мешает, а кто не скрывает своей радости?

Далее мы выясняем реакции остальных:

- Если вы по утрам не встаете с постели до 11 часов, то ваша мама относится к этому с пониманием или же она обеспокоена этим, а может, даже злится на вас?
- Если вы угрожаете своему подчиненному увольнением, он будет работать после этого лучше, хуже или так же, как и прежде?

После уточнения реакций других людей можно снова вернуться к исходной позиции цикла, а именно — к реакции носителя проблемы на формы реагирования остальных:

- Предположим, вы регулярно угрожаете подчиненному увольнением, но он, как и раньше, работает плохо. Вы придумаете новый способ влияния или же усилите ваши угрозы?
- Вы встанете с постели в 11 утра, только если ваша мама выльет на вас ведро воды или же при условии, что она будет относиться к вам с сочувствием? Какими будут ваши действия, если она решит оставаться безразличной к ситуации? Что при этом будет делать ваш отец?

Решающим моментом вопросов этого типа является поддержание у участников чувства, что каждый из них является частью одного и того же цикла, в котором последствия каждого поступка находят свое отражение в реакциях остальных.

#### 4) Вопросы об объяснении проблемы

Не менее существенны мысли (идеи) участников, объясняющие проблемы. Ведь понятно, что любая интерпретация или расширяет, или, наоборот, сужает поле решения проблемы. Поэтому важно знать, кто и как объясняет проблему, чем отличаются планы участников и какие последствия в поведенческих проявлениях будут иметь те или иные интерпретации.



- Как бы вы объяснили себе, что... (...ваша мама стремится к разводу; ...психическое состояние вашего сына сегодня значительно лучше, чем три недели назад; ...ваш супруг перестал пить)?
- Предположим, что существует взаимосвязь между депрессивным поведением вашей жены и решением бабушки уехать в Канаду: как бы вы помогли мне представить себе это?

#### *Примеры*

Специалист в области социальных наук попадает в психиатрическую клинику с диагнозом галлюцинаторно-параноидный психоз. Здесь ему объясняют, что причиной болезни явилась биологически обусловленная чувствительность организма. После этого он вместе с женой приходит к терапевту с проблемой супружеских отношений. Во время терапии его позиция колеблется между двумя концепциями болезни: «Я психотик и останусь им» и «Сейчас мои переживания и мое поведение — психотические, но это проблема временная, не моя». Выясняется, что он пользуется сразу двумя концепциями в зависимости от ситуации. Он подчеркивает свой «психотический стиль жизни», чтобы получить разрешение на санаторно-курортное лечение от работодателей, чтобы оправдать перед семьей свое нежелание «мотаться туда-сюда» по работе. А в общении с женой и маленьким сыном, жизнь с которыми приносит ему массу удовлетворения, он часто забывает о болезни и начинает сомневаться в правильности диагноза. Однажды терапевт в шутку назвал его состояние «элективным (избирательным) психозом» (Schweitzer, 1993).

Как-то, прорабатывая генограмму с Лизой (которую считали маниакально-депрессивной клиенткой), терапевт выяснил, что отличия в интерпретации болезни являются весомой составляющей обширнейшего семейного конфликта (von Schlippe, цит. по: Limberg, 1995, с. 39).

*Терапевт:* Интересно, ведь Катрин (сестра клиентки) утверждает, что причиной всему являются постоянные ссоры между Вальтером (братом) и отцом. Лиза будто бы принимает это слишком близко, а она (Катрин) боится, что такая же судьба может постигнуть и ее.

*Клиентка:* Да.

*Терапевт:* А бабушка думает: «Это, наверное, что-то с обменом веществ, что-то связанное с головой» — не так ли?

*Клиентка:* Она всем интересуется, то есть может понять, что речь идет об органическом заболевании.

*Терапевт:* Хорошо, теперь меня интересует вот что: если бы мы спросили отца: «Как получилось, что Лиза заболела?» — что бы он на это ответил?

*Клиентка:* Он бы также посчитал, что это органическое заболевание.

*Терапевт:* Он бы сказал: «Это органика»?!

*Клиентка:* «Это органика». А моя мама сказала бы: «Это психическое».

*Терапевт* (отмечает в генограмме, кто считает болезнь органической, а кто — психической): Итак, Вильгельм (отец) сказал бы «органическое», Мария (мать) — «психическое»... А что бы вы сами сказали о себе?

*Клиентка* (после паузы): Психическое.

#### 5) Вопросы о значении проблемы для отношений

Гипотезы о смысле и «пользе» проблемы для отношений внутри системы формируются тогда, когда удастся раскрыть связь между началом и (гипотетическим) завершением проблемы, с одной стороны, и изменениями отношений в системе — с другой. В системной модели симптомы принято рассматривать в контексте «переходов» семьи из одного жизненного цикла в другой. Для понимания изменений, связанных с теми или иными событиями, лучше всего могут помочь циркулярные вопросы.

- Понимали ли ваши дети друг друга лучше до того, как их отдали на обучение к Х., или же после того?
- Было ли поведение, которое вы называете агрессивным, в большей степени выражено до бабушкиной смерти по сравнению с нынешним?

Можно также задать сравнительные вопросы о присутствующих или отсутствующих в ситуации:

- Становится ли ссора между вашим сыном и невесткой в присутствии внучки сильнее или наоборот? (вопрос на присутствие третьего)

Интересными могут оказаться также вопросы о том, как могли бы измениться отношения, если бы проблема исчезла.

#### *Пример*

Четырнадцатилетний мальчик поступает в педиатрическую клинику из-за повторных приступов гипервентиляционной тетании (судорог). Ответы на вопросы, заданные по нашему образцу, говорят о том, что пусковым моментом для приступов является запланированная родителями процедура развода. Каждый раз, когда отец, живущий отдельно, приходит для того, чтобы обсудить с матерью продажу дома, всех охватывает страх, мальчик начинает сердиться и грубить, падает, мама хватается за телефон, приезжает «скорая помощь», мальчик с мамой отправляются в больницу, слушание в суде переносится на другой день.



## 7.5. Вопросы о формировании возможностей

### Общие замечания

Вопросы этого типа вызывают чувства «вероятностного смысла», «условности» (Simon & Weber, 1988с, с. 365). Что означают эти слова? Вообще терапевты занимают эмпатическую позицию по отношению к *страданиям* людей, с которыми работают. Но разве не следовало бы относиться с подобной эмпатией и к решениям, найденным этими людьми, а также к *возможностям*, остающимся нераскрытыми? Именно в этом ракурсе и работают вопросы, направленные на конструирование возможностей.

Они помогают вносить в циркулярную процедуру новые креативные возможности. Поскольку систему нельзя заставить принять новые решения, эти вопросы благодаря своей игровой форме предлагают еще один способ открытия новых возможностей. Совсем не обязательно, чтобы эти вопросы были реалистичными и тем более пригодными для реализации. Однако в любом случае они предлагают новые элементы: «Предположим, что...», «Если бы так случилось, что...», «Что бы произошло, если...», «Кто как реагировал бы, если...». Во всех этих случаях остается возможность для быстрого отступления: «Ведь это был всего лишь вопрос, а ни в коем случае не совет, не домашнее задание...». Поэтому такие вопросы направлены против страха перед любыми изменениями, поскольку предполагают пробную тактику. Их гипотетический характер позволяет быть немного «наглее», чем при ежедневном общении. Ведь рассматривается лишь «будто бы реальность» (виртуальная), которая никого не затрагивает.

Если представить себе, что отказ вашей дочери от еды — это своего рода протест, то против кого в первую очередь он мог бы быть направлен?

Предположим, ваш супруг решил бы сказать своей матери, что он не хочет, чтобы она готовила ему каждое утро бутерброды на работу: как, по вашему мнению, она бы реагировала?

Что случится, если ваш сын решит бросить школу и провести остаток жизни с вами, в вашем доме?

Представим себе, что ваша супруга решила сложить все проблемы прошлого в большой конверт, заклеить его и положить в дальний ящик: вы стали бы понимать друг друга лучше или хуже?



Вы утверждаете, что ваш сын не способен себя обеспечить. Допустим, он попадает на необитаемый остров: выживет ли он? А что вы об этом думаете? А вы?

Если бы мама заболела и ей необходимо было бы на некоторое время лечь в больницу: как складывались бы отношения между отцом и детьми?

С помощью вопросов такого типа можно выяснить вероятный смысл симптомов, предложить рефрейминг (см. раздел 9.2), пробуя одновременно несколько альтернативных вариантов.

#### Пример

В одной из бесед с пациентом Гербертом (во время казуистического семинара) вместо понятия «болезнь» была использована буква Х. Первые Х проявила себя в пубертате, то есть в период кульминации большинства семейных событий.

*Терапевт:* Иногда мы применяем подобные Х, чтобы выразить свой протест. Особенно когда в 14 лет наступают изменения переходного возраста, когда все идет не так, как нужно, а тут еще рождается брат, который также не совсем здоров, и родители «психуют»... Как представлю себе все это, то мне кажется, что вы должны были бы протестовать не то что открыто, а даже активно и жестко, громыхнув кулаком по столу: «Мне это надоело!». Как вы думаете, в этом случае вы смогли бы использовать больше или меньше Х?

*Клиент:* Меньше.

*Терапевт:* Ага. Значит, тогда вы воспользовались лишь частью решения — лучше немного больше Х и немного меньше бить по столу.

*Клиент:* Да, действительно.

*Терапевт:* А сегодня это тоже так?

*Клиент:* Иногда, если у меня нет больше сил возмущаться.

Здесь можно задать гипотетические вопросы о роли терапевта:

Представим себе, что в мире нет никаких терапевтов. Что бы вы приняли для решения вашей проблемы?

Представим себе, что мы поставили вас перед фактом, что ваша проблема нерешаема. Как бы вы реагировали на такое сообщение? А ваш супруг?

Еще одним вариантом гипотетических вопросов являются вопросы о будущем (так наз. «Feedforward», Ренп, 1986):

Представьте себе, что прошло пять лет: кто из ваших детей первым покинет отчий дом? Для кого процесс ухода окажется труднее?

Как ваши родители будут устраивать свою жизнь, когда дети покинут дом?

Кроме того, гипотетические вопросы могут касаться совсем невероятных событий. Их еще называют «экзистенциальными» вопросами (Boscolo et al., 1988); они применяются при раскрытии табуированных тем и скрытых «семейных» фантазий:

- Если бы вы однажды представили, что ваш сын не родился и его бы у вас не было: какими стали бы тогда ваши отношения с окружающими?
- Если бы вместо того, чтобы родиться мальчиком, ты родился бы девочкой, ты бы тоже протестовал, когда твой отец настаивал на том, чтобы ты закончил школу? В какой форме? Или для ссоры вы бы выбрали другие темы? Какие изменения произошли бы тогда в твоих отношениях с мамой?

В виде гипотез можно также переосмысливать и мысли о прошлом:

Если бы вы заменили ваше утверждение «Моя мама меня не любила» на другое — «Все же она любила меня, но не осмеливалась показать это», изменилось бы что-то в вашей жизни?

Представим себе, что ваше «несчастное» («ужасное») детство повлияло на всю вашу жизнь: какие последствия имело бы это для вашего отношения к собственным детям?

Предположим, вы засомневались в оценке вашего отца, считающего вас одаренным и даже гением: это подействовало бы на вас угнетающе или скорее наоборот — принесло бы вам облегчение?

Особенно много вопросов о «возможностях» сформулировано в рамках терапевтического подхода, ориентированного на принятие решений (раздел 1.4). Однако мы хотим предостеречь от безоглядного использования вопросов этого типа. Каждый вопрос, как уже говорилось, содержит определенную интерпретацию с присущим ей отношением к действительности. Кроме этого, каждый вопрос о возможностях несет в себе некие нормы, согласно которым та или иная проблема могла бы быть решена. Но если саму проблему можно рассматривать как «полезную», например, как средство творческого разрешения системной дилеммы, то на передний план выйдут «прогрессивные» аспекты проблемы, и тогда следовало бы избегать любых форм «нормирования» ситуаций (даже обещающих скорый эффект!).



Поэтому вопросам «на решение» рекомендуется противопоставлять вопросы на «обострение проблемы»: как умышленно вызывать проблему, как ее «сохранить», «ухудшить» или увековечить и т. п. Все эти вопросы «на возможности», так же как и их комбинации, можно усовершенствовать следующими способами.

### *Вопросы, ориентированные на решения («коррекционные вопросы»)*

*И.:* Хорошо. Ты считаешь, что у тебя есть проблема. Но если я тебя спрошу: «Как бы ты назвал свою проблему?» — то мог бы ты выразить это одним словом или фразой?

*Р.* (кивает головой).

*И.:* Интересно, какой фразой можно было бы выразить решение? (Hargens, 1995, с. 38).

Всюду, куда обращаются клиенты: к врачу, в социальные службы или в бюро по трудоустройству, — они начинают с того, что представляют свою проблему. Клиенты уже давно зафиксированы на этой проблеме, ведь иначе они не пришли бы на прием. Однако по мере сужения внимания на проблеме как таковой из поля зрения выпадает все то, что «еще способно функционировать». Но эти «выпадения» могут давать необходимые намеки при поисках решения для нефункционирующих частей «Я». Вот почему такой эффективной является тактика раскрытия новых возможностей, лежащих за границами проблемы. Поиск идей и индивидуального опыта в этом направлении следует начинать сразу же, иногда даже на начальных фазах терапии, при описании проблемы.

«И если вы надеетесь на то, что решение можно проработать общими усилиями, то не исключено, что у вас это может получиться. Правда, это не всегда совпадает с моими (терапевта) действиями. Ведь я постоянно думаю о других решениях и возможности иных перспектив — так долго, пока у меня в голове не станет пусто, а в сердце не расцветет целый букет альтернатив, с чем я и уйду домой. Некоторые предпочитают «хорошо упакованную» голову, в которой страданиям противопоставляются привычные модели мышления, чувств и поведения. Так выбрасывают цветы: ведь букет — вещь временная, быстро увядающая. Но есть другие люди — мудрые; они умеют наслаждаться запахом цветов, зная, что не проходят даром даже попытки «отпустить проблему восвояси» (Essen, 1993, с. 33).



### 1) *Вопросы об исключениях из проблемы*

Сравнивая периоды, когда проблема беспокоит и когда ее нет, можно значительно лучше раскрыть их важные отличия. Оптимальными будут следующие вопросы, связанные между собой:

Как часто (как давно, когда, где) проблема не возникала?

Чем были заняты в это время вы и другие?

Как вам удалось сделать так, чтобы проблема не возникла?

Что бы вы еще могли сделать по сравнению с вашими действиями в неproblemные времена?

### 2) *Вопросы о ресурсах, не связанных с проблемой*

Существуют системы (клиентов), переживающие свою ситуацию исключительно в «черных, ужасных тонах», причем не день, не два, а в течение достаточно длительного времени. В работе с ними бывает полезно узнать о тех жизненных ситуациях, в которых участники системы чувствовали себя комфортно или компетентно «просто так» — без того, чтобы морочить себе голову своими проблемными ситуациями. Можно, к примеру, задать ряд таких вопросов:

- Что бы вы охотно сэкономили в вашей жизни?
- Что вам нравится в себе (в вашем партнере, вашей семье)?
- Подобные вопросы можно формулировать в виде домашнего задания: «Обсудите вместе перед следующим занятием все, что вы хотели бы оставить в вашей семье (в вашей работе, в вашем окружении и т. п.) без изменений. В следующий раз сообщите мне о полученных вами результатах, чтобы нам не приходилось постоянно заниматься вещами, не нуждающимися в изменениях, и о том, что бы вы хотели оставить таким, как есть сейчас».

Ресурсные вопросы обладают наибольшим весом, когда преобладающие мысли клиентов типа «Ничего уже исправить нельзя» или «Необходимо постоянно работать над собой» начинают давить на них тяжким грузом, который только увеличивается, когда к нему присоединяются требования интенсивнее работать над собственными изменениями.

### 3) *«Вопросы о чуде»*

Некоторые системы (клиентов) не умеют находить исключения; им ничего не приходит в голову, все вокруг «ужасно», они не знают ни о каких отклонениях от существующих ситу-

аций. Тогда остается лишь одно — чудо... И о таких чудесах стоит поговорить (ср. также раздел 1.4):

- Если произойдет чудо и в течение одной ночи проблема исчезнет, по каким признакам вы это заметите?

Важно детально расспросить обо всем, что случится *после* чуда:

- Кто первый увидит (поймет), что ночью произошло чудо, и благодаря чему?
- Что вы сделаете не так, как раньше, сразу же после того, как чудо произойдет? А какими будут ваши следующие поступки?
- Как изменится поведение (поступки) окружающих?
- Если ваше поведение изменится, как на него прореагируют другие?
- Кто будет удивлен больше всех (кого это застанет врасплох)?
- Как будут выглядеть ваши отношения с (кем-то) спустя месяц (три месяца, год, пять лет) после чуда?

«Вопросы о чуде» вызывают два эффекта: с одной стороны, они не связывают фантазии о возможных изменениях с ответственностью за принятие решений или необходимостью вносить изменения («Ну что возьмешь с чуда?»). С другой стороны, быстро выясняется, что все поступки после чуда являются не сверхъестественными, а скорее простыми, скромными и конкретными действиями. Если накануне речь уже шла об исключительных внепроблемных ситуациях, то нередко можно обнаружить, что после чуда можно было бы сделать значительно больше того, что уже сегодня сделано как исключение. Иными словами, уже сегодня у каждого из нас есть «заготовленный» репертуар на случай чуда. В зависимости от конкретной ситуации можно договориться с клиентом, что на протяжении некоторого фиксированного отрезка времени (например, по 10 минут во время занятия) он (она) будет вести себя так, будто чудо уже произошло.

### *Вопросы «об ухудшении»*

Противоположная стратегия — вопросы об ухудшении — является альтернативным путем к тем самым результатам, которые достигаются вопросами на коррекцию: эта стратегия раскрывает активные стремления создавать и сохранять проблемы, а также все то, что препятствует разрешению проблем:



- Представим себе, что вы сознательно задумали заиметь проблему по-серьезнее этой или сохранить ее, или, возможно, увековечить ее: что бы вы смогли для этого сделать?

В эти вопросы можно также вовлечь партнеров или других близких людей:

- Каким образом другие могли бы помочь вам сохранить проблему? Что могли бы предложить вам другие, чтобы вы и дальше оставались недовольным (плохо себя чувствовали)?

### **7.6. Вопросы, ориентированные и на решение, и на проблему**

Если найдены ноу-хау, то есть идеи и стратегии внесения изменений, можно, ориентируясь на них как на достигнутый уровень новых возможностей, начать разыгрывать разные виды сценариев.

#### **1) Вопросы о пользе сохранения проблемы**

Вместе с клиентом можно подумать о преимуществах, которые предоставляют стратегии сохранения проблемы или ее возобновления, хотя бы даже на некоторое время. Можно задать следующие вопросы:

- Если бы в вашей жизни произошло чудо, то вы восприняли бы это положительно или отрицательно?
- Приветствовали ли бы ваше состояние ваш супруг (шеф, коллеги, дети) после того, как случилось чудо, или же восприняли бы его с грустью?

#### **Пример**

Один банкир уже давно ненавидел свою профессию, считая, что она его слишком перегружает. Но он никак не осмеливался уйти, кроме того, он никогда не был смельчаком. Выбраться из этого болота ему помогла «карьера» маниакально-депрессивного больного и ранний выход на пенсию. На вопрос, что бы он делал, если бы фея забрала его психоз, он отреагировал массивным непсихотическим страхом — ведь это могло бы вернуть его к ненавистной профессиональной деятельности.

#### **2) Планы на будущее**

Можно расспросить и о том, какие «шансы на будущее» заключают в себе отношения клиента с его проблемой:



- Как долго вы собираетесь старательно оберегать свою проблему в «укромном месте»? А может, у нее уже появилась своя собственная комната? Возможно, придет время, и вы выставите ее за дверь? Как это могло бы случиться быстрее всего?
- Вы хотите оставаться со своим психозом на всю жизнь или же рассматриваете ваши отношения с болезнью как «пробный брак»?
- Как долго вы (молодая женщина с анорексией) сможете держать удовольствие от хорошей еды под дулом своей сильной воли? Когда в ближайшее время у вас может наконец-то прорваться «кайф от жизни»?
- Мы уже поняли, что ты злишься на своих родителей и хочешь наказать их. Как ты думаешь, когда ты накажешь их «по полной программе» — через год, два или же уже в следующем месяце?

### 3) Вопросы о «сознательном рецидиве»

Особенно действенными в терапевтическом плане являются вопросы о «намеренном рецидиве» — возвращении к «проблемному» поведению, уже отошедшему в прошлое:

- Если вы уже давно распрощались со своей проблемой, но решили «вызвать» ее еще раз, как можно было бы придать такому «приглашению» больше шарма и достичь полного успеха?

#### Пример

Девушка 14 лет была впервые госпитализирована в психиатрическую клинику. После этого все члены ее семьи начали уделять ей больше времени, заботиться о ней. Ей это понравилось. К концу семейной терапии мы вместе с ней подумали, что для нее открываются совсем неплохие возможности, если она, считая, что ей уделяют недостаточно внимания, лишь коротко намекнет: «Я хочу вам только напомнить... (название психиатрической клиники)».

### 4) Вопросы «как будто...»

Если в процессе беседы вырисовывается очевидная польза от проблемы (болезни, конфликта, снижения способности), то возникает вопрос: нельзя ли достичь той же пользы при *меньших* усилиях и *меньшем* вреде для себя. В таких случаях полезно задать вопрос о различии между проблемой как таковой и ее представлением — то есть «сделай так, будто...»:

- Предположим, на следующей неделе у вас не будет болеть голова, но вы все еще будете желать, чтобы ваш партнер внимательно к вам относился — так, чтобы он отменил все свои планы, сидел около вас и внимательно слушал ваши жалобы. Как вы смогли бы этого достичь?

- Предположим, в присутствии вашего партнера вы будете вести себя так, будто у вас болит голова: будет ли он таким же внимательным, как и раньше?

Следует сказать, что «как будто» вопросы могут выполнять функцию сознательного стимулирования проблемы.

### **7.7. Вопросы в начале и в конце терапии**

Наряду с рассмотренными *формами* и *смысловым наполнением* мы хотели бы еще раз обратить внимание на вопросы, имеющие особое назначение — для *начала* и *завершения* системной терапии (консультирования).

#### **Вопросы в начале терапии**

Часто бывает так, что начало беседы определяет вектор терапии: или дальнейший разговор зайдет в тупик, или же послужит общим поискам решения.

- Что необходимо для того, чтобы наш сегодняшний разговор оказался успешным?
- Что могло бы удивить вас во время (или после) нашего прошлого разговора?
- Какие положительные изменения произошли у вас на сегодняшний день?
- У кого из членов семьи в последнее время дела идут лучше всех?
- Что должно было бы произойти сегодня, чтобы этот разговор оказался последним?
- Какие вопросы вы хотели бы услышать в первую очередь?
- Какие у вас есть идеи (мысли) насчет того, что сегодня должно было бы произойти?

#### **Заключительные вопросы**

Подобные вопросы способствуют подготовке заключительной стадии терапии и вносят в терапевтические отношения мысль о ее завершении.

- Как долго, по вашему мнению, вы еще будете нуждаться в нас (во мне), в нашей (моей) помощи?



- Кто из вас — вы или ваша супруга — больше заинтересованы в продолжительном консультировании (терапии)?
- Допустим, по некоторым причинам терапию необходимо завершить сегодня: что вы будете делать? (Какими будут ваши действия?)

Для некоторых клиентов терапия (или супервизия) становится своего рода стилем жизни. В такой ситуации оправданы несколько более радикальные вопросы типа «путь терапевта»:

- Если землетрясение поглотит всех врачей, психологов и социальных работников, но пощадит всех других людей, как вы тогда будете решать ваши проблемы?

Если же клиенты явно не хотят фантазировать о своей жизни без терапии (супервизии), можно сделать эту позицию предметом вопроса:

- Как долго вы еще собираетесь меня посещать (приходить ко мне) — год, два, пять или же еще двадцать лет?

### **7.8. Стилистические аспекты**

Принимая во внимание очевидную элегантность и легкость циркулярных вопросов, следует все же подчеркнуть некоторые важные аспекты, возникающие при их освоении и применении:

- Циркулярные вопросы следует подстраивать под индивидуальный темп клиента, затрагивая критические темы постепенно, не «вламываясь в комнату через окно».
- Циркулярные вопросы не являются целью сами по себе. Их польза по сравнению с обычными, простыми вопросами проявляется лишь тогда, когда с их помощью получают больше информации. На практике циркулярные вопросы нередко чередуются с так называемым прямым вопросом.
- Циркулярные вопросы должны соответствовать разговорному стилю системы клиента. Для простых семей подходит вопрос: «Кто больше раздражает маму — бабушка или отец?» и совсем не подходит: «Как ты думаешь, мама реагирует больше на то, что, по ее представлениям, бабушка вмешивается в домашние дела, или скорее на то, что, как ей кажется, является признаком типичной унижительной мужской стратегии, которой придерживается отец?». В работе с детьми лучше придерживаться образных вопросов и ответов — например, процентных вопросов с использованием масштаба метровой линейки.



- Начинаям циркулярные вопросы вначале покажутся слишком «отстраненными» и сложными, иногда скучными, а потому могут быть восприняты с некоторым недоверием. Понадобится время, чтобы этот метод расспроса вошел «в плоть и кровь», соединился с интуицией и больше не воспринимался как разновидность специальной техники. Лучше не спешить разочаровываться; правило гласит: задавай «продуманно странные» вопросы, поддерживая при этом необходимое напряжение (Andersen, 1990).

## 8. Семейная скульптура и другие метафорические техники

### 8.1. Работа с семейной скульптурой

Техника семейной скульптуры, вышедшая из недр семейной терапии, может максимально интенсифицировать переживания. Поза и положение предоставляют доступ к различным уровням семейной системы, на которых и проявляется вся ее сложность. Символическое изображение семейных отношений, которое достигается без использования дискретного языка, как правило, является легким для понимания (von Schlippe & Kritz, 1993). Техника скульптуры благодаря символике, воплощенной в действии (Duhl, 1992), используется независимо от параметров семьи — ее образовательного уровня, социального положения, возраста членов семьи и даже проблематики. Она позволяет «обойти» любые формы рационализации, а следовательно, значительно быстрее попадает в суть проблематики семьи. Вместе с тем скульптура создает технические предпосылки для одновременного отображения семейных событий, а также взаимной обусловленности отдельных процессов. К тому же эта техника не требует чрезмерных средств и усилий.

Во время беседы с семьей, которую проводила В. Сатир в рамках семинара, мать начала нападать на дочь, обвиняя ее. Вирджиния Сатир перебила ее: «Я хотела бы вам показать то, что я сейчас увидела. Можно?» Она взяла руку матери и попросила ее показать на дочь пальцем. На вопрос к дочери, что она делает, когда ее мать ведет себя подобным образом, дочь отвернулась от матери. «Вы этого хотели добиться?» — спросила В. Сатир. Та отрицательно покачала головой. Сатир предложила матери составить ситуативную фигуру, которая в данный момент

пришла ей в голову: дочь стоит напротив и открыто смотрит в лицо матери. «Как вы могли бы добиться такого поведения вашей дочери?» Мать преобразовала обвиняющий жест пальцем в вытянутую открытую ладонь — и тут же стал возможным разговор о потребностях, желаниях и невысказанных чувствах обеих (цит. по: Metzmacher, 1982).

Первые элементы скульптуры можно применить уже в начале семейной терапии. Это может быть, например, уточнение расстояния между стульями, свидетельствующее о степени близости или отдаленности участников, некоторые телесные позы и т. п. Позднее можно переходить к построению скульптуры. Для этого лучше вначале выбрать члена семьи, который не находится в центре семейного конфликта, и попросить его без словесных комментариев так разместить всю семью в пространстве, чтобы созданная фигура могла отобразить его видение всех семейных отношений. Он должен действовать как скульптор, создающий памятник. Когда скульптура построена, ее можно дополнить «впечатлениями» других участников о собственных чувствах, о совпадениях и несоответствиях с полученным образом, а следовательно, изменить или оставить в первоначальном виде как застывшее отражение разнообразных возможностей и перспектив данной семьи: «Так этот участник видит (переживает) свою семью в данный момент времени».

Для работы со скульптурой Швайтцер и Вебер (Schweitzer & Weber, 1982) предлагают несколько основных элементов; с помощью соответствующих вопросов терапевт может оказать необходимую поддержку члену семьи, строившему скульптуру:

- *пространственное расстояние* как символ эмоционально близких отношений: кто находится ближе к кому (дальше от кого)?
- *вверху/внизу* как символ иерархического структурирования: кто пробируется вверх, «рвется» на пьедестал (на стул) и т. д.?
- *мимика и жест* как отображение более дифференцированных семейных структур: кто до кого дотрагивается? Кто на кого смотрит? Кто стоит, сжавшись и со стиснутыми кулаками, а кто — с открытыми объятиями? Кто пытается стянуть «хозяина» за ногу с пьедестала?

Скульптору предлагают испытывать и изменять эти базовые элементы, пока он не будет удовлетворен своей работой. После этого всех членов семьи просят некоторое время сохранять данное положение и постараться как можно подробнее описать свои ощущения. Появляются желания изменить скульп-



птуру или создать ее альтернативные варианты, что и дает повод для интенсивной дискуссии. Здесь возникает ряд новых вопросов:

- Какие чувства (ощущения) вызвало пребывание в этой позиции? Соответствуют ли они чувствам, которые вы испытываете в семье? (*вопрос к каждому*)
- Знали ли вы, что у скульптора именно такое видение семьи?
- Согласны ли вы с таким отображением? Что стоит (необходимо) изменить?
- Каких изменений хотел бы достичь каждый из вас, чтобы чувствовать себя лучше?

Многовариантность скульптуры является тем важным фактором, который может предупредить неосторожное ее использование: так, например, терапевты могут не устоять перед искушением построить слишком громоздкую скульптуру или же строить ее слишком быстро, могут не «удержать» слишком проблематичную фигуру или начать искать преждевременные решения.

Терапевтам следует осознавать, что скульптура скрывает собственные формы сопротивления, а потому необходимо быть особенно внимательными, чтобы не нарушить целостность семьи. Вместе с тем необычные действия, на которые приходится провоцировать семью, требуют от терапевта достаточного мужества и смелости. Помочь здесь могут легкие способы типа «мини-скульптур» или обычных перемещений. И наоборот, интервенции типа «Как-то, во времена моего обучения, я познакомился с одной веселой техникой, и, если вы хотите, мы можем попробовать ее применить...» способны изначально провалить любую работу со скульптурой. Умение легко и естественно относиться к скульптуре может придать терапевтической работе необходимую активность, удовольствие и радость.

Используя игровые формы, можно приблизить семью к системному видению: к циркулярному поведению в социуме и перспективам, открывающимся для каждого следующего поколения, к положительному значению и смыслу симптомов и т. п. Однако это не единственная возможная плоскость, которую открывает скульптура; нередко она, как под увеличительным стеклом, показывает место, где находится семья. Эффективность подобных конфронтационных методов можно обеспечить лишь при условии, что терапевт «устойт» вместе с семьей.



Стандартная техника предусматривает ряд следующих дополнений и вариантов:

- Параллельно с построением скульптуры одним из членов семьи («взгляд изнутри», Mueller, 1992) терапевт может предложить свою версию («взгляд снаружи»), в частности, дополняя ситуационный момент собственными переживаниями: «Кстати, я хотел бы показать вам еще один образ...»
- *Симультанная скульптура* — возникает тогда, когда каждому члену семьи будет предложено разместиться в пространстве так, чтобы отобразить семейные отношения, имеющие место в данный момент.
- *Замена* позиции в скульптуре, которую занимает один из членов семьи, кем-либо другим, например ко-терапевтом, дает возможность выразить словами ко-терапевта ощущения и импульсы, связанные именно с этой позицией.
- С помощью игровых техник можно включать в работу членов расширенной семьи, например, используя мебель или другие предметы.
- Приглашение всех членов семьи сформулировать *лозунг или метафору* для скульптуры. Это может помочь при еще большей концентрации общей атмосферы. Подобным образом может действовать и символизм различных предметов. К примеру, лента или шнур, соединяющий руки или ноги участников, отображают «силу» их взаимосвязей. Шнур можно использовать и как символ «личной границы» в пространстве (Mueller, 1992).
- Важную информационную нагрузку несут скульптуры, составленные непосредственно перед или же после определяющих *семейных событий* (например, смерти бабушки или деда и т. п.). Такие скульптуры помогают выявить грядущие изменения в семье. Аналогично можно проанализировать события ближайшего будущего — уход взрослого ребенка из семьи и т. п.
- Семейные ресурсы иногда отображаются с помощью *позиции* или *места* в скульптуре, а также при построении так называемой *скульптуры-желания*.
- Интересным вариантом являются *движущиеся скульптуры*, в которых «живьем» можно отыгрывать отдельные поведенческие последовательности. В одной и той же сцене можно несколько раз повторять определенные поведенческие штампы, достигая «удовлетворения» тех или иных импульсов с помощью замедленных действий и движений и одновременно реакций на изменения, происходящие с другими членами семьи.
- С помощью указанных техник можно изобразить состояние имеющихся *симптомов*, а следовательно, наблюдать за ситуацией — что будет, когда симптом (симптомы) исчезнут. Если какая-либо тема (например, болезнь или зависимость) становится «организующим принципом» функционирования семьи, можно вводить ее (тему) в скульптуру в качестве личности или предмета: что будет, если, например, болезнью, символически представленная каким-либо предметом, будет сковывать всех или раз-

местится от матери дальше, чем раньше (von Schlippe & Lob-Corzilius, 1993)?

- Подобно ритуальным действиям, можно ритуализировать отдельные слова и предложения. Такой подход может обострить конфронтацию и тем самым «высвободить» целый спектр соответствующих эмоций.

#### Пример

Терапевт конструирует скульптуру разведенной пары, которая борется за ребенка. В ней каждый из родителей пытается «оторвать» ребенка и притянуть его к себе. Скульптуру приводят в движение: ребенок позволяет притянуть себя то одной, то другой стороне. Обоим родителям нужно при этом кричать: «Ты будешь только со мной!» и «Ведь ты хочешь быть со мной!» Многочисленные повторения действий, движений и выкриков отражают массивное влияние поведенческого семейного штампа — втягивание ребенка в конфликтную ситуацию пары.

- Скульптуру можно применять и в индивидуальной терапии, используя пустые стулья для символического представления тех или иных лиц. Садясь по очереди на разные стулья, клиент получает возможность ощутить «порцию» эмоций, которая соответствует каждой отдельной позиции.
- Технические элементы скульптуры могут играть важную роль в практике тренингов и супервизий, особенно при анализе и построении гипотез о позиции терапевта в рамках системы. Терапевт воссоздает собственное видение семьи и с помощью обратной связи от других участников, играющих отдельные семейные роли, получает необходимые «подсказки».
- Еще одной расширенной техникой является обыгрывание отдельных отрезков «семейной истории», например периода знакомства родителей. Однако эта техника требует достаточно много времени и особой готовности участников. Поэтому ее чаще применяют во время семинаров и тренингов (так называемая реконструкция семьи).

Мы сознательно выбрали следующий пример вне *семейно-терапевтического* контекста. Во время одного из семинаров (демонстрации случая), который проводился совместно специалистами больницы и отделения клинической психологии города Оснабрюк, обсуждались личностные и клинические проблемы пациентов. Кроме пациентов, в работе принимали участие студенты, перед которыми ставилась задача провести системный анализ случаев и их реконструкцию в виде скульптуры. Пациентка Клаудия, молодая женщина 28 лет, рассказала такую семейную историю. Мать родила ее вне брака. Между матерью и фанатично религиозной бабушкой возник конфликт, который достиг кульминации после рождения пациентки. Как сообщила Клаудия, бабушка постоянно унижала свою дочь (мать пациентки). Довольно быстро Клаудия ощутила себя в эпицентре конфликта. Из уст бабушки она постоянно слышала одну и ту же фразу: «Бедный ребенок, ну что тут поделаешь... Правда,

Господь и безотцовщину любит!..» В результате Клаудия начала стыдиться того, что она вообще живет на белом свете. В скульптуре, где студенты играли разные роли, бабушку поставили за спиной матери, которую бабка крепко «держала в руках». Клаудия стояла рядом, несколько в стороне. Ушедший из семьи отец также стоял в стороне, пристально глядя на мать, которая не отвечала ему даже взглядом. Сразу же выяснилось, что конфликт «бабушка-мать» доминирует над остальными процессами в системе... Чтобы выяснить, какие возможности открываются при изменении ситуации, терапевт «изъял» бабушку, выведя ее из скульптуры. И что же произошло? Мать и отец встретились взглядами, будто что-то «лопнуло», и возникла новая картина: «Ты — дитя любви! Давний конфликт уничтожил эту любовь, но она же была!» Благодаря семинару Клаудия получила необходимый ресурс, который смогла взять с собой: «Я — дитя любви». Это единственное важное предложение сопровождало ее в течение многих терапевтических бесед — вплоть до выписки из больницы (von Schlippe & Schramer, 1993; ср. также работу с ключевыми словами, раздел 3.3).

## **8.2. Семейный подиум и другие символические образы**

Для создания метафорических образов не обязательно, чтобы все члены семьи участвовали в построении скульптуры. Ее могут составлять куклы, человечки из наборов «Лего», символические предметы (например, «волшебные» камни), семьи игрушечных зверей и т. п.

Особый успех в системной терапии имела техника *семейного подиума*, предложенная Куртом Людевигом (Ludewig, 1983): гладкая доска (50 x 50 см), на которой с помощью фигурок можно символически изобразить в пространстве всех членов семьи и их отношения. Авторы предлагают использовать технику семейного подиума не только с терапевтической, но и с диагностической целью (в воображаемом диалоговом режиме). Подобными функциональными возможностями обладает системный семейный тест (FAST), введенный в практику Герингом (Gehring) в 1993 году: доска размером 45 x 45 см разделена на 81 поле, где «семейные фигуры» могут разыгрывать свои ситуации и отношения. Этот тест, кроме прямого исследовательского и диагностического назначения, пригоден для анализа иерархических отношений, особенно в больших семьях (для этого используются кубики).



### 8.3. Видеоконсультирование

Этот вид работы выходит далеко за рамки символических техник. Особенно популярно *видеоконсультирование* в исполнении Марии Аартс (Maria Aarts) (Нидерланды). Терапевт снимает отдельные фрагменты ситуаций или взаимодействий непосредственно в самой семье. Потом организуется просмотр отснятого материала (преимущественно с родителями), основной акцент которого — поиск возможных ресурсов семьи (Hawellek, 1995). Вначале этот метод применялся в консультативных пунктах для родителей с «непослушными детьми», но постепенно он проник и в системную терапию (см. также: Fivaz-Depeursinge, 1991). С помощью видеозаписи проводится поиск таких ситуационных последовательностей, которые несут в себе новый (по отношению к существующей ситуации), значимый конструктивный заряд. При этом используются *гипотетические* вопросы («Допустим, в этом месте вы измените свое отношение и подождете, наблюдая за тем, как ребенок будет реагировать на вашу жену... Как вы думаете, что произойдет?»). Преимущество этого метода состоит в развитии конкретных способов действия и поступков: словесной проработки будничных ситуаций, осознания отдельных отрезков семейных взаимодействий, которые в «нормальных» условиях остаются неосознанными. С помощью этого метода родители могут также (нередко впервые для себя) осознать коммуникативные предложения, поступающие от своих детей.

### 8.4. Экстернализация проблемы

Автором этой техники является австралийский терапевт Майкл Уайт (Michael White, 1989, 1992). Суть ее состоит в старательном словесном разграничении проблемы и личной идентичности пациента, при этом ставится задача разоблачить все характеристики, с помощью которых пациент описывает свою проблему, и таким образом добивается ее стабилизации. В существующей языковой традиции проблемы имеют тенденцию «подчинять идентичность или личность пациента. Это происходит потому, что «здравый смысл» человека говорит нам: «Тот, у кого есть проблема, сам становится проблемным». Такое мнение поддерживается медицинской моделью DSM-III (МКБ-9),

утверждающей, что «любое расстройство коренится в личности» (Томп, 1989, с. 202). Отсюда и последствия, которые можно сформулировать как «потеря надежды на спасение».

Противоположностью этому является техника экстернализации, которую М. Уайт впервые использовал в работе с детьми. Он выяснил, что дети значительно легче соглашаются сотрудничать, если освободить их от клейма «невоспитанного ребенка», основная задача которого — «исправиться», а также если не задавать им вопросы об их проблематике. Можно, например, поинтересоваться, когда сидящий в ребенке «сорванец» пригласит терапевта похулиганить и как такие дети будут реагировать, если подобные приглашения будут звучать постоянно или же, наоборот, если отказать этому «сорванцу».

Особенно известным стал пример работы с семьей мальчика, который стал «говнюком» (White & Epston, 1990, с. 61). Ник подружился с «какашками». Они стали «друзьями по детским забавам». Мы пересказали историю плохого мальчика с использованием других терминов. Так нам удалось сконструировать новый контекст. Вместо оценки и попыток перевоспитать мальчика терапевтическую систему переориентировали на другой контекст — раскрывающего исследования: как относились отдельные люди к проблеме и как «какашки» влияли на жизнь мальчика и семейные взаимоотношения?

*Влияние на жизнь Ника:*

- изолировало его от других детей и угрожало его жизненным перспективам;
- мешало Нику и другим видеть то, кем на самом деле является Ник;
- никто не мог увидеть, насколько интеллигентным и интересным мальчиком является Ник.

*Влияние на жизнь отца и матери Ника:*

- заставляло маму сомневаться в себе как матери, в своих собственных силах;
- принуждало отца изолироваться от друзей, отказываясь от приглашений в компании, особенно если там предстояло задержаться подольше.

*Влияние на семейные отношения:*

- вбивало клин в отношения Ника с родителями, лишая отношения между Ником и мамой радости, присущей им прежде. Тирания «говна» встала на пути построения отношений Ника с отцом. Наконец, пострадали и отношения между родителями, так как основной темой всех разговоров в семье стало «говно», не дававшее родителям уделить внимание друг другу.

Последний блок вопросов больше всего помог семье избавиться от взаимного давления, а также освободить из-под него ребенка, который страдал от него все сильнее. Экстернализа-

ция проблемы помогла преобразовать симметричные отношения типа «Ты, противный и злой мальчишка, меняйся, не то плохо тебе будет!» (частенько и в самом деле становилось «плохо») в комплементарные: «Все мы вместе стали жертвой «говна» (или, как принято определять подобные проблемы: «...и мы все вместе возьмемся опять, шаг за шагом отвоевывать территории для лучшей совместной жизни»).

Следующим этапом техники экстернализации является поиск исключений. Каждый человек создает *собственную биографию* в виде специфических *историй*, переживаемых как типичные или соответствующие установленным правилам. В то же время игнорируются все остальные «сюжетные возможности», каждая из которых рассматривается как случайное однократное событие или ситуация. Поиск исключений дает начало деконструкции, попыткам «найти экзотику в будничном и домашнем», написать альтернативную биографию, отыскав нетипичные сюжетные линии. Таким образом, техника экстернализации непосредственно подводит семью к ее ресурсам (исключениям):

«Помните ли вы времена, когда вам удавалось победить коварного «говнюка», послушаться его, когда он просил высмеивать Ника и вы, отказываясь, поступали по-иному?»

- Ник вспоминает случаи, когда, несмотря на постоянные приглашения «говнюка» поиграть, он мог бы поддаться, но не делал этого;
- мама вспоминает ситуацию накануне, когда «говнюк» пытался загнать ее в состояние растерянности, но она не уступила и продолжала слушать радио, отказавшись поставить под сомнение свои материнские качества;
- отцу не удалось вспомнить ни одного исключения, однако на вопрос терапевта, как бы он мог выразить свой протест «говнюку», подумав, сказал, что, возможно, таким протестом был бы искренний разговор с друзьями;
- семья находила все новые моменты, когда «говнюк» не смог полностью развалить отношения.

Метод экстернализации успешно применяют в самых разных контекстах:

- В работе с психотическими формами поведения: «Как случилось, что шизофрения заставила тебя жить в одиночестве, отказываясь от отношений с другими людьми? Как тебе удалось недавно дать отпор шизофрении и ее требованиям (приказам и инструкциям)? Неужели это не свидетельствует о твоих возможностях, которых ты почему-то не замечаешь?» (Томп, 1989).



- В работе с насилием: «Если кто-то планирует завладеть другим человеком и полностью его контролировать, какие условия ему необходимо для этого создать?»; «В какие системы ценностей и в какие стратегии — наподобие нынешней ситуации — ты позволил втянуть себя?»; «Хочешь ли ты для сохранения и поддержания своего мужества и в последующем подчинять свою жизнь подобным взглядам?»; «Как далеко в качестве орудия власти ты собираешься зайти по дороге жизни?» (цит. по: White, 1992).
- В работе с чрезмерно «симметричными» конфликтами супружеских пар: «Искренне благодарен, наконец-то я понял, каким на самом деле является стереотип, который так крепко держит вас в своих объятиях. Сколько же сложностей привносит этот стереотип в вашу жизнь! Вы всегда подвластны ему или только время от времени? Что вы будете делать, если ваши отношения освободятся от тирании этого стереотипа?»

Опасность техники экстернализации, по М. Уайту, заключается в отказе от нейтральной позиции по отношению к самой проблеме: она рассматривается как однозначно негативная. От проблем необходимо избавляться. При этом проблема описывается лишь как нечто плохое, являющееся препятствием. Такой подход противоречит принципам системной терапии, о чем уже говорилось выше (например, польза от проблемы и т. п.). Поэтому метод экстернализации, по Уайту, применяется, если найдено стратегическое решение о ликвидации проблемы.

#### ЭКСТЕРНАЛИЗИРУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

- Как влияет проблема на твою жизнь?
- Как влияет проблема на твой внутренний образ?
- Как влияет проблема на твои личные дела (отношения)?
- Как влияют эти (проблемные) взгляды на стиль твоей жизни вообще и на отношения с другими людьми?
- Как получилось, что эти (проблемные) взгляды укоренились в тебе? Как ты позволил уступить такой (проблемной) позиции?
- Согласен ли ты, что эта история (ситуация, позиция) влияет на твою нынешнюю жизнь или даже определяет ее?
- Какой опыт противоречит этой истории (ситуации, позиции)? Не видишь ли ты здесь исключений?
- Изменение «истории» событий: «Если бы я был наблюдателем твоей жизни, то что бы я должен был пережить, чтобы узнать причину такого твоего поступка (= исключение)?» Или: «Кто из людей, знающих тебя с молодых лет, удивился бы меньше всех, если бы узнал о твоём выборе, из-за которого у тебя возникли проблемы, столь серьезно осложнившие твою жизнь?» (цит. по: White, 1992, с. 52).

И все же техника экстернализации пригодна и для работы, предполагающей дискуссию с клиентом по поводу его оценок собственных проблем, желания сберечь ее или же воспользоваться ею.

Работающая замужняя женщина, у которой нет детей, страдает булимией и каждый вечер с 20 до 24 часов предается болезненному перееданию. Это то время, когда она могла бы заниматься сексом со своим мужем. В этом треугольнике (он, она и булимия) муж приревновал «булимию». Но если бы женщина прекратила свои «любовные утехы» с булимией, ею тут же овладел бы сильный страх перед собственными сексуальными желаниями, от которых ей лучше было отказаться вообще, чтобы не бороться с ними постоянно и тем более не поддаться им. Супруг понимал суть происходящего. Он говорил: «Лучше иметь булимию в спальне, чем совсем не иметь жены». Таким образом в дискуссии был поднят вопрос: как долго, чтобы сохранить семейные отношения, женщина будет продолжать осмысленную и осознанную «политику» треугольных отношений в треугольнике?

Однажды в работе с четырьмя мальчиками, страдающими энурезом, я (И. Швайтцер) сконструировал фигуру «всевластного командира», который «соорудил в мозгу каждого подростка свой командный пункт» и оттуда через нервные волокна, идущие к сфинктеру мочевого пузыря, передавал ему приказы: «Не пускать!» или же «Давай! Начинай! Стреляй!». Мы дискутировали о том, как каждый из этих приказов мог бы повлиять на жизнь семьи. Выяснилось, что мокрая постель «удерживала» дома мать, не желавшую выходить на работу. Особенно ценил (поддерживал) эту ситуацию отец, да и матери она помогала справиться с собственной амбивалентностью. В результате работы мы порекомендовали следующее задание: «Передайте своим командирам большой привет. Пусть они по ночам отдадут свои приказания. Но в течение двух ночей — и вы договоритесь между собой, какие именно ночи выберете, — ваши командиры должны скомандовать сфинктеру следующее: «Сегодня ночью ты выстрелишь три раза!»

### **8.5. Метафоры, притчи, остроты, карикатуры**

Издавна особой популярностью в терапии пользуются методы работы, при которых, на первый взгляд, непонятно, о чем идет речь. Сюда относятся шутки и анекдотические истории, которые, казалось бы, не имеют ничего общего с проблемой, метафорические ритуалы, карикатуры и т. д. С 1905 года, с момента выхода в свет книги З. Фрейда «Остроты и их отношение к подсознательному», юмор получил подобающее место «при дворе» психоанализа (прекрасную подборку терапевтических

шуток и анекдотов можно найти у Б. Тренкле (Trenkle, 1994); Р. Скиннер и Дж. Клииз (Skynner & Cleese, 1995) предлагают веселую книгу для семей, иллюстрированную карикатурами).

Непревзойденным мастером создания неожиданных ситуаций был Милтон Эриксон (цит. по: Rosen, 1990), который нередко позволял себе разговаривать с клиентами о решении совсем не тех проблем, с которыми они к нему обращались. С одной супружеской парой, обратившейся с сексуальными проблемами, он с интересом обсуждал нюансы праздничного ужина — с первыми и вторыми блюдами, десертом, неспешным наслаждением едой, со спокойным течением времени между блюдами, со свечами и романтической музыкой, льющей незримым фоном, — и все это без единого слова на тему сексуальности.

С. Ланктон и Ст. Ланктон (Lankton & Lankton, 1994) предлагают клиентам метафорические ритуалы — такие как, например, подъем на вершину горы, — и там, в лучах солнца, медитацию вокруг «магического» камня. Конечно же подобные действия не имеют ничего общего с проблемой, но они интенсифицируют процессы осмысления: а почему терапевт дал именно такое, а не иное задание? Хорошо известно, что большинство творческих решений мы находим, покидая привычные «коридоры», по которым блуждают наши мысли, и разрывая надоевшую нить очевидности.



Рис. 16. (Из Skynner & Cleese, 1995, с. 164.)



## 9. Комментирование как техника

Значение языка ярко проявляется в методах, с помощью которых консультанты комментируют проблемы, описываемые клиентами. Одной из особых форм подобных комментариев является «большая» заключительная интервенция, которую мы рассмотрим в отдельной главе (раздел 10). Собственно, любое незначительное высказывание представляет собой комментарий, то есть предложение посмотреть на действительность другими глазами. Ниже мы более подробно рассмотрим три следующие формы комментариев: *позитивную* или *поддерживающую коннотацию\**, *рефрейминг* и *расщепление\*\** терапевта или терапевтической команды (позицию «терапевта-адвоката», становящегося на защиту амбивалентности клиента).

### 9.1. Признание, комплимент, позитивная коннотация

В ситуациях, когда клиенту сложно решиться на консультацию (так чаще всего и бывает), полезно подчеркнуть его решительность и даже сделать на ней акцент.

«В том, что вы пришли сюда лишь ради вашей семьи, не веря в пользу консультации для себя, мы увидели вашу готовность содействовать оздоровлению всех членов вашей семьи, особенно в ситуации, когда вы сами, возможно, не верите в пользу такого поступка».

Техника позитивной коннотации была разработана в рамках Миланской модели на основе лингвистически-философских рассуждений (ср. также раздел 3.3). Линейный характер языка как такового навязывает оценку и «мораль», которые являются внутренними, как бы «врожденными» свойствами языка» (Selvini Palazzoli, 1977, с. 58). Но этому утверждению и противостояли миланцы, применяя *принципиально положительные оценки* моделей поведения. Секрет владения этой техникой состоит в том, чтобы не поддаваться внутреннему искушению делить семью на «хороших» и «плохих» или рассматривать сим-

\* Другое название — позитивное истолкование. — *Прим. науч. ред.*

\*\* Другое название — сплитинг. — *Прим. науч. ред.*

птомы одних членов семьи сквозь «психопатологическую» призму других («некто ведет себя так, потому что у того, другого, тяжелое расстройство» и т. д.). Тогда семья разделится на «хороших» и «плохих» и ее целостный образ будет довольно сложно распознать. А если у терапевта возникает раздражение (или даже злость) по отношению к тем или иным членам семьи, то это несомненно будет указывать на «зависание» терапевта, который в своем внутреннем диалоге попал в наезженную колею.

Позитивная коннотация призывает противостоять указанным нежелательным тенденциям: терапевт должен строго придерживаться системного взгляда на семью (он не имеет права на ироническую позицию), то есть рассматривать любые поведенческие проявления как конструктивный вклад каждого члена семьи, удерживая ее тем самым в единстве и «сбранном состоянии». Но поскольку подобный тип комментирования одновременно является еще и метакоммуникацией (терапевт ведь говорит *о* коммуникации *в семье*), то становится понятным, что здесь необходимо предложить новую форму беседы. Ее основной целью является максимально точное определение отношений при отсутствии угрозы обесценивания кого-либо. Лишь тогда терапевт получает шанс не быть втянутым в симметричные семейные споры, соблюдая необходимую позицию комплементарности (дополняющую позицию). При этом терапевт обязан сохранять определенную конформность своих высказываний, смысл которых должен оставаться близким к главной тенденции системы, а именно — к сохранению системой собственной стабильности. Выразительная и четкая поддержка каждого члена семьи помогает терапевту избежать возможных ситуаций отказа пациентов от терапии.

Впрочем, иногда признание может обернуться обидой или унижением. Например, клиент может спросить себя: с какой стати, собственно, терапевт относится ко мне как к идиоту, чтобы поддерживать меня, демонстрируя столь банальный подхалимаж? Или когда в семье возникает ощущение, что, предлагая позитивную коннотацию, терапевт не понял всей серьезности или трагичности ситуации. Отсюда ясно, что не все формы поведения заслуживают позитивной коннотации. И все же последовательное и принципиальное проявление уважения указывает на то, что терапевт пытается отследить субъективный фон поведенческих проявлений, «примерить на себя шкуру» пациента и понять значение его поступков для общего контекста целостной системы.

Пример циркулярного опроса, с помощью которого был найден подход к позитивной коннотации: супружеская пара соглашается на терапию после того, как жена приблизительно полгода назад узнала, что ее муж давно поддерживает отношения с любовницей. Стандартная модель их отношений была сведена к взаимным оскорблениям; они постепенно застряли в обвинениях типа «с ним (ней) всегда было тяжело». Супруг считал, что его жена только и умеет, что цепляться к нему, тогда как он всю жизнь положил на благо семьи. Женщина считала, что ее использовали в качестве «подпорки» во имя карьеры мужа и воспитания его детей. Терапевту с трудом далась нейтральная позиция («невовлеченности» ни в одну из сторон). Стил, в котором пара представляла свою проблему, не особенно содействовал применению позитивной коннотации. Однако следующий вопрос приоткрыл дверь для совместного диалога этой пары: «Все, что вы рассказали, уходит далеко за пределы вашей супружеской жизни. Вы затронули вопрос о том, как наше общество определяет роли женщины и мужчины. Об этом я могу сказать только то, что некоторое перемирие возможно. Но возможно оно только тогда, когда каждый из вас сможет признать те усилия, которые вы оба прикладываете, чтобы наполнить свои роли настоящей жизнью. И поэтому мне хотелось бы задать вам обоим один и тот же вопрос: как вы полагаете, кто из вас больше способен признать заслуги другого: вы — вашего мужа или же вы — вашей жены?» В первый момент этот вопрос обескуражил обоих. Но после некоторого размышления они ответили. Стало очевидным, как ничтожно мало внимания они уделяли именно этому аспекту их отношений — взаимному признанию. В итоге появилась возможность сделать следующий ритуальный шаг — высказать друг другу давно забытую благодарность.

Позитивная коннотация нашла свое выражение в самой структуре вопроса. Не имеет значения, как они отвечали: в любом случае ответы явно натакивали на положительные характеристики, даже если каждый из них сказал бы: «Только я могу оценить заслуги моего партнера».

## 9.2. Реинтерпретация — рефрейминг

Рефрейминг\* следует сегодня рассматривать как одну из наиболее важных системных интервенций. Этот метод придает новый смысл привычным явлениям, в частности, при простом их перемещении в иные *рамки*, изменяющие *значение* явления или события.

Г. Бейтсон неоднократно указывал на то, что значение информации зависит от *маркеров контекста*, то есть от сигналов, указывающих, как именно следует понимать каждое выс-

---

\* «Рефрейминг» — от англ. *frame* (рамка). — Прим. пер.



казывание. Фраза «Теперь тебе каюк», сказанная с улыбкой во время шахматной партии, будет воспринята совершенно иначе, чем если ее выкрикивают с искаженным злостью лицом во время драки в баре. Маркерами контекста здесь являются выражение лица и сама ситуация. Таким образом, важным аспектом квалификации становится *социальный смысл*, задающий рамки для понимания того или иного высказывания. Поэтому изменение рамок приводит к изменению целостного значения любой коммуникации — даже тогда, когда сам смысл ее остается прежним. Особенно ярко это демонстрирует анекдот:

Встречаются два адвоката. Один спрашивает: «Как дела?» Другой отвечает: «Плохо! Нет возможности жаловаться!»

Здесь общепринятое высказывание, в будничном контексте отображающее положительные переживания, в юридическом обрамлении получает отрицательное содержание: не иметь возможности обвинять в суде. Подобным образом «работают» все анекдоты.



Рис. 17. (Цит. по: Dieko.)

Особенно тяжелой и угрожающей формой для сохранения экзистенциального равновесия при изменении рамок является ситуация, когда один из партнеров (супругов) во время конфликта бросает: «Я тебя никогда не любил(а)!» Или же когда выясняется, что один из супругов уже давно имеет внебрачные отношения. В таких ситуациях вся предыдущая жизнь может предстать в совершенно ином, отрицательном свете. И это тоже будет рефрейминг.

Рамки, которые люди приносят с собой в терапию, обычно не являются ни радостными, ни окрашенными в счастливые тона. Поэтому при консультировании необходимо уметь противопоставить имеющимся рамкам (в которых система клиента воспринимает то или иное событие) другие — системные. Это значит, что всякий раз консультант должен спросить себя: как могут восприниматься высказывания или поведение клиента в системном ключе, как можно переосмыслить существующий контекст, чтобы проявились положительные стороны проблемы?

«Моей супруге для принятия решения всегда необходимо «нечто». Она будет перебирать горы одежды, сравнивать, откладывать, пока не выберет одну-единственную вещь» — «Значит, она принимает достаточно обдуманные решения. Не является ли это для вас наилучшим комплиментом — ведь из всех мужчин мира она выбрала именно вас?» (Bandler & Grinder, 1985, с. 27).

Системные рамки способны иногда перевернуть мир вверх тормашками: здесь причинно-следственному образу мышления противопоставляется изменчивое, циркулярное мировоззрение — причем *в каждой «точке»* терапевтического процесса! Рефрейминг исповедует те же принципы, что и системная модель:

- любые поведенческие проявления создают свой смысл (если известен их контекст);
- не существует оторванных от контекста характеристик личности;
- для сохранения целостности системы любое поведение имеет свой смысл и свое значение;
- во внимание принимаются лишь способности; причиной проблем является отсутствие оптимального соответствия между контекстом и способностью;
- любой недостаток в одной из частей системы может оказаться преимуществом в другой части этой же системы.

Подобная системная «система правил» проявляется практически в любой терапевтической интервенции, особенно в циркулярных вопросах:

«Моя дочь катастрофически теряет вес!» — «А когда она отказалась от еды — до или после вашего развода?».

(Правило: отказ от еды означает принятие активного решения, касающегося отношений в семье в данное время; любые проявления поведения создают свой смысл, если известен их контекст.)

Рефрейминг может применяться как в индивидуальной терапии:

«Я так быстро могу разозлиться!» — «И для того чтобы показать, что вас не устраивает, вы хотели бы научиться реагировать по-иному?»

(Правило: во внимание принимаются лишь способности.),

так и в системной терапии:

Длительный конфликт можно увидеть под иным углом зрения, если его удастся перенести в новые, более жизнеутверждающие рамки: «Я поражен (а), как активно вы обсуждаете вопрос об установлении между вами оптимальной дистанции».

(Правило: любое поведение имеет свой смысл для сохранения целостной системы.)

Следующий пример показывает, как используется это правило в конфронтационной интервенции: «Это просто невероятно, как вам удастся защитить жену своими взрывами злости?! И в самом деле, чтобы избежать дальнейших споров, ей достаточно лишь увидеть вашу злобную реакцию и не терять попусту время на поиск аргументов».

Широко известен рефрейминг, с успехом применяемый в терапии семьи с дочерью, страдающей анорексией:

Вместо того чтобы акцентировать внимание на болезни дочери, терапевт обращается к ее роли жертвы. Он заметил, что в подростковом возрасте, когда другие дети пытаются «разобраться» в отношениях с ровесниками, девочка сосредоточила весь конфликтогенный потенциал семьи на себе.

Следующий «классический» рефрейминг применяется при первых встречах с клиентами, когда необходимо ослабить давление симптомов:



После того как терапевт сориентировался в переплетении семейных проблем и уже может приступить к выяснению ожиданий клиентов или к их желанию как-то изменить ситуацию, стоит поддержать идентифицированного пациента и намекнуть ему, что именно он взял на себя задание быть для семьи «красной тряпкой». Это он делает все возможное, чтобы остальные члены семьи не испытывали излишней необходимости в поисках лучшего решения ситуации. Понятно, что от этого выиграют все. На этих примерах хорошо видно, насколько новые рамки отличаются от предыдущих, особенно когда проблема рассматривается всеми как неизбежная «тягость» или неприятность.

Неспособность можно переформулировать в особую способность:

«Итак, вы можете не только не уступать вашему чувству голода, но даже наоборот, усиливать его — невзирая на то, что это дается вам совсем нелегко. Оказывается, у вас громадная сила воли» (анорексия).

Аналогично, отставание в развитии — в терпеливость:

«Тебе уже долго удастся держать язык за зубами и ничего не говорить о себе — и это при том, что ты вовсе не уверен, понравилось ли бы твоим родителям, если бы ты говорил без умолку» (мутизм).

«Итак, вы решили, что ваш брак никоим образом не может стать более удачным, чем замужество вашей мамы. И в самом деле, это значительно облегчает ей восприятие собственной жизни, ведь ей теперь уже не нужно «расшибать голову об стену», оплакивая свой неудавшийся брак. Вы изо всех сил поддерживаете ее: видишь, мол, и мой брак не удался — как у всех».

Целью терапевтического рефрейминга является определение существенных расхождений системы клиента и существующей реальности; его заданием — возбуждение у клиента сомнений в его «истинных», «настоящих» действиях. Поэтому важнейшая функция рефрейминга состоит в «расшатывании» существующих взглядов на суть вещей. Если все может быть иначе, если на все вокруг можно по крайней мере взглянуть с иных позиций, то и этого порой бывает достаточно для появления новых переживаний, нового видения ситуаций и событий — иного, чем прежде, когда все шло по привычной, однобокой и ригидной колее. Подробнее с этим методом можно ознакомиться в работах П. Вацлавика и др. (Watzlawick et al., 1974), а также Р. Бэндлера и Дж. Гриндера (Bandler & Grinder, 1985).

### 9.3. «Расщепление» терапевтической команды или терапевта

Амбивалентность, нерешительность, конфликт — неотъемлемые составляющие жизни каждого из нас. В системах, привычно описывающих и определяющих себя через призму собственных проблем, как правило, распознается только одна сторона амбивалентности, тогда как отреагирование другой своей стороны система осуществляет в бессловесных формах.

«Он должен быть более самостоятельным!» («Эх, оставался бы он навсегда нашим маленьким мальчиком...»)

«Ты всегда от всего отказываешься!» («О Господи, а если бы он меня вдруг услышал!...»)

Зачастую терапевты испытывают искушение говорить «от имени» почти высказанной (или почти озвученной) стороны амбивалентности: «Итак, что бы вы могли сделать, чтобы ваши дела улучшились?», «Возможно, стоит попробовать пожить отдельно; может быть, это помогло бы вам стать самостоятельнее?». Однако на это система часто реагирует противодействием, тем самым разочаровывая консультанта. И тогда «хорошие» предложения перестают выполнять свою функцию; одновременно возрастает угроза симметричной эскалации обострения всей консультативной ситуации — например: «Если в следующий раз вы обратитесь ко мне, не воспользовавшись моими советами, тогда...!»

Избегать подобных ситуаций помогает гейдельбергская концепция «терапевта как адвоката амбивалентности»: любой прямой комментарий усиливает вероятность противоположных тенденций. В таких случаях применяют *расщепление* либо на *уровне терапевта*, который сам продуцирует в себе амбивалентность:

«Недавно ко мне обратилась семья... и я дал им совет. Я был уже почти готов поступить так же и с вами. Но у меня возникло сильное чувство, что вам это не подойдет...»,

либо на *уровне терапевтической команды* (за полупрозрачным стеклом или в рефлексирующей форме), принимающей на себя одну из сторон амбивалентности:

«Мы интенсивно обсуждали вашу проблему, но не пришли к согласию. Некоторые из наших коллег высказывают мысль о том, что ваш развод, по-видимому, не имеет альтернатив — слишком сильна ваша взаимная ненависть. Правда, некоторые из нас считают, что именно ненависть и является свидетельством вашей любви и взаимного уважения, проявляемых, однако, весьма специфически. Возможно, это знак, что вам и впредь стоит оставаться вместе. Я и сам замечаю, что не знаю, к какой точке зрения лучше было бы присоединиться, а потому я не уверен, смогу ли дать вам какой-либо определенный совет».

Таким образом, расщепление помогает обходить случаи «или-или». При любом последующем обращении семьи терапевт (консультант) получает шанс поддержать ту или иную сторону проблемы (или не поддерживать ни одну из них...).

## **10. Заключительные интервенции**

### **10.1. Базовые положения заключительных интервенций**

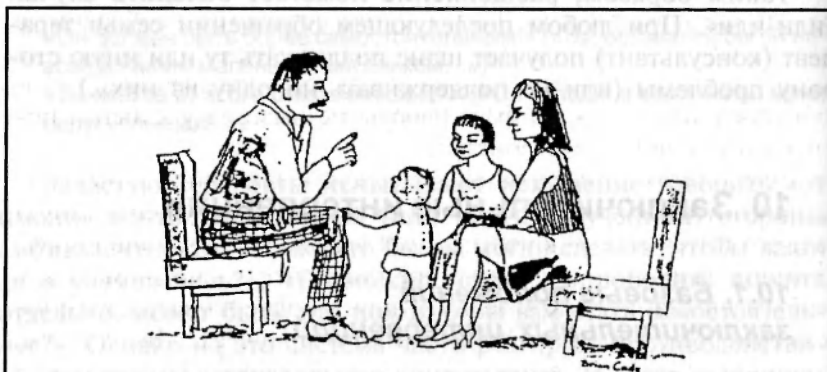
Под термином «заключительная интервенция» понимают любую форму интервенций, которые даются семье «на память». Сюда относят итоги проведенной беседы, парадоксальные и непарадоксальные предложения, отдельные задания и т. п. Обычно заключительные интервенции даются в словесной форме, однако некоторые терапевты применяют и письменные варианты (например, в форме письма — см. также White, 1984).

К технике заключительных интервенций относятся вышеупомянутые формы комментирования (комплименты, замечания, позитивные коннотации, рефрейминг, расщепление). Правило всех заключительных интервенций требует оптимального сочетания уже проработанного материала и еще не реализованных новых возможностей — то есть баланса поддержки и стимуляции. Согласно Т. Андерсену (Andersen, 1990), они должны быть «умеренно непривычными». В заключительных интервенциях необходимо:

- подхватывать лишь то, о чем говорилось и что являлось предметом дискуссии;



- продолжать и развивать метафоры клиента;
- комбинировать известное с новым и неожиданным («тройное правило»), стимулируя дальнейшие размышления и внутренние «дискуссии»;
- быть максимально понятным и четким и вместе с тем достаточно резким и решительным;
- давая советы относительно будущих поступков, включать в них временные ограничения: это «эксперимент», для этого дается срок до следующей нашей встречи. С другой стороны, можно посоветовать не прибегать ни к каким изменениям, поскольку еще «слишком рано», «не настал нужный момент» и т. п.



«Я полагаю, наш терапевт принес себя в жертву ради сохранения целостности всей терапевтической команды. Он не совладал с ситуацией, это очевидно. Но своей неспособностью он, по-видимому, хотел усилить ощущение компетентности своих коллег. С другой стороны, он пытается скрыть конфликт, возникший между супервизором и экзаменуемым. Наверное, он сейчас прибежит сюда и объявит, что у нас, мол, возникла дилемма, но проще было бы... нам проще... ничего не менять. Мое предложение: мы реагируем расщеплением и «приоткрываем» его скрытые проблемы! О'кей?!»

**Рис. 18.** Не только у терапевтической команды есть свой перерыв (copyright: Brian Cade).

Не менее важной особенностью заключительной интервенции (наряду с балансированием между поддержкой и стимуляцией) является «сдержанность» ее контекста для «сохранения традиционного лица» консультанта: заключительная интервенция не должна создавать лишние трудности ни для него, ни для клиента.

Что, собственно, происходит во время заключительной интервенции? С позиций теории самоорганизующихся систем (см.

также раздел 2.5) речь идет о провоцировании скачкообразных изменений типа «фазовых переходов» с целью поиска новых «аттракторов» (точек притяжения) для системы (Tschacha, 1990). Для этого некоторое время систему — когда в ней еще сохраняется кратковременный хаос — следует удерживать в нестабильном состоянии. Понятно, что эта фаза сопровождается повышенной чувствительностью, ощущением неуверенности и страха. Заключительная интервенция формирует новый контекст, в котором члены семьи на короткое время становятся друг для друга непрогнозируемыми — и тогда привычные формы отношений «разваливаются». Таким путем создаются необходимые предпосылки для обновления устаревших моделей. Временные ограничения, налагаемые заключительной интервенцией, способствуют тому, что эта фаза работы не вызовет у клиента нового длительного расстройства.

Еще одним существенным аспектом заключительных интервенций является пауза, обеспечивающая ощущение внутреннего интервала. У клиента пауза вызывает состояние напряженного ожидания; все сказанное после нее воспринимается с особым вниманием. Кроме того, пауза подчеркивает взаимное уважение участников терапевтического процесса: «Вы для нас настолько важны, что нам необходимо хорошо подумать над советом, который мы хотели бы вам предложить», или: «Все, о чем мы говорим, настолько ценно для нас, что мы можем позволить себе роскошь не спешить».

Однако было бы неверным полагать, что заключительные интервенции являются специфическим инструментом системного консультирования. Следует всегда помнить о двух моментах:

1) В процессе расспроса само интервью постепенно превращается в интервенцию. Особенно это относится к вопросам, помогающим структурировать интервью в направлении «добычи нового материала». Любое успешное интервью уже содержит в себе много «опережающего» и «наперед заданного» материала, который может повториться в заключительных интервенциях.

2) «Оракульный» (предрекающий) характер заключительных интервенций скорее заслуживает критики: когда они действуют наподобие *«deux ex machina»* (здесь: гласа богов. — Прим. пер.) и когда их приносят в терапевтическую комнату после

прорабатывания «где-то там», то их влияние может зачастую способствовать формированию авторитарного стиля отношений, весьма далекого от партнерства.

Приведенные критические замечания явились одной из причин создания метода рефлексирющей терапевтической команды, которую мы детально опишем ниже (см. раздел 11.1, 11.2). Но поскольку заключительные интервенции — при всем их несовершенстве — остаются важным инструментом системной работы, необходимо подробнее рассмотреть их отдельные элементы и возможности.

### **10.2. Типичные варианты содержания заключительных интервенций**

Содержанием заключительных интервенций могут стать *комментарии* и размышления, впечатления от беседы, гипотезы — словом, все, что заслуживает уточнения. Сюда же относят *поведенческие предложения* — попытаться сделать до следующей встречи что-либо, что помогло бы установить различия с прошлым поведением.

#### **Пример**

В сельской усадьбе под одной крышей живут три поколения. К терапевту обращаются отцы и дети. Они жалуются на несносных бабу и деда, эксплуатирующих семью и к тому же пытающихся вбить клин в отношения между родителями и их детьми. Циркулярные вопросы выявили иную картину «эксплуатации»: родители (особенно отец, пришедший в семью тестя-деда) живут под сильнейшим давлением — как бы «случайно не пренебречь, не оставить без внимания» двух стариков. Им давно уже кажется, что дед и бабушка чего-то ожидают от детей и внуков и посему ведут себя подчеркнуто внимательно и вежливо.

Еще одной проблемой семьи было поведение дочери, у которой примерно год назад возникли кратковременные психические расстройства. По мнению родителей, поведение дочери чересчур детское, она «мелет языком без разбору», рассказывает матери обо всем подряд. К тому же она болтает обо всем с односельчанами, «вынося сор из избы», что, естественно, матери нравиться никак не может. При этом родители очень привязаны к дочери и пристально следят за процессом ее взросления, воспринимая его с явно смешанными чувствами. Заключительный комментарий звучал так:



«У нас сложилось впечатление, что в вашей семье столь сильна потребность в сочувствии и готовности помогать друг другу, что ради этого вы способны расшибить головы. Но кажется, дается вам это немалой ценой: подумать только о болях желудка у отца или о пребывании вашей дочери в психиатрической клинике. С другой стороны, это заслуживает искреннего признания и похвалы. В большинстве семей господствует правило «каждый за себя, каждый для собственного блага», а в вашей семье мы увидели редкую способность беззаветно помогать и думать друг о друге. Но проблема в том, что, сколько бы вы ни думали и ни гадали, вы не знаете, чего же на самом деле от вас требуют дед и бабушка. Поэтому до следующей нашей встречи мы предлагаем вам вот что: каждый вечер, когда отец возвращается с работы, а дети — из группы продленного дня, родители и дети должны найти десять минут, чтобы побыть вместе. Мама расскажет о том, какие взгляды или намеки бросали сегодня дед и бабушка и какими жестами они эти намеки сопровождали, о чем говорили между собой. И все вчетвером поразмышляйте, что могли бы сегодня дед и бабушка ощущать, думать и желать, не высказывая этого вслух. Прodelывайте это каждый вечер в течение десяти минут, не меньше, но и не дольше. Через некоторое время мы предложим изменить ваши действия: например, в понедельник отец отправится в дом деда и бабушки и скажет: «Скажите нам, пожалуйста, четко и ясно, чего вы от нас хотите?». Во вторник никто из вас не посещает стариков, и вы депааете все, что вам взбредет в голову, независимо от того, о чем могут думать и чего могут захотеть дед и бабушка. В среду каждый из вас по отдельности в течение всего вечера молча ломает голову над тем, что должны были бы чувствовать, о чем думать и чего хотеть бабушка с дедом.

И еще одно предложение для тебя (дочери): мы советуем тебе вести себя еще менее самостоятельно, чем до сих пор, и рассказывать маме обо всем, что придет тебе в голову. Но ты также будешь спрашивать у мамы, что из рассказанного тобой можно разболтать в деревне. Тогда ты найдешь общий язык с мамой, а значит, будешь уважать ее желание не выносить сор из избы. Конечно, с другой стороны, ты станешь более самостоятельной. Но мы советуем: не спеши, иначе изменения в твоём поведении могут оказаться для твоих родителей чересчур внезапными и слишком сложными для их понимания!»

В конце мы рассказали этой семье одну историю, которую они унесли с собой. «Как-то один человек хотел повесить картину. У него были гвозди, но не было молотка. И вот этот человек решил пойти к соседу, чтобы попросить у него молоток. Но вдруг его одопели сомнения: «Ага! А если сосед откажет? Не далее как вчера он как-то неохотно поздоровался со мной... Может быть, у него не было времени. Но ведь его спешка могла оказаться только отговоркой, и он имеет что-то против меня. Гм... А что именно? Я ведь ему ничего плохого не сделал. Быть может, он чего-то понавыдумывал. Если бы кто-нибудь захотел попросить у меня инструмент, разве не дап бы я его сразу, без пишных раздумий? А он... почему

он нет? Это кем нужно быть, чтобы отказать соседу в такой пустяковой просьбе? Та-ак... Вот такие типы, как он, и отравляют жизнь другим. Он что, думает, я без него не обойдусь?! У него, видите ли, есть молоток! Довольно!» Он вылетает из дома, звонит соседу, тот открывает, но не успевает даже поздороваться, потому что наш герой орет: «Эй ты, хам! Подавись своим молотком!» (Watzlawick, 1983, с. 37).

Рассмотрев эту заключительную интервенцию подробнее, мы можем найти в ней следующие варианты комментариев и поведенческих рекомендаций.

Варианты комментариев:

- *признание* внимательного отношения — «думай о других» — что, впрочем, требует определенного терпения;
- *рефрейминг* «болтливости» для дочери, как ее попытки избежать слишком стремительного обретения самостоятельности — процесса, который потребовал бы от остальных членов семьи чрезмерных усилий;
- *фрустрация*, то есть заключительная история-метафора, которая, казалось бы, не имеет ничего общего с проблемами семьи.

Поведенческие рекомендации:

- семейный *ритуал* в его обостренной будничной форме с трехвариантным экспериментом;
- *рецепт* «будто бы детского поведения» для пациентки подросткового возраста.

Какой оказалась реакция семьи на эту заключительную интервенцию? Спустя шесть недель дочь сообщила, что ей не удавалось выполнять рекомендации: они ей не подходят (она сопротивлялась еще во время заключительной интервенции). Родители рассказали о том, что уже по дороге домой они поняли: дед и бабушка могли бы вполне самостоятельно обеспечивать большинство своих потребностей, а об остальном из того, что их волнует, сказать без обиняков. В итоге предложенные нами рекомендации не нашли своего воплощения — они просто оказались ненужными.

### 10.3. Поведенческие рекомендации

Эту технику сочетают с комментариями, для того чтобы уточнить или обострить эффект последних. Различают три наиболее важные формы поведенческих рекомендаций: «Действуй так же, но делай больше», «Кое-что недоделывай» и «Попытайся сделать что-то новое».



Стратегия «*Действуй как раньше, в том же направлении, но еще больше*». В подобных случаях рекомендуют сознательно *преувеличенные* действия «в направлении проблемы», но так, чтобы в результате получить определенные преимущества. Эти преимущества необходимо четко подчеркнуть, в частности, в специальной предварительной беседе. Для этого применяют технику позитивной коннотации, которая (иногда в абсурдной форме) дает возможность заострить проблемную модель поведения. В зависимости от предлагаемых действий можно посоветовать обратиться либо к центрированным на симптомы, либо к более широким поведенческим изменениям, фокусирующимся вокруг возникшей проблемы.

Можно, например:

- ребенку с расстройствами типа элективного (избирательного) мутизма посоветовать молчать дольше, чем обычно;
- нерешительному клиенту рекомендовать в ближайшее время нарочно «оттягивать» принятие решения, обсуждая при этом со своей подругой все детали положительных и отрицательных последствий подобной стратегии;
- партнерам с сексуальными проблемами советовать спать отдельно в течение хотя бы трех месяцев;
- психотическому пациенту предложить общаться с другими членами семьи на еще более непонятном и странном языке.

Стратегия «*Отказа от определенных действий*» направлена прежде всего на проработку фазы нестабильности и флюктуаций в системе. Она требует творческого подхода, но может вызвать сопротивление как со стороны клиента, так и со стороны терапевта, поскольку предполагает неожиданные изменения.

После того как будут найдены подходы к решению проблемы, клиенту предлагают комментарий, в котором рекомендуется выполнить задание, цель которого — прерывание привычной модели поведения. Для этого необходимо *не выполнять* действия, имеющие принципиальное значение для «несущего каркаса» данной поведенческой модели. Концепция этого типа разработана в Вайнгаймском институте семейной терапии (Ellenbracht et al., 1993; Brunner & Lenz, 1993; Osterhold & Lenz, 1994). Подробнее эта концепция представлена в системной терапии пар (Lenz et al., 1995).



Эленбрахт и его коллеги (Ellenbracht et al., 1993) описали случай с парой, которой клиент страдал навязчивыми фантазиями, связанными с убийством своей партнерши. Эти фантазии преследовали его днем и ночью. Пятилетняя психоаналитическая терапия оказалась безрезультатной; психоаналитик настаивал на разводе, что оба партнера категорически отвергали.

Уже во время первой беседы удалось установить, что указанная симптоматика являлась неотъемлемой составляющей стиля жизни этой пары: слишком много времени, усилий и внимания уделялось разговорам о «проблеме». Они уже не могли представить свою жизнь без «симптоматики». Заключительная интервенция (в сокращенном варианте) выглядела так.

«Мы готовы поддержать вас в том, чтобы ваше желание жить без навязчивых фантазий могло осуществиться. Но хотим вас предупредить: мы не сможем исключить навязчивости из ваших будней и отношений без того, чтобы постепенно не изменить весь стиль вашей жизни. Вы должны согласиться на серьезные изменения. Никто, в том числе и ни один из нас, не сможет предсказать, каковы будут эти изменения. В частности, может случиться и так, что итогом успешной терапии окажется ваш развод... Действительно ли вы хотите пройти эту терапию? Подумайте еще раз — и хорошо подумайте! (Оба партнера спонтанно произносят уверенное «да».) Хорошо. Тогда к нашей следующей встрече, то есть на следующие четыре недели, мы даем вам задание. Вам будет трудно придерживаться этой модели поведения. Но успех терапии будет зависеть от вашего сотрудничества, для которого вам необходимо сформировать сильную мотивацию. Без нее чего-либо достичь не удастся. Мы не вполне уверены, что вы сумеете сформировать необходимую мотивацию, но посмотрим... Наше задание может перевернуть всю вашу прежнюю жизнь, и поэтому его довольно тяжело будет выполнять».

Обоим партнерам было рекомендовано воздержаться в разговорах и поступках от всего, что могло бы напоминать о симптоматике: никаких дискуссий, никаких договоренностей. Муж должен вести себя так, будто проблемы не существует. Расставаясь, мы попросили пару сообщить нам в ближайшее время о том, будут ли они продолжать выполнение задания.

В дальнейшем процессе терапии выяснилось, что уже в ближайшее время навязчивость перестала играть свою привычную роль. Вместе с тем в отношениях партнеров возобладали заметные изменения: четко фиксированные до сих пор роли (он — пациент с кучей проблем, она — безупречная и успешная адвокатесса) «поменялись», и ситуация начала постепенно приближаться к состоянию, которое терапевты описывают как «нормальный кризис отношений». В итоге все завершилось мирным разводом.

Стратегия «*опробование нового*». Как только среди рекомендаций начинают преобладать советы попробовать что-то новое, это означает, что поведенческие предложения переходят в пространство эксперимента. Однако новизна может породить опасения и страхи перед неизвестным. Поэтому любые предложения в рамках этой стратегии сочетают в себе знакомые и новые формы поведения, чем и достигается экспериментирование. Среди этих форм выделяют следующие.

1) *Отложить изменения «на потом»*. Клиентам можно порекомендовать на определенный период времени сознательно отложить некоторые изменения, нарочно не начинать ничего нового, притормаживать «слишком быстрый прогресс», временно отказаться от удовольствия, которое приносят положительные изменения. Как вариант такой стратегии можно рассматривать рекомендацию семье (или терапевтической команде) лишь тематизировать возможные положительные изменения или фантазировать о них, но любой ценой стараться не осуществлять эти фантазии в непосредственных действиях.

2) *Последовательно выполнять то, что до сих пор делалось одновременно*. Множество проблем в системе возникает в связи с нерешенными «амбивалентностями»; эти амбивалентности требуют одновременного участия в несовместимых делах: так, для подростка *одинаково важны* отношения с родителями и с девушкой; отцу необходимо *одновременно* и зарабатывать деньги, отдаваясь работе, и посвящать себя воспитанию детей, и т. д. Однако подобные виды активности могут быть реализованы лишь при условии их последовательного выполнения, а никак не одним человеком в одно и то же время. Соответствующие рекомендации направлены на отказ от «синхронии» (все сразу) и на применение «диахронной» стратегии (одно за другим). Классический пример демонстрирует техника «четных-нечетных дней», впервые предложенная М. Сельвини Палаццоли и ее коллегами (Selvini Palazzoli et al., 1979). Приведем один случай из нашей практики (Й. Швайтцер):

Тридцатилетний пациент живет вместе с родителями и работает в мастерской для инвалидов с психическими заболеваниями. И то и другое его не удовлетворяет; он чувствует себя «незагруженным», ненужным и оценивает себя сквозь призму нереализованных возможностей. Однако он заявляет, что ему «не везет» и он ничего со своей судьбой поделать не

может. Описывая свои проблемы, он постоянно перескакивает с одной позиции на другую. В конце беседы ему предлагается разделить неделю на семь дней: в понедельник он должен вести себя как молодой человек, перед которым открыто множество возможностей; во вторник — как работник мастерской для инвалидов; в среду — как человек с собственной позицией и собственными планами; в четверг — как пенсионер; в пятницу — как компетентный специалист с завершенным образованием, который мог бы вызывать интерес у женщин; в субботу — как зависимый и беззащитный ребенок, находящийся в материнских руках. Лишь в воскресенье ему разрешается провести день по собственному усмотрению.

3) *Незначительные изменения поведения, связанного с проблемой.* Можно давать и такие рекомендации: сохраняя симптоматическое или «проблемное» поведение в целом, встраивать в него лишь незначительные изменения, касающиеся отдельных параметров времени и пространства или, например, определенных особенностей людей, вовлеченных в проблему.

*Примеры:*

- Семье, в которой четверо мальчиков страдают энурезом, рекомендуется следующее: дети должны каждый вечер собираться около кровати и нарочно мочиться в постель. При этом проблема стирки решается не так, как раньше, а именно: в течение первой недели мокрую постель будет снимать и закладывать в стиральную машину мать, в течение второй недели — мальчики, в течение третьей — отец.
- Широко известным стал совет для семьи, в которой дочь страдала булимией (вызывая у себя рвоту, она каждый вечер отправляла съеденное в унитаз). Рекомендация состояла в следующем: покупать продукты на ужин для дочери, празднично раскладывать их на подносе и всей семьей отправляться в туалет, где спускать готовую еду в унитаз, минуя желудок пациентки.

3) *Действовать «будто бы» (проблема или остается без изменений, или уже решена).* Рекомендация вести себя по отношению к проблеме так, *будто бы* она постоянно присутствует «здесь, со мной», помогает активизировать «исследовательский потенциал» системы (клиента). Например, задание вести себя так, будто ненависть к другим постоянно усиливается, или будто усиливается маниакальная фаза, или будто от головной боли нет спасения, и одновременно наблюдать за реакциями окру-



жающих. Такое непривычное поведение облегчает распознавание моделей взаимодействия, сосредоточенных вокруг симптома. Осознание этих моментов «освобождает» систему от давления проблемы (Madanes, 1980).

Пациентке, которая «научилась» избегать чрезмерных требований лишь с помощью головной боли, посоветовали сообщать о боли заранее, еще до ее вступления в полную силу, и тем самым (подавая остальным предупредительные сигналы) посмотреть, остановит ли подобное поведение нежелательные перегрузки.

#### **10.4. Ритуалы**

Ритуалами называют интенсифицированное группирование ситуаций, повторяемых в виде коллективных и символических действий. Ритуалы являются неотъемлемой составляющей всех культур и их можно рассматривать как древнейшую форму психотерапии (Gilligan, 1995). В некотором смысле психотерапия тоже является ритуалом, создающим рамочные условия для перехода клиента из «проблемного» статуса в неproblemный. Л. Босколо и П. Бертрандо (Boscolo и Bertrando, 1994, с. 282) полагают, что процесс терапии несознательно отражает структуру переходных ритуалов: «Время, выделенное для терапии, является особым временем, которое интенсивно переживается ее участниками, причем в виде специфически освященного времени».

Ритуалы являются действиями, отображающими то, что уже происходит, но в сокращенной, сжатой и обостренной форме. Говоря системно-теоретическим языком, они являются символизацией избыточных проявлений, представляющей мощную невербальную «разговорную» форму. Самой распространенной формой ритуала является удерживание упорядоченности и структуры смысловых систем, иными словами, фиксирование и подтверждение существующего положения вещей (Kruse & Preesen, 1995). Именно эту функцию можно использовать для встраивания изменений в систему и их пояснения. В частности, вводя в систему что-либо новое или неожиданное, можно изменять временные параметры или место процедуры, вводить наблюдателей или «вспомогательный персонал»; можно сочетать поведение и его варианты с новыми смыслами и т. п. (см. таблицу).

**СОСТАВЛЯЮЩИЕ РИТУАЛА**  
по Е. Аймбер-Блейк (Imber-Black et al., 1993):

- *повторение*: одно и то же действие происходит без каких-либо изменений много раз;
- *действия*: используются не только высказывания;
- *необычность*: действия выносятся за рамки будничной жизни;
- *порядок*: четкое начало и четкое завершение;
- *смысловая нагрузка*: выражают «смысл», лежащий за рамками простых будничных действий и поступков;
- *коллективность*: готовятся и происходят коллективно.

Ежедневная жизнь полна ритуалов. Самые простые из них — это *способы обобществления*. Новых членов сообщества встречают ритуалом приветствия (крестины, подарки первоклассникам, «прописка» на работе); прощаются с теми, кто уже не принадлежит к сообществу (выход на пенсию, похороны и т. п.). Ритуалы структурируют время и, собственно, все нюансы жизни (от дней рождения до исповеди), обрамляют годы жизни (Рождество, Пасха, отпуск) и будни (трапезная молитва).

Другие ритуалы обозначают *соучастие*: на конференциях и конгрессах участники идентифицируют себя с элитными профессионалами — кто в большей степени, кто в меньшей, у кого какой статус и т. д. А также *ритуалы власти*: военные парады, гражданские демонстрации, венские балы (на которых демонстрируется аристократизм), производственные собрания (где руководитель демонстрирует, «кто здесь имеет право голоса» и т. п.). Множество ритуалов имеют «частный» характер и отображают специфику отдельных сообществ и небольших групп. В качестве примера можно привести разные варианты украшения новогодней елки: в некоторых семьях ее не представляют без блестящего «дождика» («Новый год без «дождика» — не Новый год!»), в других же считают подобное украшение «грубым мешанством».

В терапии пар важную информацию несут *ритуалы интимности*. Так, например, в работе с одной парой выяснилось, что для женщины выключение света являлось сигналом для интимных отношений, тогда как для ее мужа это было признаком ее равнодушия.

Особый интерес представляют ситуации, для которых общество не предусматривает *никаких ритуалов*, то есть накладывает на них табу. В нашей культуре практически отсутствуют ритуалы для развода, гомосексуального венчания, менархе (первой менструации), первой поллюции, хотя все эти действия и ситуации принадлежат к числу наиболее эмоционально заряженных.

В терапии и консультировании прежде всего следует выяснить, каковы ритуалы социального окружения (системы) и

расспросить клиентов о том, удовлетворяют ли их формы ритуализации жизни, которыми они привыкли пользоваться. При этом может оказаться, что существующие ритуалы клиент воспринимает как слишком застывшие, ригидные, пустые и лишённые смысла. Однако другие люди жалуются на недостаточную ритуализацию социального окружения, особенно когда на пути соблюдения ритуала встают значительные культуральные препятствия (например, миграция) или табу (например, для гомосексуальных пар). Гибкость ритуалов обеспечивает сообщество дополнительными ресурсами и богатством (подробнее см.: Imber-Black, 1993).

В зависимости от потребностей клиента (когда необходимо поставить под сомнение существующие и создать новые ритуалы) рекомендуются различные формы экспериментирования.

### *Специальные ритуальные действия*

#### *1) Прощание*

При использовании этой техники клиенту сначала рекомендуют отобрать предметные символы, отображающие его идентичность: старые фотографии, семейные документы, записи, письма, картины и т. п. В качестве следующего шага ему предлагают подумать о том, какой из ритуалов будет наилучшим образом соответствовать указанной цели: отнести выбранный предметный символ на могилу родителей, или же сжечь его, или, например, «похоронить»? В каком месте, в какое время, с чьим участием лучше это сделать?

Одна женщина обратилась с проблемой сохранения стабильных партнерских отношений. В процессе переосмысления своего отношения к отцу, умершему, когда она была еще ребенком, эта женщина решила похоронить в могиле его обручальное кольцо, которое она носила с момента смерти отца. Она хотела вернуть ему это кольцо и таким образом совершить символический «развод с отцом».

Участница одной из терапевтических групп рассказывала про многолетние сексуальные притязания своего дяди. Чувство вины, которое эта женщина носила в себе, было связано для нее с амбивалентными чувствами того времени и вылилось в одну-единственную фразу: «Это я была виной всему!». В конце групповой сессии она написала эту фразу на листке бумаги, который вместе с группой сожгла во дворе.



Грусть, возникающая при прощании с умершими или при завершении жизненных фаз, можно прорабатывать творческими ритуалами. Вот два примера из терапевтической практики и консультирования организаций:

Семья, которую бросил отец (он жил отдельно), состоит из матери и двух сыновей; все они избегают любых разговоров о его недавнем самоубийстве. Но если мать разозлилась на суицид мужа («Теперь он подложил мне еще и эту свинью!»), то мальчиков его смерть явно огорчила. Единственным нейтральным персонажем оказался брат матери. Я (Й. Швайтцер) посоветовал ему пойти на кладбище: один день — с сестрой, на следующий день — с племянниками. Там он должен был открыто поговорить с ними о том, что еще при жизни отца и теперь, уже после его смерти, оставалось невысказанным и что семья скрывала даже в разговорах между собой. А с сестрой он должен был поговорить обо всех ее претензиях к бывшему мужу и о ее невысказанной злости — ведь тот принес ей столько неприятностей.

Один молодой человек не мог избавиться от симбиотических отношений с матерью, с которой жил под одной крышей. Психологическая литература навела его на мысль о том, что мать использует его в качестве «суррогатного партнера» для удовлетворения своих нарциссических потребностей. Он занялся неутомимыми и жестокими поисками всех душевных травм еще с детских лет, которые только могла нанести ему мать. К этим поискам, разделяя его открытие, присоединились также мать и сестра. В связи с этим пациенту порекомендовали на протяжении трех месяцев найти как можно больше психологических травм и записать их в хронологическом порядке. Пациент, который хотел стать писателем и изучал германистику, получил задание собрать в книгу весь найденный материал. В результате через три месяца я (Й. Швайтцер) получил рукописный фолиант, полный обвинений и проклятий, однако с комментарием, что он (пациент) «наелся всем этим по горло» и хотел бы посвятить себя планам на будущее. Три недели спустя он выселился из дома матери.

Профессиональный коллектив одной из больших организаций должен был быть расформирован, то есть «разведен» по разным подразделениям. Большинство сотрудников коллектива сопротивлялось этому, не имея, однако, шансов выстоять под натиском администрации. Во время консультирования организации обсуждались две возможности, предложенные членам коллектива: сопровождение консультанта в процессе активного структурированного перехода к новым условиям или такое же сопровождение в длительном траурном процессе прощания. В конце концов коллектив принял решение посвятить шесть недель до следующей консультации своим переживаниям ностальгии по «старым добрым

временам». Альтернативой могли бы быть «похороны» существующего коллектива, но у меня (Й. Швайццер) создалось впечатление, что эта процедура могла оказаться преждевременной. Когда я пришел в следующий раз, то услышал, что одна из сотрудниц в старом офисе накрыла всю мебель белыми покрывалами, а на стол секретарши поставила венок из цветов, которые приносят на могилы. С этого момента никто из коллектива не желал работать в старых помещениях — все кинулись энергично переселяться в новые отделы.

## *2) Опробование новых формул и идей*

Если социальная система оказалась на распутье в ходе противоречивых размышлений об актуальной проблеме и затрудняется выбрать между вероятными вариантами ее разрешения, можно порекомендовать в той или иной ритуализированной форме поэкспериментировать с обоими вариантами.

Молодая семья обратилась с проблемой гиперактивности пятилетнего сына. Родители хотели понять, почему он такой, и не могли остановиться ни на одной из трех концепций, объяснявших «ужасно непокорное», беспокойное и утомительное поведение мальчика. Они выстроили для себя такой ряд объяснений его гиперактивности: 1) это телесное расстройство неясного происхождения; 2) мы воспитывали его совсем неправильно; 3) у него такой темперамент — он такой и с этим ничего не поделаешь. Я (Й. Швайццер) посоветовал семье прийти через девять недель, а родителям вести себя с мальчиком так: 1) будто бы у него телесное расстройство неизвестной природы (1 — 3-я недели); 2) будто они неправильно его воспитывали (4 — 6-я недели); 3) будто ничего нельзя поделать, потому что он такой (7 — 9-я недели). При следующей встрече родители сообщили, что приняли решение установить для сына четкие рамки. Это будет довольно тяжело сделать, но может дать хорошие результаты. Вместе с тем они не смогли выдержать условия 9-недельного задания (три задания по три недели каждое): потому что если у сына телесное расстройство и к тому же у него еще и такой темперамент, то тем более ему нельзя уступать.

## *3) Давать и брать.*

В специальной литературе по глубинной психологии термин «переходной объект» (Winnicott, 1989) обозначает «мостик», с помощью которого старые модели отношений используются на новых ступенях развития. Исходное значение этого термина — различные материнские символы, которые должны помогать и облегчать ребенку процесс отделения от матери. В терапевтическом контексте функции переходных объектов могут

выполнять фотографии, памятные вещи — словом, любые предметы, имеющие для семьи особое значение (в том числе и традиционные семейные символы). Участникам процесса развода могут помочь символы, игравшие конструктивную роль в предыдущих отношениях. Так, например, пациентка легче переносит тревогу, беседуя с терапевтом, если в руках она держит талисман, который тот ей подарил.

4) *Ритуализированные рекомендации: модели поведения и симптомов.*

Во всех случаях, когда симптом удастся распознать как часть интерактивного ритуала, можно порекомендовать его осознанное «усиление». Применяя при этом технику позитивной коннотации, можно выявить новые способы решения.

*«День интенсивной опеки»*

Пациентка с множественными психическими и телесными расстройствами, ранее находившаяся под наблюдением социально-психиатрических служб, поступила в амбулаторное отделение интенсивной поддерживающей терапии. Постоянные жалобы пациентки действуют на нервы терапевту, который с ней работает, и он, наконец, представляет случай на супервизию. Выясняется, что клиентка, вполне вероятно столкнувшаяся в детстве с сексуальными провокациями, использует свои переживания и связанные с ними жалобы, чтобы привлечь к себе внимание, воздерживаясь при этом от каких-либо сексуальных «авансов», которые могло бы вызвать у других ее тело. Однако никто в отделении не желал обслуживать эту пациентку — настолько раздражали всех ее капризы и жалобы. В связи с этим терапевтическая команда приняла решение использовать ритуал «интенсивного обслуживания», который проводился бы раз в месяц. В определенный день о пациентке должны были заботиться 24 часа в сутки без перерыва два профессионала и еще две соседки по комнате. Ей уделяли внимание и старались выполнить все ее пожелания. В остальные дни ей приходилось довольствоваться стандартной программой. В результате пациентка была удовлетворена «гарантированным» вниманием к ней и в дальнейшем жаловалась значительно меньше.

*«Вынужденная госпитализация»*

Тринадцатилетний мальчик после развода родителей переехал в семью отца и бабушки. До этого он восемь лет жил только с матерью. Вначале новая семья (сын, отец, бабушка) радовалась и старалась быть «на высоте». Однако постепенно стало нарастать взаимное недоверие. Недоверия между отцом и сыном достигли апогея, и отец стал угрожать обращением к психиатрам. Но каждый раз, когда приезжали представи-



тели психиатрической подростковой службы, семья «давала отбой», потому что «у сына сегодня особенно трудное задание по биологии». Наконец мы поняли, что угрозы стали частью семейного ритуала, обеспечивающего относительное равновесие. Поэтому мы отослали семье письмо со следующим предложением: «Как только в семье разгорится ссора, срочно звоните нам. Мы определим для беседы с вами специальный срок — не позже чем через неделю — и обеспечим вашему сыну место в нашей клинике. Через три дня после первого звонка просим вас еще раз связаться с нами по телефону и подтвердить ваше решение провести беседу и госпитализировать сына». После этого хаотические вызовы прекратились, а спустя три месяца мы получили от семьи новую открытку.

Зачастую рекомендации ритуальных действий, особенно с юмористическим оттенком, могут до абсурда заострить ситуацию. Если это помогает семье четче представить себе действительность, то у нее может появиться понимание того, что «эти глупости не стоит продолжать».

#### **5) *Задokumentированные ритуалы***

Некоторым семьям и клиентам можно порекомендовать анализ собственных поступков с помощью документальных материалов. Так, например, членам семьи, в которой часто вспыхивают конфликты, можно посоветовать включать магнитофон перед каждой ссорой или же снять несколько ссор на видеокамеру. Последующее прослушивание или просмотр конфликта даст много важной информации. Особенно ценным может оказаться метод заполнения документации совместно с клиентами (семьями) с последующим обсуждением всех записей. Интенсивной интервенцией может быть и просмотр медицинской (терапевтической) документации, после чего дискуссия с терапевтом о возможностях лечения может оказаться значительно более эффективной.

### **10.5. Тяжелые испытания**

Термин «тяжелое испытание» был введен в 1989 году Джейм Хейли для обозначения особого класса ритуалов, который впервые использовал в своей работе Милтон Эриксон. Суть терапевтического тяжелого испытания сводится к конструктивному заданию, выполнение которого является более неприятным

и трудным, чем «мучающие» клиента симптомы, которые нужно преодолеть с помощью этого же задания. Иными словами, тяжелое испытание вызывает «доброжелательные» мучения, которые превышают мучения, доставляемые симптомом. Тяжелое испытание применяется во время проявления или сразу же после появления симптома. Его основная идея проста и состоит в следующем: если кому-либо *тяжелее иметь симптом, чем избавиться от него*, то он/она скорее всего *избавится* от этого симптома. Однако для того, чтобы рекомендованные грубые и варварские методы лечения не превращались в инструмент терапевтического садизма или мазохизма, необходимо придерживаться некоторых важнейших положений:

- его можно применять лишь *для пользы клиента* и ни в коем случае не для удовлетворения властных или связанных с местью терапевтических стратегий;
- клиент должен решить для себя, что он действительно хочет преодолеть проблему и быть способным хотя бы что-то инвестировать в выполнение тяжелого испытания — то есть он должен быть готов принять условия задания;
- выполнение тяжелого испытания должно быть истощающим, болезненным и невыносимым, но не вредить клиенту напрямую — напротив, его действие должно привести к полезным последствиям;
- действия, связанные с тяжелым испытанием, не могут выходить за рамки поведенческих возможностей клиента.

Указанные положения лучше всего иллюстрирует случай с нарушениями сна: вместо того чтобы спать, клиент должен всю ночь заниматься чем-то полезным, хотя и не очень приятным для себя — например, наводить в квартире порядок, бегать или заниматься физкультурой; методично на протяжении нескольких заранее запланированных часов перебирать в памяти неприятные мысли, в том числе и спонтанно возникающие и т. п. Выполнять эти задания необходимо до критической точки — когда любое удовольствие от задания превращается в его противоположность.

Важной составляющей тяжелого испытания является подготовка к работе. На этой стадии не обязательно заранее сообщать клиенту о том, что его ждет. Для начала можно ограничиться замечаниями о том, что существуют те или иные варианты выхода из проблемы, которые, однако, потребуют больше усилий, чем собственно симптом. И лишь тогда, когда клиент

будет готов принять предложение, можно сообщить ему самую плохую тяжелую испытание. Подобный «договор с дьяволом» помогает проверить мотивацию клиента. Тяжелое испытание может быть эффективным, если соответствующая мотивация будет оставаться достаточно высокой.

Свой терапевтический талант Хейли подтверждает следующей историей одного неуверенного в себе клиента: «Я сказал ему: «Я могу решить эту проблему и гарантировать, что у вас будут сексуальные отношения с женщиной. Но вы должны пообещать, что выполните все, что я потребую от вас» — «Несмотря на то, что может потом произойти?» — «Да, несмотря ни на что!» Клиент пришел через неделю и поклялся, что выполнит все, что я ему прикажу: «Мне очень хотелось бы оказаться в постели с одной женщиной, и поэтому я готов на все». Тяжелое испытание состояло в том, что этот человек должен был читать научную литературу каждую ночь по 2-3 часа *стоя* и выполнять это задание до тех пор, пока не сможет спать с женщиной. «Ваше задание *завершится* или тогда, когда вы наконец-то вступите в сексуальные отношения с женщиной, или когда вам исполнится 80 лет. Так или иначе, одно из этих двух событий произойдет раньше» (Haley, 1989, с. 154).

## **11. Работа с рефлексирующей командой**

### **11.1. Формирование контекста изменений**

Техника рефлексирующей команды (РК) основывается на постулате о том, что оптимальные изменения могут наступить лишь при наличии «свободного пространства для обмена мыслями между двумя или более дискутирующими сторонами при обеспечении их индивидуальности» (Andersen, 1990, с. 45). Заложенный здесь принцип понимания не требует достижения цели, то есть выявления «действительного и истинного» положения. Понимание рассматривается скорее как активная «игра значений (и смыслов)». Речь идет об установлении атмосферы сотрудничества в процессе ассоциативного размышления, благодаря чему облегчается восприятие и отслеживание взаимо-



связей между вещами и событиями. Таким образом, говорят не только об «отмежевании себя от окружения, заднего плана от переднего, фокуса от контекста», а в первую очередь об «игровом восприятии связности и переплетения всех существующих вещей» (Essen, 1995).

На этом пути удастся активизировать процессы развития, остающиеся непредсказуемыми и незапланированными для системы клиента и вместе с тем достаточно живучими для того, чтобы система могла оптимально приспосабливаться к советам. Предпосылкой подобной работы является понимание, свободное от активного или даже манипулятивного влияния. Основные понятия этой техники:

- *кооперация* (сотрудничество);
- принципиальное *равноправие* всех участников процесса;
- *транспарентность* (прозрачность) происходящего;
- *комплексность*, предоставляющая возможность системе, находящейся в поисках совета, выбрать для себя необходимое и отвечающее ее потребностям и структуре;
- *умеренная необычность дискуссии* или не слишком большая дистанция от потребностей системы, то есть такая необычность, которая не была бы для дискуссии ни угрожающе-непонятной, ни слишком банальной и простой для обнаружения новизны.

«Обычный дружеский разговор и процесс дыхания настолько похожи между собой, что, казалось бы, на взаимопонимание между собеседниками можно просто-напросто «вдохновить»... И если мы воспользуемся метафорой дыхания, то это будет означать, что в процессе выслушивания, обдумывания и высказывания мы должны подстраиваться под скорость (темп) и изменения всех нюансов нашего собеседника» (Andersen, 1990, с. 471).

Базовая структура работы РК состоит из двух частей: в одной — *терапевтической системе* — семья (клиент, пара и т. п.) работает вместе с консультантом или терапевтом, в другой — *наблюдающей системе*, то есть *рефлексирующей команде*, где работает от двух до четырех человек, — наблюдатели сидят в стороне. Работа такой структуры обсуждается заранее со всеми участниками и клиентами и проводится только с их согласия. Позиция несогласия рассматривается в работе РК как принципиальное противопоказание, поскольку при таких условиях необходимая атмосфера сотрудничества возникнуть не может. Если согласие получено, то вначале проводится поиск опти-

мальной формулы работы: «Каким образом вы могли бы получить от занятия наибольшую пользу?» При этом особое внимание обращается на все *несказанные* «нет».

Беседу начинает терапевтическая система; консультант (терапевт) задает необычные и неудобные вопросы, что позволяет каждому участнику (члену семьи) сформулировать свое собственное мнение. Обычно через 20–25 минут дискуссия прерывается для следующей — *рефлексивной* — фазы, когда команда размышляет в режиме «метадIALOGA» о событиях, произошедших во время беседы. Семья (или другие участники) становятся наблюдателями: или с помощью видеокамеры, или, как это распространено в современной практике, непосредственно наблюдают со стороны, в том же помещении, где работает рефлексизирующая команда. Таким образом система, нуждающаяся в совете, получает возможность услышать все размышления и предложения непосредственно, без необходимости немедленно выражать свое отношение к услышанному. Эту ситуацию можно сравнить с тем, когда проходишь мимо приоткрытых дверей и слышишь, что говорят о тебе: при таких обстоятельствах интереснее остаться незамеченным, остановиться и послушать, чем ворваться внутрь и вмешаться в разговор. Очевидно, что между восприятием и переживанием *прямой* коммуникации, непосредственно затрагивающей заинтересованную личность и требующей неотложных реакций, и *косвенной* коммуникации, оставляющей свободный выбор (когда можно не принимать какую-либо позицию по отношению к полученной информации), есть существенное отличие.

Поэтому при работе РК необходимо соблюдать следующие правила:

- Участники РК обязаны внимательно выслушивать друг друга. При этом каждый говорит «сам для себя», но в режиме общей дискуссии — чаще в форме вопросов самому себе: «Как можно дополнить определенную или описанную ситуацию (проблему), учитывая все, что было высказано накануне? Какие иные перспективы, возможности или объяснения напрашиваются в данной ситуации?»
- Дискуссии следует проводить в осторожном, поисковом и «вероятностном», а не в диагностическом или констатирующем ключе («это могло бы быть так...», «мне кажется, что...» и т. д.). Здесь речь идет не о «правильных» или «окончательных» объяснениях, которых, с системной точки зрения, не существует, а скорее об *активно поддерживаемом разнообразии* перспектив для системы, нуждающейся в совете и (пребывая в

поле «параллельных» возможностей) заново открывающей для системы новые внутренние и внешние диалоги. РК представляет собой модель перехода логики «или-или» в логику «как..., так и ...» (Perles et al., 1994).

- Из этого следует, что РК, обнаруживая нестандартные умозаключения, выступает не в роли сомневающейся инстанции, а в качестве катализатора возможностей и стимулов для дальнейших размышлений и новых, интегрирующих перспектив.
- Все, о чем говорится, должно звучать уважительно: обесценивающие высказывания в этой модели не допускаются. Хотя это не означает, что работа РК обязывает терапевтов вести только «положительные» разговоры. Наш опыт свидетельствует о том, что многие клиенты особенно ценят конфронтационную, четкую, однозначную, хотя порой и чрезмерно резкую провокационную терапию (Farely & Brandsma, 1986). Если она, конечно, не выходит за рамки уважительной позиции.

#### *Пример.*

Семейная пара, в которой муж и жена работают в академической среде, из-за постоянных ссор не может достичь согласия. При этом их отношения исполнены уважения, любви и гармонии. Терапевтическое вмешательство помогло им преодолеть кризис, связанный с отклонениями в поведении сына, и, по их утверждению, разрешить большинство семейных недоразумений.

В первой части первичного интервью, как только затрагивались критические темы, женщина поглядывала на супруга. От любых замечаний оба пытались отмежеваться критическими замечаниями в адрес терапевта. Бросалось в глаза то, что о происходящих ссорах супруг говорил в особой «рационализированной» манере, например: «Мой отец всегда полагал, что жалобы очищают душу» или «Ссора — это важно!». Третий отрезок рефлексировующей работы начался так (Н = наблюдатель):

*Н1:* Я бы рискнул.

*Н2:* Почему бы и нет?

*Н1:* Ладно, я попытаюсь прочитать то, что записал, без какой-либо цензуры. Здесь у меня отмечено: «Неужели его жене не действуют на нервы эти заученные, мудреные фразы о ссорах?» Сентенции типа «Ссора — это очень важно» напоминают мне слова: «Секс — это прекрасно, но если им заниматься в подходящем месте и в запланированное время!» На самом-то деле все эти фразы — обычная туфта! Но с другой стороны... Ведь когда он постоянно бубнит свои замечания: «Может быть, когда ты наконец вдоволь наорешься, наступит мир и покой!» — он же тем самым унижает ее. Удивительно, как она до сих пор все еще терпит его? Но нет же — она, видите ли, улыбается. Я долго думал и записал для себя крупными буквами: «семейное происхождение». Я заметил, как эта женщина с опаской поглядывает в сторону мужа — всякий раз, как



только дело касается критических проблем. Ее взгляды встревожили меня, и я подумал: она просто боится его! Но теперь у меня возникла еще одна, новая версия, которая мне подсказывает, что и он ее боится, хотя и более искусно прячет свой страх. Мне интересно, и я бы хотел поговорить о том, какие правила для ссор и решения конфликтных ситуаций усвоил каждый из них в своих родительских семьях. Кажется, тема ссор в обеих семьях была строго табуирована.

**НЗ:** Я так не думаю. Госпожа В., кажется, заинтересована в достижении определенных изменений. Она же говорит, что «мы хотели бы попробовать».

**Н1:** А я скептически смотрю на всю эту ситуацию. Пока в этой семье будет господствовать унаследованное ими обоими семейное правило «не ссориться», ничего хорошего не выйдет!

**Н2:** А я вижу ситуацию в несколько ином ракурсе: мы имели возможность почувствовать, насколько оба они смогли дистанцироваться от терапевта и при этом были вновь раздражены. Я верю, что они способны спорить конструктивно, если бы сами захотели этого.

**НЗ:** Я полагаю, что они смогут, если захотят. Мне кажется, что каждая пара должна решить для себя, что ей нужно.

**Н1:** О, это интересно: женщины (Н2 и НЗ) считают, что они, если захотят, то смогут, а мужчина при этом настроен скептически! (Все смеются, пара тоже.)

Во второй части интервью реакции пары становятся заметнее; более очевидным оказывается и семейное происхождение конфликтных ситуаций, привносимое каждым партнером в их теперешнюю жизнь.

**Терапевт:** Говорилось ли здесь нечто такое, о чем нам лучше было бы не вспоминать?

**Господин В.:** О нет, наоборот, ваша предыдущая дискуссия нас очень отрезвила. Поначалу я сомневался, может ли столь безобидная процедура изменить что-либо в лучшую сторону. Однако теперь, после последней дискуссии, я способен многое пересмотреть и знаю, как это сделать!

**Госпожа В.:** Когда я услышала фразу «наслаждение от ссоры», я почувствовала истинное желание с наслаждением поэкспериментировать!

Следует заметить, что фаза рефлексий не должна отнимать слишком много времени. Не следует также одновременно вносить слишком много идей, которые могут дезорганизовать терапевтический процесс. Л. Рейтер и его коллеги (Reiter et al., 1991, 1993), в частности, предлагают сознательно структурировать работу РК в режиме «фокусирования» (особенно для тяжелых пациентов), ограничиваясь рефлексиями лишь по от-

дельным аспектам, предварительно оговоренным с семьей клиента. Еще одной важной задачей, стоящей перед консультантом (терапевтом), является обеспечение участия (реагирования) в работе команды *каждого*, кто составляет *систему*. Для этого предлагается ряд вопросов (которые, однако, не следует рассматривать как обязательную схему):

- Было ли в обсуждении, которое вы только что услышали, то, что вам хотелось бы прокомментировать или поговорить дополнительно?
- Было ли сказано что-либо, с чем вы не согласны, о чем лучше было бы не говорить?
- Было ли что-нибудь, что вам понравилось?

Последний вопрос указывает на аспекты, которые команда не обсуждала. Вероятно, кто-то из участников семейной системы может думать по-своему, в ином «направлении», открывая при этом для себя новые, не замеченные до сих пор смысловые взаимосвязи. Т. Андерсен (Andersen, 1990, с. 55) указывает, что в этом как раз и состоит один из наиболее существенных аспектов фазы рефлексий — когда участники системы, требующей помощи, во время прослушивания работы РК могут вести свою собственную дискуссию.

Чаще проводится 60- или 90-минутная беседа с двумя-тремя перерывами, отведенными для рефлексии команды. Однако последнее слово всегда оставляют за семьей. В конце обсуждаются пожелания участников системы на будущее: намерены ли они прийти в следующий раз и когда? Или же они хотели бы еще подумать и о своих намерениях сообщить по телефону? В любом случае по всем возникающим вопросам следует оставаться в плоскости партнерских отношений. При соблюдении указанных правил РК не должна привести к негативным последствиям, скорее наоборот — предложить разноплановые подходы к решению проблемы. Положительным моментом работы РК является открытость отношений ее участников; именно этот момент лучше всего воспринимается клиентами. «Не следует ожидать, что... психологи, психиатры или любые другие профессионалы поделятся своими профессиональными впечатлениями... Это было бы так, если бы они предоставили совершенно секретную информацию», — так однажды ответил клиент в разговоре с командой, возглавляемой Т. Смитом (Smith et al., 1993).

## 11.2. Обыгрывание рефлексивной позиции

Для сглаживания несправедливых упреков в адрес РК (как одного из вариантов «терапии для избранных» или работы с ограниченной категорией клиентов) приведем еще несколько дополнительных аргументов. Вполне понятно, что представители различных институтов пока не научились ценить метод, казалось бы «убыточный» с точки зрения затратных усилий работающего персонала, но оправдывающий себя малым количеством занятий и значительно меньшей интенсивностью консультативной работы. Так, различные организации, экспериментируя с персоналом, чаще апробируют режим одного РК-дня в месяц, иногда — одного дня в неделю. Находятся и частнопрактикующие коллеги, которые собираются для регулярной работы в режиме РК-эксперимента.

Рефлексивная позиция может применяться и при минимальных возможностях: два терапевта могут разделить; один из них проводит беседу, второй наблюдает, а рефлексивны они оба в присутствии клиента (семьи). Может быть и так, что оба терапевта принимают участие в терапевтической беседе, а в перерывах — в «метадиалоге» (Hargens, 1995b).

### *Пример*

«Могу ли я обсудить с тобой один вопрос, который никак не выходит у меня из головы? Когда я слушаю, о чем рассказывает г-н Майер, у меня создается впечатление, будто он считает свой случай абсолютно безнадежным. Сегодня он тысячу раз переспрашивал, сможем ли мы ему помочь. Мне показалось, что у него совершенно отсутствует собственное видение обустройства своей жизни. И тогда у меня возникло желание взять его за руку, повести, помочь и т. п. Я мог бы предложить ему множество интересных идей... Но тут-то я и попался... Именно это чувство — «быть ответственным» — мне и мешает внимательно его слушать. Как тебе видится эта ситуация? Как мне найти выход из нее?» (Hargens, 1996).

Наконец, можно обыграть рефлексивную позицию, оставаясь наедине с клиентом (семьей) и пытаясь высказывать собственные противоречивые переживания. Существует и другая, не менее привлекательная возможность: терапевт просит клиента (пару, семью) переселиться на другое место, занимает его (ее, их) стулья и, создавая таким образом своеобразную реф-



лексирующую команду, вступает с ним (ней, ними) в метадIALOG о состоявшейся беседе. Такой подход открывает совершенно новые перспективы.

Из критических замечаний необходимо отметить низкую степень структурированности РК, что, принимая во внимание излишнюю сложность процедуры, может создать для системы клиента определенный режим перегрузки. В связи с этим Г. Ленц и его коллеги (Lenz et al., 1995) полагают, что РК не показана для работы с системами в состоянии острого кризиса, а также для семей с больными шизофренией. Некоторые семьи воспринимают работу РК как оценку и потому не способны использовать позитивные предложения участников РК. Такие семьи постоянно сопротивляются работе РК, и для них этот подход не рекомендуется (Wetzig, 1992).

Различные и даже противоположные возможности, предусматриваемые двумя техниками — заключительной интервенцией и РК, лучше всего демонстрирует следующий пример. Во время проведения образовательной программы в Лейпцигском университете авторы книги параллельно вели две подгруппы по ролевым семейным играм: техника РК (А. фон Шлиппе) и Гейдельбергская концепция (Й. Швайцнер). Перед началом второй части занятий тренеры поменялись местами, подгруппы получили задание «перенестись» в ситуацию, в которой они будто бы не участвовали ни в каком тренинге. Эксперимент удался, и участники обеих «семей» получили возможность ощутить различия обоих методов работы. Обратные реакции «семей» оказались довольно интересными: поведение терапевтов во время интервью воспринималось участниками обеих групп как абсолютно одинаковое и положительно стимулирующее. Перерыв, предназначенный для проработки заключительной интервенции, характеризовался участниками скорее как «неприятный» («Что они там говорят о нас?»), тогда как открытость РК на этом фоне воспринималась как приятный контраст. Однако «семья» почувствовала, что выводы, предложенные в технике заключительной интервенции, дают ей значительно больше уверенности — в отличие от нечетких и слишком «открытых» рекомендаций РК, которые мало чем помогли семье.

## 12. Внешние рамки: контраст, цель, ход терапии

### 12.1. Как часто, как долго? Интервалы между занятиями, общая длительность

Системное консультирование основывается на положениях, согласно которым решающее значение для терапевтического процесса имеют не *сами занятия*, а *время между ними*. Системе, обратившейся за помощью, необходимо дать решающий импульс: «Подталкивание вместо проработки». Согласно Г. Бейтсону, это означает предоставить информацию, которая могла бы раскрыть системе некоторые отличия от предыдущих способов ее существования (von Schlippe, 1991). Если эти отличия окажутся существенными, то система сможет сосредоточиться на других, измененных формах коммуникации. Поскольку два человека никогда не реагируют на происходящее в терапии одинаково, то понятно, что после терапевтической сессии каждый из них получает возможность реагировать иначе, по-новому: первый предлагает непривычный способ коммуникации, другой принимает это предложение и отвечает по-своему и т. д. В таком «круговороте обратных связей» (Selvini Palazzoli, 1983/84) все взаимодействия в системе группируются вокруг нового *аттрактора*, таким образом изменяя сами правила взаимодействия. Однако эти изменения требуют времени, особенно если они касаются функционирования всей системы. Поэтому для обеспечения информационного процесса, который привел бы к изменениям в системе, и самой информации, которую система должна обработать, необходимо увеличить интервалы между терапевтическими сессиями (минимум до 3-4 недель). Лишь по прошествии некоторого времени можно убедиться в том, что система усвоила новую модель функционирования и «поняла», к каким, собственно, изменениям ее подталкивают. Основное правило здесь гласит: чем заметнее тенденции к изменениям в системе клиента (клиентов), тем короче должны быть промежутки между терапевтическими сессиями. И наоборот: чем более вяло идут перемены, тем дольше должны быть промежутки между терапевтическими сессиями.

Однако наблюдается и еще один «побочный эффект» длительных межсессионных промежутков: уже сама рекомендация относительно частоты и длительности терапевтических занятий (впрочем, как и всякое другое действие терапевта) является разновидностью интервенции. Предложение увеличить интервалы звучит как подчеркивание автономии системы. В таких случаях терапевтические отношения уже не будут остро восприниматься как «костыли» для партнера, не способного передвигаться самостоятельно, а скорее наоборот — как зрелое сотрудничество, в рамках которого речь будет идти о новых стимулах и импульсах.

Успех терапии не обязательно зависит от частоты занятий, то есть далеко не всегда соответствует лозунгу «чем больше, тем лучше» (кроме всего прочего, подобный лозунг не имеет убедительных эмпирических доказательств). Если самое важное происходит не во время терапии, а дома, то это означает, что ощутимую пользу могут принести немногочисленные, даже единичные терапевтические сессии. Поэтому иногда разумнее предложить меньшее количество бесед и распределить их на большем отрезке времени. Отсюда и происходит популярное определение системного подхода как «длительной короткофокусной терапии».

#### Пример из практики

Однажды меня (Й. Швайццер) пригласили в психиатрическое учреждение для супервизии рабочих отношений в коллективе, обсуждавшем проблему «посменная работа — передача смены». К тому времени коллектив уже в течение 4 лет уже проходил супервизию у специалиста, придерживающегося других взглядов. Я предложил 10 занятий по два часа каждое, без четко оговоренных результатов. Во время четвертой супервизорской сессии была использована техника «мозгового штурма» для определения первоочередных изменений и тех, которые следовало проводить во вторую, третью и т. д. очередь. Когда удалось выяснить, что для первоочередных изменений, связанных с оптимизацией контактов с головным учреждением, находящемся на значительном расстоянии, потребуется по крайней мере 5 месяцев, я, несмотря на массовые протесты участников супервизии, предложил провести следующую сессию не ранее чем через 6 месяцев. На этом — следующем — занятии оказалось, что во всей структуре произошли существенные сдвиги — как в руководстве, так и в персональном составе учреждения.

И наоборот, когда система находится в кризисном состоянии, для которого характерна скоротечность процессов, интервалы между занятиями необходимо сокращать.



Женщина, воспитывающая детей без отца, обратилась по поводу семейной проблемы, связанной с двумя сыновьями. Ее основной проблемой является старший сын, который «может стать таким же (плохим), как и ее бывший муж». Четыре занятия с интервалами от одного до трех месяцев дали положительный результат: отношения между матерью и старшим сыном заметно улучшились. На этом мы завершили терапию, установив контрольный срок через 8 месяцев. Однако через пять месяцев мы получили сигнал SOS: отец детей покончил жизнь самоубийством. Оправдались наихудшие опасения матери, к которым добавился новый страх за сына. К тому же мать сообщила нам о собственных суицидальных тенденциях. В создавшихся условиях мы договорились о беседе в ближайшую неделю, а также о нескольких дополнительных кризисных встречах. Этого оказалось достаточно для разрешения ситуации. Еще одно занятие через неделю закрепило интенсивную проработку траурного ритуала и дало семье возможность выразить свое видение разных выходов из кризисного состояния (как «хороших», так и «плохих»). Следующий срок мы определили через два месяца; на этом, последнем занятии было решено завершить терапию.

Важным моментом терапии является вопрос о ее общей длительности. Сотрудничество (*informed consent* — информированное согласие, Reiter-Theil et al., 1991) терапевта с *информированным* клиентом включает обязательное соглашение о временных рамках работы. Разные терапевты (в том числе и мы) по-разному используют этот параметр. Так, согласно гейдельбергской концепции (Й. Швайтцер), предлагается «максимально необходимое» количество сессий (чаще десять), распределенных во времени со значительными вариациями (иногда на годы). В рамках данной модели работа происходит в среднем за пять сессий. В то же время работа рефлексивной команды (А. фон Шлиппе) завершается заключением нового контракта, регламентирующего возможные сроки следующих сессий. Здесь количество занятий колеблется от 5 до 15; значительно реже требуется более 20 сессий.

Общая длительность зависит от смыслового наполнения контракта, а консультативная работа по модели «самопознания» зачастую требует длительного времени. Основное правило гласит, что *деидеологизация* длительной терапии совсем не обязана «идти в ногу» с *идеологизацией краткосрочности*. Ведь любая терапия не потому оказывается успешной, что является краткой (см. также раздел 4.6). Не стоит также обесценивать и цель терапии типа «улучшение социального функционирования»

(Petzold, 1993) лишь потому, что такая цель не всегда согласуется с системной моделью.

### **12.2. Один раз не считается? Терапия одной сессии**

Интересный ракурс проблемы общей длительности представил Моше Тальмон (Moshe Talmon). В 1990 году он сообщил о результатах катамнеза, полученных им в ходе телефонного опроса. Он с особой тщательностью обрабатывал полученную информацию. Целью проекта было исследование эффекта терапевтической беседы (преимущественно с семьями), после которой клиенты прерывали терапию и исчезали из поля зрения. Вместо ожидаемых укоров и претензий со стороны клиентов оказалось, что большинство из них сообщили о явных положительных изменениях после однократного контакта с терапевтами (78% оценивали свое состояние как улучшение). Этот результат противоречил здравому смыслу: ведь однократные терапевтические беседы, не имеющие продолжения, оценивались как провал или признак терапевтической несостоятельности клиента. Лишь спустя некоторое время Тальмон узнал о том, что еще Фрейд и некоторые его последователи писали о терапии одной сессии (SST — Single session therapy).

Все это подводит нас к интересным размышлениям: возможно, длительность терапии зависит от *представлений и мыслей* терапевта, а не от самого процесса как такового? А может быть, терапию формируют детерминированные обществом представления о ней («Ну, где там ваша кушетка, доктор?») или представления о власти терапевта над беспомощным клиентом? Ведь всем известна фраза: «Вы же знаете: процесс формирования проблемы длится долго, и поэтому вам не следует ожидать ее скорого разрешения». Она действует как «гипнотическая интервенция», с помощью которой терапевт стабилизирует как свои собственные представления о проблеме, так и соответствующие фантазии клиента, а заодно и определяет ритуал ожидаемых изменений. Не случайно критические аргументы, касающиеся результатов М. Тальмона, сводятся к их оценке: «Это было не что иное, как кризисная интервенция» или «Это была не настоящая терапия». М. Тальмон пишет: «Я понял, что терапевтам труднее признать действенность SST, чем пациентам» (1990, с. 13). Раз-

мышления о полученных результатах подтолкнули исследователя к созданию собственной концепции SST, при которой пациента необходимо сразу же настраивать на короткую терапию. Для этого он предложил следующую фразу:

«Мы установили, что около трети всех людей, обращающихся к терапевту, удовлетворены и считают, что одно занятие им помогло. Но я хотел бы также, чтобы вы твердо знали: если у вас сегодня или когда-либо в будущем возникнет мысль о том, что вам необходимо продолжить терапевтическую работу, я буду в вашем распоряжении. Вы согласны? Хорошо. Итак, что бы вы хотели получить сегодня?» (Talmon, 1990, с. 37).

Все сессии в рамках этого подхода готовятся тщательно и добросовестно. Даже при телефонных контактах следует мотивировать клиентов к тому, чтобы они сформулировали свои ожидания и желаемые жизненные перспективы: «Вы можете мне существенно помочь в понимании ваших целей и направлений вашего движения» (Talmon, 1990, с. 19). Такая позиция «вознесения на пьедестал» («Вы мне поможете...») подчеркивает усиление позиции клиента, который становится «собственником» не только терапии, но и результатов лечения. Сама сессия занимает много времени и проводится очень внимательно, а метод действий аналогичен методу действий терапии, ориентированной на решения.

- Основной фокус нацелен не на дефициты, а на области компетенции клиента (поэтому к традиционной диагностике следует подходить с особой осторожностью).
- Характеристика проблемы дается в ракурсе принципиально решаемых «нормальных жизненных проблем».
- Занятия прерываются паузами, во время которых можно продолжать обсуждение.
- Основные акценты ставятся на равноправие и сотрудничество.
- Заключительные комментарии и полученные ответы фокусируют клиентов на моментах признания, позитива и выполненных заданий. Вместо диагностических суждений следует использовать рефрейминг, то есть пытаться переформулировать проблему в терминах ее «разрешения» и, соответственно, усиливать автономию клиента (например, клиента со страхами можно переориентировать на решение «пугать себя, представляя различные катастрофы»).

Важным также является момент завершения: «Не забыли ли мы что-либо обсудить, о чем бы вы хотели еще рассказать?»



Есть ли у вас еще вопросы?» (Talmon, 1990, с. 99). Зачастую подобные вопросы помогают раскрыть важные, эмоционально заряженные темы: «Скажите правду, мои нынешние переживания свидетельствуют о моем сумасшествии или же это все еще норма?» («Скажите, я сумасшедший или нормальный?»).

### **12.3. Кого и когда приглашать. Состав участников**

«Задача состоит не в том, обязаны ли сюда приходить все, кого касается проблема, — задача звучит так: сюда могут прийти все, кто способен и может внести свой вклад в решение проблемы» (Loth, 1996).

Система с проблемой и система, содержащая разрешение этой проблемы, не обязательно совпадают. Если до недавних пор считалось, что на терапию должна приходить семья в полном составе, то в последнее время такое требование рассматривается скорее как возможность специфического «раскручивания» (эскалации, нагнетания) отношений «терапевт-клиент», при котором система клиента может скорее проиграть, чем выиграть. Эта эскалация проявляется в следующем: или приходят все и терапевт получает полную власть над семьей, или если все (или хотя бы кто-то один) не приходят, то это означает, что отсутствующие «не желают прогресса» и там самым крадут у присутствующих шанс на конструктивную работу. Преимущества такого подхода раньше виделись в том, что вовлечение в терапию нерешительных и робких членов семьи давало им возможность побывать в ситуации получения необходимого нового опыта. Сегодня такой подход применяется в несколько смягченной форме со следующим «рецептом»: приходить может каждый, кто считает себя причастным и способным помочь в решении семейной проблемы. Важно также помнить и о ценности для терапии так называемых «наблюдателей» (см. раздел 1.4) — то есть тех, у кого нет личной заинтересованности в изменениях данной семейной системы. Их следует не только приглашать, но и всячески поддерживать, ибо при решении отдельных проблем их наблюдения могут оказаться особенно полезными.

В ходе терапии часто возникает следующий вопрос: какой состав участников будет оптимальным для получения новой информации и новых поведенческих импульсов? Соответствен-

но, на отдельные занятия можно приглашать разных участников системы.

- При анорексии работа, как правило, начинается с ядра семьи. Позже, когда прорабатываются процессы индивидуализации, можно пригласить лишь идентифицированную пациентку — одну или с близкой подругой или другом. При булимии — наоборот: сначала приходит идентифицированная пациентка (так как симптоматика, как правило, длительное время скрывается ею от родителей); с ней необходимо работать до тех пор, пока она не начнет доверять и не согласится открыто поговорить с родителями.
- Если, например, на терапию приходят мотивированные шестидесятилетние родители с немотивированным тридцатилетним сыном-шизофреником, то в таких случаях необходимо прежде всего выяснить, на какой срок хотят родители растянуть для себя игру в «медперсонал для опеки» сына. Когда же выясняется, что предметом консультирования является именно эта тема — а не вопросы симптоматики или карьеры сына, — то ее проработка может иметь больший эффект при отсутствии больного. Правда, может быть и так, что для больного сына такая проработка окажется не менее интересной. Наоборот, в ситуации с терапией 35-летнего психиатрического пациента-инвалида, который до сих пор находится под полной опекой матери, оригинальным продолжением работы может оказаться решение, при котором пациент с определенного момента «запретит» матери посещать занятия.

#### **12.4. Для чего спрашивать «зачем?».**

##### **Уточнение цели**

Уточнение цели в системной терапии оценивается по-разному. Так, в методах, ориентированных на решения (а также гипносуггестивной терапии и НЛП), четкая цель рассматривается как обязательная базовая предпосылка работы; она способствует переводению системы (клиента) из проблемного состояния к установке, направленной на решение. В этих методах принято считать, что привязанность к определенным представлениям или образам более эффективна, чем «оттягивание» клиента от проблемы, после чего он зачастую не знает, куда ему направляться и чего хотеть. С другой стороны, высказываются замечания относительно тривиализации системы клиента в тех случаях, когда цели уже установлены и зафиксированы. Фон Ферстер (Von Foerster, 1988b, с. 123), в частности, предупреждает: «Терапия, ориентированная на достижение фиксированной цели, способна кастрировать любые возможности разви-

тия системы как справа, так и слева». Побуждение и препятствия как основной принцип системной терапии позволяют «направлять семью в русло новых возможностей».

Желательно устанавливать цель на короткий срок, например, с помощью вопроса: «Что должно было бы сегодня произойти, чтобы впоследствии вы могли сказать: да, это было хорошее занятие?» Терапевты должны всегда оставаться динамичными (Schiepek, 1991, с. 110). Обсуждение цели может быть эффективным для коррекции идеализированных представлений. Такие представления, оставаясь неотрефлексированными, могут в конце терапии вернуться, как бумеранг, и свести на нет результаты всей работы («Видите?! Мы ничего не достигли из того, что запланировали!»). Если хорошо понимать, что определение и обсуждение цели являются взаимосвязанными процессами на пути эффективной терапии (Loth, 1996), то можно смело применять критерии формулирования цели — например, как предлагают Вальтер и Пеллер (Walter & Peller, 1994, с. 72).

**КРИТЕРИИ ОДНОЗНАЧНОГО ФОРМУЛИРОВАНИЯ ЦЕЛИ**  
(Walter & Peller, 1994)

<i>Критерии</i>	<i>Ключевое слово</i>	<i>Образец вопроса</i>
1. Позитивность	«Вместо этого»	«Что бы вы сделали вместо этого?»
2. Процесс-ориентированность	«Как» плюс глагол, указывающий на продвижение вперед	«Как вы собираетесь это сделать?»
3. Здесь и теперь		«Если вы сегодня после занятия ощутите, что приближаетесь к цели, что вы измените в своих действиях или что изменится в ваших внутренних диалогах (разговорах с самим собой)?»
4. Максимальная специфичность	«Специфичность»	«Какие конкретные действия вы планируете?»
5. В поле контроля клиента	«Вы»	«Что <i>вы</i> будете делать, если это произойдет?»
6. Соответствие разговорным особенностям клиента	Использование слов клиента	



Таким образом, здесь речь идет не о том, как цель «срабатывает», а о *конкретном отображении* цели в нынешнем состоянии системы. В этом контексте примером *непозитивного* формулирования цели будет фраза: «Я больше *не* хочу переживать страх!» Эта фраза обязательно вызовет следующий вопрос: «Что же будет с вами, если страх исчезнет?» Кроме того, для системной терапии важны и экологические последствия определения цели: «Если вместо страха вы ощутите вкус работы и приключений, то у кого, по вашему мнению, появятся проблемы, а кто будет вам мешать?»

### 12.5. Несколько «типичных» вариантов терапии

Систематические исследования временных параметров системной терапии до сих пор редки. Основываясь на собственном опыте, мы попробовали выделить несколько разных типичных моделей:

- Для работы с *рефлексирующей командой* в Северной Германии (А. фон Шлиппе)\* пары и семьи встречаются один раз в 6–8 недель. Каждая терапевтическая сессия обсуждается отдельно. Обычно система клиента заранее договаривается об одной или двух встречах. При таком подходе конструируется специфическая модель работы, адаптированная к конкретным потребностям семьи. Однако вначале устанавливаются сроки первых трех—пяти занятий; позже временная дистанция между сессиями увеличивается.
- *Семейная терапия в Гейдельбергском университете* (Й. Швайтцер) предусматривает относительно длительные (до двух часов, включая паузы и заключительное обсуждение) занятия с небольшой командой терапевтов, часть которых находится за односторонне-прозрачным зеркалом. Стандартная *системно-семейная терапия* выглядит так: работа выполняется за 4–6 занятий, из них первые 2–4 — с перерывом не более месяца. Если на этом этапе терапии удастся достичь решающих результатов, они закрепляются в течение следующих двух сессий, которые проводятся с большими перерывами (от трех до шести месяцев). На этих же сессиях прорабатывается страх перед рецидивами. В конце семью просят позвонить терапевтам через год и сообщить о дальнейшем ходе событий. Такое течение характеризует успешную модель терапии.

\* Совместно с Гезой Юргенсом (Gesa Juergens) и Михаэлем Граббе (Michael Grabbe).

- *«Первый и второй тур»*. Иногда после завершения терапии могут происходить ситуации, ставящие под сомнение проведенную работу и с новой силой выявляющие старые проблемы. В таких случаях предлагается «второй тур», который, как правило, бывает короче и где можно эффективно использовать опыт, полученный в «первом туре» терапии.
- *«Терапия одной сессии»*. Успешная реализация модели за одну или максимум за две сессии является краткосрочной потому, что клиенты относятся к ней открыто и стараются самостоятельно и быстро справиться с проблемой. В неблагоприятных случаях такая модель является краткой потому, что установить удовлетворительный контакт между терапевтом (-ами) и семьей так и не удалось.
- *«Бесконечная системная терапия»*: этот вариант вступает в силу в моей работе (И. Швайтцер) после седьмой или восьмой сессии. Он указывает на то, что в ходе терапии не удалось отыскать соответствующую идею для разрешения проблемы. Это становится понятным из высказываний клиента (-ов), а также при ощущении неудовлетворенности и «заторможенности» терапевта. Другая возможность затягивания терапии объясняется тем, что терапевт и семья не хотят «расходиться» — их контакт доставляет удовлетворение или же семья не представляет себя без терапии.

Из опыта супервизорской работы в других клинических и социально-педагогических направлениях мы знаем и о других моделях временного течения терапии. Вот два примера (см. также Schindler, 1966):

- *«Модель домашнего врача»*. К домашнему врачу обращаются лишь тогда, когда есть жалобы; здоровые в этом не испытывают нужды. Иными словами, к домашнему врачу можно ходить годами, можно годами и не ходить, а можно заходить на минутку. В этой модели семейный терапевт действует как «врач общей практики» (Braverman, 1990).
- *«Системное привязывание пациента»*. Иногда системный подход может предусматривать «привязывание» клиента на длительное время. Например, когда ему не доверяют и пытаются мягко наблюдать за ним (суицидально опасные клиенты, жертвы насилия и т. п.) или когда не желают передавать пациента «в другие руки», зная, что об этом пациенте уже позаботились — и сделал это я сам.

При супервизиях, консультировании команд (коллективов) и организаций могут использоваться различные временные варианты работы:

- Для достижения *учебно-тренингового эффекта* — прежде всего при супервизиях в структуре базового и последипломного обучения (см. раз-

дел 13.3) — сроки работы следует распределять равномерно через небольшие промежутки времени.

- При *кризисных интервенциях*, то есть при необходимости разрешения острой или актуальной проблемы, рекомендуется (как это и происходит в семейной терапии) назначать максимальное количество сессий в режиме гибкого использования временных интервалов.
- При работе над *развитием (оптимизацией деятельности) команд или организаций* желательно планировать длительное сотрудничество, не определяя при этом общего количества отдельных сессий. Рекомендуется также договориться о промежуточных встречах между зафиксированными рабочими сессиями. Во время этих промежуточных встреч подводится итог результатов работы и обсуждаются новые временные и содержательные параметры конфликта. Не ограниченные во времени мероприятия, как правило, способствуют стабилизации конфликтной модели системы, а потому нежелательны (см. раздел 13.4).

## **12.6. Как и когда остановиться? Завершение**

Когда завершается системное консультирование? Ответ прост: когда система, нуждающаяся в помощи, сообщает консультантам, что проблема решена, или же система уверена, что консультирование дало основания для самостоятельного принятия решения. В обоих случаях консультирование завершается — хотя и с довольно разными чувствами.

На самом деле на практике редко бывает так, чтобы все участники консультирования имели одинаковое мнение. Отдельные члены системы могут продолжать спорить, кто-то остается неудовлетворенным, а консультанты могут считать, что необходимо провести еще несколько занятий. Именно поэтому целесообразно подводить промежуточные итоги, уточняя поэтапные достижения и выясняя заново установленные цели. Это помогает избежать идеализированных представлений о терапевтических успехах и предупреждать обесценивание реальных результатов. Противоречия системы подлежат проработке, как, собственно, и любые противостояния в терапевтической ситуации. Для этого лучше всего подходят циркулярные вопросы:

«Представим себе, что ваш партнер (супруг) удовлетворен результатами терапии, а вы нет, сможете ли вы уговорить его продолжить занятия? Если вам это удастся, будет ли он приветствовать ваши старания или же разозлится, но все равно придет на следующее занятие? Допустим,



вы не придете к согласию: отразится ли это на вашей совместной жизни? И т. д.».

Часто бывает так, что у членов терапевтической системы еще нет полной уверенности, и они полагают, что еще нуждаются в некоторой поддержке. В такой ситуации могут оказаться полезными вопросы для подготовки заключительного этапа, например: «Как долго, по вашему мнению, вы еще будете нуждаться в нас?» (см. раздел 7.7).

При благоприятном течении заключительные сессии проходят при согласии обеих сторон. Тогда эти беседы являются ожидаемыми, описываются и переживаются как успешно проведенная работа, даже если какие-то максимальные цели так и не были достигнуты. На заключительной сессии подводятся окончательный итог, «воздвигаются мосты» между жалобами и ожиданиями, высказанными клиентом (-ами) во время первой встречи, и результатами, достигнутыми на заключительном этапе. Особенно интересен вопрос к системе клиента о том, что именно в терапии оказалось наиболее эффективным и кто первый в системе заметил изменения и начал вести себя по-новому. Обратная связь (впечатление) консультанта или терапевта — своеобразный символический подарок — может стать существенным элементом заключительного ритуала.

Для профилактики повторных рецидивов рекомендуется не только предупреждать систему клиента о возможности возникновения кризисных состояний, но и обсуждать ситуации, в которых клиент (-ы) могли бы *сознательно, без страха* еще раз вернуться к уже проработанным и решенным в терапии проблемам. Найденные заключительные «рецепты» можно записать в виде специального «перечня советов», в который клиент при необходимости может заглянуть. Часто приходится обсуждать и возможность контрольной встречи через 6–12 месяцев, целью которой является не консультирование или оказание помощи, а создание благоприятных условий для обсуждения конкретных впечатлений о проделанной терапевтической работе.

## IV. ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ

### 13. Сеттинг

#### **13.1. Семейная терапия без семьи: индивидуальная системная терапия**

Еще в семидесятые годы индивидуальная терапия была признана одним из «респектабельных» методов системного подхода — поначалу как «техническая ошибка» (группа Мары Селвини Палаццоли старалась не отказывать в помощи семьям, приходившим в терапию в неполном составе), а потом в качестве расширенного «стандартного» сеттинга (см. также Weber & Simon, 1987, Weiss, 1988). Это дало возможность расширить круг клиентов за счет тех семей, члены которых временно живут отдельно, и тех, кто просто хотел бы осознать некоторые семейные проблемы, а также за счет тех семей, члены которых не хотят принимать участие в терапии.

Важным оказалось здесь и соображение о том, что люди, запутавшиеся в определенных проблемах, совсем не обязательно являются именно теми, кто может содействовать решению этих проблем. Более того, иногда специфическая позиция неучастия в совместном отыгрывании проблемы может привести к существенным изменениям во всей семейной системе. Ведь члены семьи, которые не приходят на терапию, оказываются так или иначе включенными в общетерапевтический процесс индивидуации, который сам по себе приводит к соответствующим изменениям в системе.

От других форм индивидуальной терапии системный подход отличается содержанием и стилем терапевтических интервенций, циркулярными вопросами, терапевтическим контрактом, контекстуализацией проблем, гипотетическими вопросами на улучшение и ухудшение и т. п. Здесь также используются заключительные комментарии, предложения и рекомендации, рефлексирующая позиция терапевта и т. д. Как и в семейной

терапии, при индивидуальном системном подходе речь идет о том, чтобы клиент понял, что источником его проблем являются скорее его поведение и его представления о своем поведении, а не проявления каких-то более глубоких и «скрытых» индивидуальных расстройств или патологических изменений. Как и при семейной терапии, здесь также применяется командное консультирование за односторонне-прозрачным зеркалом или рефлексирующие дискуссии во время паузы. Как и при семейной терапии, здесь договариваются о максимальном количестве занятий (в среднем до 10 часов), а также о достаточно длительных перерывах между терапевтическими сессиями (как правило, не менее 3—4 недель). При этом считается, что решающие изменения у клиента наступают не во время занятий, а *между терапевтическими сессиями*.

Поскольку во время индивидуальной терапии присутствует (не физически, а скорее символически) вся социальная система клиента, то в отличие от семейной терапии здесь необходимо учитывать некоторые специфические акценты. Для того чтобы достаточно хорошо представлять социальную систему клиента, можно использовать различные формы визуализации. Удобным методом может быть генограмма, которую можно положить перед клиентом во время разговора и, поглядывая на нее, обсуждать актуальные проблемы.

Однажды канадский предприниматель, проживающий в Германии, обратился за индивидуальной терапевтической помощью в связи с регулярными опозданиями, особенно на важные встречи («Я всегда прихожу слишком поздно»). Его могут посчитать несерьезным, неспособным работать в команде, а это может угрожать его карьере. Он хотел бы понять, что стоит за всем этим и по возможности исправить такой изъян в своем поведении.

Мы вместе составили генограмму его семьи. Семейную атмосферу он описал как слишком дистанцированную и сосредоточенную на ожиданиях успешной деятельности. Почти все характеристики родителей и трех братьев/сестер содержали слово «успешность»: «особенно успешный», «пока недостаточно успешный», «успешный в бизнесе, но не в личной жизни» и т. п. Работа отца заставляла семью каждые три года переезжать на новое место, поэтому у пациента не было возможности обзавестись друзьями. Рассказывая об этом, канадец выглядел достаточно раздраженным, говорил тихим, приглушенным голосом, хотя и достаточно трезво. Позволял ли он себе протестовать против всего этого? Нет, совсем нет — только мысленно. Я (Й. Швайтцер) спросил его, опаздывал ли он, приходя домой? Да, довольно часто он опаздывал на семей-



ные ужины. Это раздражало родителей. Но сам он воспринимал свои опоздания не как протест, а скорее как собственную несостоятельность. Я предложил ему следующую переформулировку: его опоздания были «маленькими протестами» — своего рода попытками «немножко не делать» то, чего несправедливо требовали от него родители. На это он отреагировал поначалу с недоверием, потом с интересом и, наконец, с расслабленным смехом. Я предложил ему эксперимент: в течение последующих трех недель трижды сознательно куда-то опоздать. И вообще было бы идеально, чтобы сделал он это, злясь на кого-то конкретного. Каждое свое опоздание он должен был посвятить тому человеку, по отношению к которому в последнее время затаил злобу. Этому человеку он должен был написать короткое письмо: «Дорогой (-ая)... испытывая злость к тебе, я приду сегодня позже, чем договорено. Но об этом я тебе прямо не скажу, а лишь напишу» (и в конце приписать несколько крутых выражений типа «Пошел ты...»). Эти письма он не должен отсылать, а только сохранить в компьютере и принести их на следующую терапевтическую встречу.

Иногда можно использовать и такой метод, как изображение семьи, коллег, учителей и т. д. с помощью фигурок. Такие фигурки можно расставить на столе в виде скульптуры и с ее помощью обсудить важные аспекты отношений. Можно использовать пустой стул, символически посадив на него важного партнера и задавая ему необходимые вопросы. Неплохие возможности появляются и тогда, когда в терапевтической комнате расставляется несколько подушек или стульев, символизирующих важных партнеров; клиента по очереди сажают на эти места, чтобы усилить и сделать более наглядной всю гамму конфликтов, в которых он принимает участие.

С помощью циркулярных вопросов можно получить необходимую информацию не только о моделях отношений самого клиента, но и о его важных партнерах:

О чем могла бы подумать ваша жена, если бы узнала, что вы проходите такую психотерапию? Если бы она об этом узнала, то как бы отреагировала: с облегчением, раздраженно или безразлично? Допустим, что ваша терапия была бы ей безразлична, как бы вы подумали в этом случае: «Я ей до лампочки» или «Она молодец, потому что дает мне свободу»?

И все же при индивидуальном методе отношения «терапевт — клиент» становятся значительно более весомыми, чем в классической семейной терапии. Особое значение здесь имеют эмоциональные реакции терапевта (в психоаналитическом по-

нимании — контрперенос), отображающие скрытую информацию о моделях отношений клиента. Они важны прежде всего потому, что о действительных его отношениях с партнерами, которые находятся «снаружи», в рамках индивидуальной терапии известно очень мало. В какой мере можно использовать собственные реакции и насколько краткосрочной может при этом оказаться индивидуальная семейная терапия, показывает следующий пример:

Корреспондентка одной из газет, девушка лет двадцати, прекрасно знающая итальянский язык, обращается за помощью к системному терапевту. С 14 лет она страдает длительными периодами тревожного настроения, ее тревоги обостряются в переломные моменты жизни: перед подтверждением, перед выпускными экзаменами, перед поступлением на работу, а еще через год — перед переездом в Италию. Следствием всех ее страхов является одна и та же ситуация — «возвращение в материнскую крепость». Мать пациентки при этом сама страдает тревожным неврозом уже более десяти лет. Отец же избегает обеих женщин, а общие страхи все больше скрепляют их женский союз. Но именно от этой тревоги клиентка хотела бы избавиться: ей хотелось бы наладить собственные отношения со своим партнером и переехать в Италию.

С первых минут я (Й. Швайццер) втянулся в спор с клиенткой о сеттинге (рамочных условиях). Родственники не желали приводить ее ко мне, потому что она, дескать, собирается уйти из семьи. Пациентка, в свою очередь, хотела частично оплачивать терапию самостоятельно (при том, что оплата лечения обеспечивалась страховкой), чтобы иметь контроль над терапевтом и при необходимости требовать от него отчет о работе. До этого она четырежды прерывала психотерапию — каждый раз из-за раздражения, которое вызвала у нее несостоятельность психотерапевтов. От них же я узнал, что с этой пациенткой меня ожидает немало хлопот.

Я подозревал, что и в моей терапии она не задержится надолго. Я злился на ее попытки контролировать мои действия и одновременно восхищался жизненной энергией, с которой она пыталась реализовать свою стратегию. Нельзя ли было как-то иначе использовать эту энергию?

Уже после первой беседы она переезжает из дома, но постоянно разговаривает с матерью, переживая свой поступок с явно депрессивным аффектом. Во время второй беседы я рекомендую ей следующий ритуал: раз в неделю в своей квартире в течение получаса не отходить от телефона, ожидая звонка матери и «напряженно думать» о том, во имя каких благих намерений и как долго еще она собирается лепеять в себе эту «бабью связь», поддерживаемую страхом.

Кроме этого задания я сообщаю ей, что во время перерыва моя команда представит свое видение терапии, которая постепенно утратила свою направленность на решение проблемы и оказалась сама по себе про-



блемой. Такая ситуация укрепила клиентку в ее размышлениях — мол, она еще недостаточно созрела для терапии — и подтолкнула ее к самокритичному «пережевыванию» своего страдания. По этой же причине она, скорее всего, прервала и все предшествующие попытки терапии. Коллега из моей терапевтической команды считала, что у терапии есть свои положительные черты: ведь те же постоянные сомнения в себе поддерживали и развивали стойкую связь двух женщин (пациентки и ее матери). Наверное, «мало терапии» лучше влияет на ее самоосознание. Учитывая две точки зрения моих коллег, я пришел к следующему компромиссу — предложить клиентке две терапевтические беседы в течение следующих пяти лет. Клиентка ушла из моего кабинета раздосадованной, а позже я получил от нее сообщение, что она нашла в Италии работу и живет там уже больше года.

### **13.2. Взгляд в обратном направлении: реконструкция семьи в группе**

Реконструкция семьи представляет собой метод групповой работы, происхождение которого следует искать в семейной терапии (Satir, 1986; Nerin, 1989, 1992; Kaufmann, 1990; Conen, 1993; Hecker, 1983). Начало было положено семейными терапевтами в группах непосредственного опыта, где они пытались размышлять о влиянии собственных семей на их (терапевтов) деятельность (см. например Reich, 1984). Далее этот метод был апробирован в работе со стационарными пациентами психосоматических и психиатрических клиник (Kroeger et al., 1986; Schweitzer & Schumacher, 1995; von Schlippe & Schramer, 1993; Linberg, 1995).

Основная идея метода состоит в пересмотре истории собственной семьи с помощью группы и анализе «хорошего» и «плохого» влияния на нынешнюю жизненную ситуацию. Целью семейной реконструкции является освобождение пациента (клиента) от влияния, мешающего его теперешней жизненной ситуации и вместе с тем включение не использованных до сих пор ресурсов самоидентификации. В техническом смысле речь идет о переосмыслении семейных историй, доминировавших и ограничивавших жизнь в прошлом, с одной стороны, и об обдумывании новых, лучших и более «здоровых» ее вариантов — с другой.

Следует иметь в виду, что обучение, со всем его содержательным наполнением, играет важную роль в процессах выжи-



вания, а потому отличается специфической жестокостью. Так, для нового взгляда на старые, приобретенные в течение жизни правила, иногда необходимо «пойти» в обратном направлении и еще раз рассмотреть ситуации из своего прошлого. В. Нерин (Nerin, 1989) полагает, здесь речь идет об открытии для себя «базового правила выживания» — некоторого исходного решения, которое принимает ребенок для выживания в существующем окружении. Это можно сравнить с понятиями «скрипта» («записи») в транзактном анализе и «жизненного стиля» в индивидуальной психологии А. Адлера. Например, «базовые правила», содержащие утверждения «никогда» или «всегда», следует понимать как принципиально враждебные для реализации любого жизненного пути. К «базовым правилам» можно причислить и такие формулы, как: «Я не могу никогда никому доверять, кроме себя самого»; «Я никогда никого не буду злить». Такие формулы тесно связаны с представлениями о психическом (а для маленьких детей — и о физическом) выживании: «Если кто-то от меня отказывается, то я могу погибнуть...» Чтобы изменить подобные представления, нужно достичь не только когнитивной переориентации, но и получить новый опыт, который мог бы «охватить» всю личность. Лишь такой всеобъемлющий опыт вместе с соответствующим аффективным наполнением могут создать достаточные предпосылки для новых знаний.

*Типичный семинар семейной реконструкции:*

Участники (от 12 до 24 человек) встречаются в течение нескольких дней с двумя или тремя ведущими. Каждый из участников приносит с собой как можно более полную *генеограмму* и желательно *хронологию семьи* со всеми датами, важными событиями и фактами, отслеживаемыми от рождения дедушек/бабушек. Для этого каждый участник должен взять у родственников *семейное интервью*. Такое интервью само по себе может открыть много неожиданного — заинтересованность родственников или же их страхи, надежды и т. п. Участники семинара собирают в своих семьях как можно более обширную информацию — о рождении, смерти и болезни, о преждевременных родах и выкидышах (абортах), о миграции родственников, их профессиях и конфессиональной принадлежности, о политических пристрастиях и финансовом положении, наконец, об их индивидуальном стиле и характере.

Большинство участников семинара приносят семейные фотографии, которыми иллюстрируют генеалогическое древо. Кто-то открывает несимметричность ветвей семейного древа — много родственников по одной линии и недостаточно информации по другой.

В начале участники разбиваются на пары и в режиме интервью пытаются сформулировать вопросы друг к другу относительно семейной реконструкции: что сегодня мне кажется наибольшим препятствием или неприятностью? Какие моменты моей биографии мне больше всего мешают или кажутся загадочными? Что мне хотелось бы изменить или лучше понять?

Следующим заданием семинара является индивидуальная семейная реконструкция на примере одного из участников (продолжительность работы — до 2—3 часов). Для этого уточняют вопросы, задаваемые участником реконструкции, обсуждают его генограмму и высказывают гипотезы об аспектах семейной истории, которые могли бы способствовать ответам на выбранный вопрос. Занятие завершают построением скульптуры или серии разных скульптур, которые реконструируют проанализированную семейную ситуацию.

Можно завершить занятие и психодраматическим проигрыванием семейной ситуации (например, «семья собирается за обедом»), прерывая отдельные сцены для обсуждения результатов.

#### *Пример*

Молодой человек жалуется на чувство вины, возникающее в любых ситуациях, то есть совсем неоправданно и слишком часто. Его дед был эсэсовцем и во время Второй мировой войны служил где-то на юге Польши. Возможно, он был в Освенциме? Что же он там делал? Не чувствует ли молодой человек свою ответственность за возможные поступки деда в прошлом?

Эта часть семейной истории была изображена в виде скульптуры или ролевой игры, сопровождаемой комментариями участников группы, каждый из которых поделился своей информацией о военном времени. При этом один из участников играл роль деда, другие — семью клиента и сослуживцев деда, а несколько человек — заключенных концентрационного лагеря. Во время проигрывания скульптуры открылись многочисленные переплетения взаимозависимостей и чувства вины. Понятнее стали связи между семейными «правилами», атмосферой и идеалами мужественности в семье клиента, а также способами избегания определенных эмоциональных переживаний.

Какое значение имело все это для молодого человека, его отношения к деду и самому себе? (Семья считала, что клиент должен быть таким, как дед.) Именно здесь и появился шанс, которого не было в реальной жизни клиента: он получил возможность поговорить с заместителем своего деда, спросить, как «дед» чувствовал свою вину, и рассказать, насколько его (клиента) угнетает эта история из прошлого. Благодаря эмоциям эта часть реконструкции создала аффективную базу для изменения внутренних представлений клиента. Целью этих изменений было вернуть чувство вины туда, где было его настоящее место. Нужно было сбросить с себя неоправданную тяжесть вины и взять на себя

ответственность за *свои собственные* действия и поступки. Важно было также освободить клиента от пут старой семейной модели отношений, помочь ему дифференцированно посмотреть на всех членов своей семьи (а не только сквозь призму «добро/зло»). Это давало шанс для создания «хорошего» внутреннего образа клиента.

Когда эта часть работы завершилась, был задан вопрос: «Что дальше?»

И группа также смогла поделиться своими идеями.

Клиент, например, мог бы расспросить свою бабушку о том, как все было на самом деле. Возможно, в семье существует скрытое восхищение дедом, с которым можно было бы поспорить и тем самым проанализировать фашистские акценты в собственной системе ценностей. Можно было бы также «вернуть» умершему деду чувство вины, укоренившееся у клиента через механизм идентификации с ним (дедом). Для этого можно было бы применить символически-ритуальную «передачу» вины: «Это твоя вина, а не моя. Я оставляю это чувство там, где его настоящее место!» В зависимости от предложенных группой вариантов выбора для клиента «здесь и теперь» выстраивают ситуативные сцены, задача которых состоит в поиске новых решений для актуальных (присутствующих в нынешней жизни) проблем.

Еще одним заданием реконструктивной техники является примирение с родителями или другими близкими родственниками. Однако выполнение этого задания нельзя ускорять или навязывать. Желательно, чтобы клиент сначала лучше понял поведение родителей и динамический фон специфических семейных недоразумений. Только после этого можно приступить к «примирению», которое не следует путать с прощением. Нужно все назвать своими именами, в частности, вину родителей (например, реально допускавших жестокое отношение или издевательства). Здесь важно оставить вину родителям и не отнимать ее у них — поскольку такая установка может лишь еще больше запутать модели семейных отношений. Примирение состоится лишь тогда, когда удастся отказаться как от позиции «справедливого ангела-мстителя», так и от роли всепрощающего доброго рыцаря.

### **13.3. Лучше «на живом»: системная супервизия**

Понятие «супервизия», до недавних пор используемое лишь в кругу посвященных, стало вдруг широко известным. О развитии этого направления свидетельствует и появление соответствующих профессиональных ассоциаций, а также образова-



тельных учреждений: «Старый добрый психобум сменился на бум супервизий» (Molter, 1994). Вместе с ним появился еще один потенциальный пользователь системного подхода — организации. В специальной литературе множатся концепции и появляются новые понятия (которых не следует пугаться).

Наиболее длительную традицию супервизии имеет психотерапия: сюда относится проработка клинических случаев, в частности, в психоаналитических Балинтовских группах (Rappe-Giesecke, 1994, Dress, 1995), а также супервизии в структуре психотерапевтического образования (см.: Puehl, 1994). Этика любой психотерапевтической деятельности требует готовности к постоянной критической проверке своей работы и умения представить ее результаты для обсуждения в кругу коллег. Очевидно, что эти требования касаются и системной терапии. Системная супервизия случаев рассматривается как разновидность длительного обучения и последипломного образования. Она предусматривает обсуждение отношений с клиентом (пациентом, пользователем) или его системой с целью формирования наиболее эффективных, удобных и «экономных» отношений (Lenz, 1992).

### *Предпосылки внешней супервизии*

Супервизию клинических случаев проводит достаточно квалифицированный специалист — супервизор, которому хорошо знакома терапевтическая концепция супервизируемой команды. Если же среди членов терапевтической команды (или между ней и супервизором) существуют концептуальные расхождения, необходимо сначала выяснить способы достойного преодоления противоречий и занять позицию взаимного обогащения всех участников супервизии. Лучше всего это удастся супервизору, имеющему большой профессиональный опыт работы с разными учреждениями и терапевтическими концепциями.

В одном из консультативных пунктов по работе с детьми, функционирующем уже достаточно давно, в течение последних трех лет произошли заметные изменения. Финансирующие инстанции требовали от сотрудников большей открытости и социально-психологической активности; для этого была приглашена новая начальница, которой вменялось в обязан-

ность (и она хотела этого) внедрить новую стратегию работы консультативного пункта. Среди прочих мероприятий она посчитала необходимым провести системно-ориентированную супервизию. Самые опытные сотрудники, представлявшие глубинно-психологические направления психотерапии, восприняли эту необходимость как обесценивание и недоверие к стилю и методам их работы. В результате супервизии участники пришли к соглашению, что для работы с клиентами все сотрудники будут обучаться системно-семейному подходу. С другой стороны, все согласились, что было бы полезно выделять все терапевтические случаи (кроме системно-терапевтических), имеющие показания к глубинно-психологической индивидуальной или групповой терапии (например, работа с переносом, контрпереносом, сновидениями и т. п.). Иными словами, было решено применить старые глубинно-психологические навыки сотрудников для нового стиля работы консультативного пункта.

Довольно необычным признаком системной супервизии клинических случаев является ее максимальная включенность непосредственно в терапевтическую работу (Montalvo, 1973, Boscolo & Cecchin, 1984). Одной из форм работы является так называемая живая супервизия. Ее существенным отличием является непосредственное наблюдение супервизора (или супервизорской группы) за терапевтической или консультативной работой. Супервизор (-ы) находится (-ятся) или в комнате, где проходит терапия, или же за односторонне-прозрачным стеклом и вмешивается (-ются) со своими предложениями непосредственно в процессе работы. Такие вмешательства чаще всего имеют форму рефлексирующей команды (раздел 11.1) или дискуссии во время перерывов в работе. Еще два родственных метода — *консультации* и видеосупервизии. При консультациях супервизор проводит общее интервью (консультативную беседу) вместе с участниками системы клиента и терапевтом. С ними он обсуждает предыдущий ход терапии, перспективы и стратегию дальнейших терапевтических действий. При видеосупервизии записывается терапевтическая сессия, которая позже анализируется в супервизорской группе. Эта форма позволяет проводить «микроанализ» отдельных терапевтических ходов.

К другим вариантам супервизии относится *реконструкция случая в форме ролевой игры*, при которой участники группы разыгрывают ситуацию системы клиента. Выявленные при этом модели поведения анализируются, предлагаются альтернативные варианты (методом мозгового штурма), которые тут же апробируются в форме новой ролевой игры.

Еще одним методом является супервизия с помощью *скульптуры* (раздел 8.1). Этот метод применяется для гиперболизированного отображения позиции консультанта в системе клиента, а также для облегчения доступа к различным запросам и пожеланиям клиента (с помощью опроса участников «скульптурной» игры). Поскольку скульптура дает возможность показать и симптомы, и проблемы клиента, то этот метод позволяет представить разные гипотезы в наиболее наглядной форме (к кому симптомы ближе, от кого дальше; куда хочет переместить их терапевт; как реагирует на это семья и т. п.).

И все же наиболее распространенной формой считается вариант супервизии, широко применяемый в других направлениях терапии, когда *терапевт рассказывает, а супервизорская группа слушает* и делится своими впечатлениями, мыслями и идеями о ходе лечения.

Выбор того или иного супервизорского сеттинга в значительной мере зависит от психотерапевтической школы. В 1980 году во время интенсивного учебного курса в Филадельфии я (И. Швайтцер) познакомился со структурным подходом (С. Минухина и его коллег). Обучение этому подходу сводилось к живой супервизии или видеосупервизии. Каждый день после обеда группа из шести участников и одного супервизора рассматривала три семейных случая (по 80 минут каждый). Терапевт работал с семьей, группа находилась за односторонне-прозрачным зеркалом, а супервизор комментировал, советовал или давал по телефону прямые указания относительно тех или иных терапевтических ситуаций. Творчески настроенные супервизоры иногда сами выходили в помещение, где проходила терапевтическая работа, или посылали туда участников наблюдающей группы, чтобы активизировать работу непосредственно «на сцене».

#### *Пример*

Консультируя случай депрессивной матери-одиночки, воспитывающей двух непослушных сыновей-подростков, супервизор использовал видеозапись поведения одного из них, когда тот начал «ломать комедию». Он зашел в помещение, где проходила терапевтическая работа, с инструментами, представился мастером видеоаппаратуры, разыграл драматическую сцену и не остановился, пока мать решительно не вмешалась в происходящее и не заставила его вместе с ней «отремонтировать» видеокамеру. Эта ситуация прояснилась для матери (без каких-либо подсказок со стороны), что она вполне способна заставить сына принять на себя ответственность за свои действия. Все дальнейшие интервенции были сосредоточены на этой ситуации.



На следующее утро во время длительной видеосупервизии рассматривались три терапевтические сессии (эта и еще две другие). Каждая из указанных сессий была разбита на фрагменты от пяти до восьми минут и, соответственно, подвергнута детальному обсуждению. Для каждого фрагмента были предложены альтернативные решения с соответствующей их проработкой в виде ролевых эпизодов.

В Европе подобный стиль супервизорской работы не прижился: слишком уж много внимания уделялось в нем авторитарной фигуре супервизора и слишком мало пространства этот стиль оставлял для развития собственного стиля терапевта. Кроме того, использование терапевтом телефона или наушников, с помощью которых прерывалась терапевтическая работа с клиентом, сегодня рассматривается скорее как вредное.

#### *Два типичных примера живой супервизии в рамках учебной программы по системной терапии*

В *Гейдельбергском институте* (Й. Швайцгер) предпочтение отдается модели рефлексивной супервизии «на живом». В этой модели интервью с клиентом проводят одновременно два терапевта. Клиента прерывают редко. Группа наблюдателей дает свои советы терапевтам или перед занятием, при формулировании рабочих гипотез и структурировании следующей беседы, или же во время перерыва перед заключительной интервенцией.

В *Вайнгаймском институте семейной терапии* (А. фон Шлиппе) живую супервизию проводят поэтапно:

- Предварительная беседа: какие вопросы собирается задать терапевт группе, какие пожелания есть у него (нее) относительно терапевтических мероприятий и отдельных видов поддержки от группы? Какую важную информацию о семье должна узнать группа?
- Во время сессии (в рамках сеттинга):
  - 1) Терапевт проводит беседу, супервизор сидит позади терапевта, вмешиваясь в беседу с семьей не больше двух-трех раз; терапевт может попросить поддержки и «свежих» идей. Супервизорская группа находится здесь же — в терапевтическом помещении. В конце занятия ее участники дают семье короткую обратную связь.
  - 2) Терапевт проводит интервью, супервизор и два-три участника группы работают в режиме рефлексирующей команды. В течение двух-трех перерывов команда делится своими размышлениями с терапевтом и семьей и сообщает им о своих впечатлениях от беседы.
- Обсуждение темы занятия: терапевту дают обратную связь. Обсуждаются идеи и предложения относительно дальнейшего проведения терапии.

Живая супервизия способна изменить стиль работы. Она подразумевает значительно большую прозрачность отношений: каждый владеет информацией о том, что делают другие. Результат очевиден: меньше *взаимных* фантазий, больше обоснованной критики *отношений*, больше *взаимных* дискуссий.

«С того времени, как мы начали работать в формате рефлекслирующей команды, нам пришлось больше заниматься консультированием своего собственного сообщества. Нам стали понятнее как преимущества, так и недостатки нашей группы. Мы начали больше ценить друг друга; мы получили доступ к процессам развития собственной компетентности и собственной эффективности в роли терапевтов». (Из сообщения об опыте работы в живой супервизии с рефлекслирующей командой, см.: Kriz et al., 1996.)

Когда супервизия клинических случаев оказывается наиболее действенной? По мнению Б. Шумахера (Schumacher, 1995), когда в терапии или консультировании не удастся раскрыть «теневые стороны» (скрытые особенности) проблемы и когда проблема застывает в неизменном виде. В таких случаях супервизия способствует выяснению «баланса различий»: если, например, во время терапии прорабатывается прошлое, то заданием супервизии будет стимулирование разговора о будущем. Если в терапии речь идет о мыслях и идеях, то супервизия сфокусирует внимание на поведении клиента. Если же терапия будет односторонне сосредоточена на решении проблемы, то супервизия должна будет поставить в центр внимания предположки, формы и «преимущества» проблемы.

### *Супервизия случая без супервизора*

Все представленные формы супервизии можно проводить и без участия супервизора — конечно, если обсуждение случаев чрезмерно не усиливает скрытую конкуренцию. Но, как подсказывает наш опыт, и без такой конкуренции супервизия может порождать безудержное фантазирование и придумывание разных предложений участниками группы и все возрастающий хаос в голове супервизируемого. Предлагается следующая модель:

- Супервизируемый выбирает среди участников группы «супервизора», структурирующего процессы обсуждения (постановку вопросов, построение гипотез).

- Супервизор подбирает модератора, который управляет общими рамочными условиями процесса (следит за временем, упорядоченностью дискуссии и пр. — *Прим. пер.*); каждый следующий раз на роли супервизора и модератора приглашаются другие участники группы.
- Ход супервизии делится на три стадии:
  - 1) *представление проблемы* (устное, диктофонная запись, видеозапись и др.) с уточняющими дополнительными вопросами, исходящими от супервизора и участников группы. На этой стадии модератор следит, чтобы никто не высказывал никаких гипотез и предложений;
  - 2) *стадия формулирования гипотез*: здесь супервизор обращает внимание на то, чтобы участники группы не «перегрузили» супервизируемого, а их фантазии не обесценивали его. Роль модератора состоит в максимальной поддержке открытого стиля формулирования гипотез: не пытаться следовать «единственно верной» гипотезе, стимулировать разные гипотезы, дополняющие и обогащающие друг друга;
  - 3) *супервизируемый* высказывает свою позицию относительно всего нового, что он услышал в ходе обсуждения. После этого выбирают и согласовывают дальнейшие технические формы терапии: скульптуры, ролевые игры, альтернативные интервенции и т. п.
- Модератор следит также за тем, чтобы участники супервизии придерживались очередности стадий 1–3.

### **13.4. Опиум для народа?**

#### **Супервизия команды**

#### **и консультирование организации**

В отличие от супервизии клинических случаев, при консультировании терапевтических команд или организаций главным образом рассматриваются проблемы, возникающие и повторяющиеся в недрах всего института, а не в отношениях с тем или иным клиентом. Проблемы с клиентами указывают лишь на острые потребности организации, нуждающейся в иных путях развития (больницы, управленческие структуры, ассоциации, сообщества, а также небольшие профессиональные структуры, такие как отделения, амбулатории, кабинеты и т. д.).



При этом нередко путают понятия *развитие организации (РО)\**, *консультирование организации*, *оптимизация работы (развитие) персонала*, *развитие команды*, *супервизия команды*, а также *коучинг\*\** (Coaching, Buchner, 1995). Целесообразно было бы представить эти понятия в иерархическом соотношении.

Так, термин *развитие организации* охватывает все мероприятия, направленные на «усиление учебно-тренинговых способностей, гибкости деятельности и инновационного потенциала организации» (Gebert, 1995, с. 481). Д. Геберт различает также *структурную* (консультирование организаций) и *индивидуальную* (развитие отдельных личностей, работающих в организации) модели. *Супервизия команды*, таким образом, рассматривается как *составляющая консультирования*. Подробнее вышеупомянутые понятия рассматриваются в следующих источниках: Schuler, 1993, Filsinger, 1992, Fatzer, 1991a, Fatzer, 1993, Puchl, 1994, Schreyoegg, 1992.

При консультировании терапевтических команд и организаций от супервизора не требуется полное понимание содержания работы. Однако оно могло бы оказаться полезным, поскольку помогло бы сосредоточиться на собственном видении решений — особенно если супервизор выступает в роли эксперта по вопросам развития сотрудничества (оптимизации производственных отношений).

«Большинство консультантов рассматривают себя как специалиста по решению проблем или как специалиста по ноу-хау. Свои диагнозы они оценивают как истину в последней инстанции, которой необходимо подчиняться при любых обстоятельствах. Они считают, что изменения можно запланировать, и мыслят однозначными причинно-следственными категориями. Вполне логично, что они охотно суют свой нос в дела государственных структур, пытаясь завоевать своими идеями тех, кто стоит на высших ступенях иерархии.

Консультант-системник мыслит по-иному: он рассматривает себя прежде всего как «provokatora», направляющего свое вмешательство (интервенции) на расширение возможностей выбора для системы. Будут ли результатом его деятельности новые модели поведения — дело самой организации. С этих позиций диагноз никогда не будет окончатель-

\* Здесь под термином «развитие» следует понимать более привычное для наших читателей словосочетание «оптимизация работы», «оптимизация процессов». Автор перевода, однако, оставляет за собой право здесь и далее по тексту учебника использовать термин «развитие».

\*\* *Coaching* — технический термин, который на терапевтическом жаргоне означает «подвергать что-либо анализу». — Прим. пер.

ным и может быть сформулирован лишь в качестве гипотезы... Консультант, мыслящий и действующий в системном ключе, всегда будет держаться на дистанции от системы клиента и ни в коем случае не предложит односторонних изменений. Он помнит, что системы способны самоорганизовываться и что изменения и старый порядок должны оставаться в равновесии» (Hauser, 1994, с. 12).

Для успешного консультирования организаций особое значение имеют, по нашему мнению, три следующих фактора: *структурирование сверху вниз, определение цели и планирование времени.*

#### *Результаты супервизии: структурирование сверху вниз*

Первым важным вопросом при супервизии является вопрос о том, насколько автономной (независимой) является организация системы.

Вопросы:

- Что привело систему к супервизору?
- Кто первый высказал мысль о необходимости в супервизии?
- Кто непосредственно финансирует систему и каково его (ее, их) мнение о процессе супервизии?
- Согласован ли вопрос об обратной связи при супервизии?

В организациях с четко выраженной иерархией или при ощутимой заинтересованности финансирующей стороны (которая, оплачивая все мероприятия, так или иначе является частью соглашения), консультанты должны обсудить цель супервизии не только с командой, с которой они работают, но и с руководством организации в целом (Gotthard-Lorenz, 1990). Поэтому еще *до начала* супервизорской работы необходимо выяснить, готовы ли ответственные лица взять на себя обязательства по внедрению результатов супервизии, а если готовы, то каким образом.

Если между командой (сотрудниками организации) и администрацией существуют разногласия относительно цели супервизии, то на этом этапе (его еще называют контрактом) работу необходимо сосредоточить лишь на этих разногласиях. Консультант не принимает условий контракта до тех пор, пока

команда и администрация не согласуют между собой, с какой целью и почему руководство организации будет платить за беседы с супервизором: «Самое важное происходит еще до начала супервизорской работы» (Klinglmair, 1991, с. 94). Уже на этом этапе становится ясно, что некоторые разногласия в позициях не способна преодолеть никакая супервизия. В такой ситуации супервизия не состоится, и это поможет избежать ненужной траты усилий и времени.

Приведем один «неудачный» пример: я (Й. Швайтцер) консультирую филиал одного небольшого психосоциального концерна и пытаюсь найти решение для специфической проблемы взаимодействия его сотрудников. Постепенно становится ясно, что центральный офис беспрестанно вмешивается — причем абсолютно непрогнозируемо — в будничные дела филиала и мешает ему создать четкую организационную структуру. За полтора года консультирования удалось выстроить желаемую организационную структуру, и в новых рамках взаимодействие сотрудников филиала значительно упростилось. Теперь уже новая администрация центрального офиса поддерживает филиал. Я завершаю свою работу. А еще через полгода мне звонят. Новый шеф филиала спрашивает, не мог бы я вновь провести супервизорскую работу. Предыдущего шефа попросили уйти, так как он, оказывается, потребовал четкости и структурированности от обновленного центрального офиса и... спровоцировал новое позиционное противостояние в организации.

Если вначале сосредоточиться лишь на переговорах с верхушкой организации и только с ней обсуждать цель супервизии для отдельного подразделения, то существует угроза втянуться в консультирование управленческих структур, в коучинг или в грандиозные проекты перестройки организации в целом. Но тогда без супервизорской поддержки останутся отдельные подразделения и процессы децентрализации. Этого мнения придерживается, в частности, П. Фюрстенау (Fuerstenau, 1990): он полагает, что запрос на супервизию в любом случае указывает на изъяны в системе управления. Поэтому логично было бы вначале поработать с начальником, чтобы он сам устранил существующие недостатки, а не приглашал каждый раз «гастарбайтера» для работы с подразделениями.

Для структурирования сверху вниз необходимо выяснить следующие вопросы:

- Как будет передаваться информация о процессе супервизии (но ни в коем случае не о содержании и не об участвующих!) «вверх» — в управ-



ленческие и финансирующие инстанции, и будет ли передача информации регулярной и соответствующим образом организованной?

- Каким образом можно выяснить, какие «перестройки» будут поддерживаться и обеспечиваться теми или иными управленческими структурами?
- Как информировать подразделения, в которых ожидаются организационные изменения? (Цит. по: Klinglmair, 1991, с. 98.)

### *Определение цели*

#### *вместо направленности на проблему*

Супервизию следует проводить с учетом противоречивых потребностей и желаний клиентов. Центральное положение такой работы состоит в формулировании цели и сосредоточении внимания на представлениях об этой цели (Schmelzer, 1995); их записывают во время первых занятий на большом листе бумаги (см. раздел 12.4).

#### **КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛИ:**

- *положительные формулировки*, например: «Чего вы хотите?» вместо: «Чего вы не хотели бы? Что вам мешает?»;
- *четкие и ясные определения*, например: «Как это должно выглядеть?» вместо: «Меньше X, больше Y»;
- *наглядное представление, понятное каждому*: «Как супервизор (шеф, сотрудники) сможет (смогут) узнать, что цель достигнута?»;
- *достижение результата собственными силами*: «Может ли субсистема (команда, подразделение) достичь цели лишь благодаря собственной компетентности? Достаточно ли для этого ее собственных профессиональных, персональных и финансовых ресурсов?»;
- *принадлежность к контексту (ситуативность)*: «Отвечает ли цель общей культуре менеджмента? Можно ли согласовать ее с целями всей организации?».

Лист с написанными целями можно отложить, но так, чтобы их можно было увидеть и при необходимости снова положить на прежнее место. Это предоставляет множество возможностей для обыгрывания ситуации: цели можно спрятать в сейф, чтобы они превратились в «сладостное искушение»; сделать из них «дамоклов меч» — повесить лист под потолком или над столом, чтобы он раскачивался над головами.

Определение цели и ее наглядное представление необходимы для сравнения (от занятия к занятию) значимости насту-

пивших изменений с целями, зафиксированными в начале супервизии. Это позволяет задать следующие вопросы: достигнута ли поставленная цель или от нее уже отказались; какие приоритеты по-прежнему важны; возникли ли новые цели, для которых супервизия уже не нужна? После каждого расспроса (оценки) рекомендуется выяснить (или же поставить под сомнение) необходимость дальнейшей супервизорской работы: стоит ли ее продолжать; нужна ли она? Теоретически можно сказать, что консультирование команды (подразделения) постоянно ожидает своего завершения.

### *Планирование времени: гибкое завершение*

Консультирование подразделений и организаций, предусматривающее фазу завершения, ориентируется на цель, но свои временные рамки планирует довольно гибко. Возможности такого планирования включаются в контракт: обычно не принято договариваться ни о фиксированном, ни о минимальном количестве занятий. Скорее, наоборот: в договор включается максимальное количество часов, при котором можно (но не обязательно нужно) получать пользу от консультативной работы. Число занятий варьирует от 3 до 15. Такое соглашение включает в себя некоторые ожидания: необходимые изменения (реформы) можно получить на ограниченном и предсказуемом отрезке времени. Это означает также, что на работу не следует тратить больше времени, чем необходимо.

Однако указанное максимальное количество занятий можно растянуть во времени, причем, как свидетельствует наш опыт, надолго — до года или полутора. В шутку можно договориться с клиентами (организациями), что последние две-три консультации (занятия) они могут растянуть вплоть до выхода супервизора на пенсию. Это предусматривает необязательность быстрых изменений в супервизируемой организации или же их нереальность вообще, а также свободу выбора — принимать или не принимать предложенные реформы.

Консультирование организаций, подобно терапии, предусматривает различные виды контракта (раздел 4.6) и далеко не всегда — быстрые результаты. В некоторых случаях запрос на супервизию ограничен потребностью в поддержке в течение ограниченного отрезка времени (как, например, для больных

раком или умирающих пациентов). Вместе с тем не следует превращать в догму ни кратковременную работу, ни попытки превратить супервизию в «бесконечную историю» (см. также: Simon, 1991b). *Цель любой супервизии сводится к тому, чтобы доказать свою ненужность.*

По нашему мнению, супервизии, будучи для команд (подразделений) всегда фрагментом некой концепции или теоретического направления, могут оказаться менее полезными (если их навязывают извне), чем отдельные, ограниченные во времени мероприятия, которые коллектив нашел для себя самостоятельно. Наконец, супервизия может стать способом избегать конфликтов: любую чрезмерно сложную ситуацию можно отложить и «перенести» на супервизорский час, во время которого участники получают шанс обсудить конфликт. Понятно, что, имея такой шанс, никто не будет лишним раз «таскать горячие камни из огня» без супервизорской поддержки.

Дистанция между отдельными супервизорскими занятиями должна устанавливаться экспериментальным путем: коллектив должен сам определиться, насколько необходимо проводить последующие занятия.

Железное правило супервизий звучит так: чем меньше событий в промежутках между супервизиями, тем более длительными должны быть эти промежутки (раздел 12.1).

*Начальная фаза супервизии:  
оценка реального состояния команды  
(коллектива)*

Для супервизорской работы можно использовать весь репертуар системного консультирования — скульптуру, рефлексивную команду, циркулярные вопросы и т. п. Все эти техники применяются для оценки состояния системы, подвергаемой супервизии (отдельные вопросы для этого см.: Gester, 1992; креативные упражнения и задания — Brandau & Schueers, 1995). Супервизорские вопросы должны быть направлены на оценку текущего состояния организации и ее рабочего пространства; самые важные подсистемы формируются на основе иерархических и специфических отличий, в зависимости от функциональных заданий и уровня зарплаты. Таким образом, возможности сотрудничества этих подсистем будут зависеть от влияния тех или



нных переживаний членов команды (коллектива подразделения) на их самооценку. Зависть, недостаточное признание могут стать важными индикаторами работы коллектива.

Предлагаем некоторые существенные вопросы для составления контракта на супервизию:

- Почему необходимость в консультировании возникла *именно теперь* и почему для проведения консультаций был выбран именно этот супервизор?
- Кто был инициатором супервизии? Что он ожидает в первую очередь?
- Кто поддерживает проект, кто относится к нему скептически?
- Кто из членов команды (коллектива) заинтересован в изменениях (реформах) больше чем на 50%?
- Проводились ли подобные мероприятия раньше? Как они проходили?
- Какие у кого заказы (включая отсутствующих)?
- После выяснения соответствующего ситуационного контекста можно приступать к постановке вопросов о существующих отношениях в команде (коллективе) или, как еще принято говорить, о коллективной культуре подразделения.
- Попробуйте найти соответствующую метафору, которая могла бы описать вашу команду (коллектив)?
- Каких неудобных (неприятных) вопросов я должен (-на) избегать?

Вот примеры таких «неудобных» вопросов:

- С кем из вас я должен объединиться, чтобы «завалить дело»?
- Кто и как видит в вашем коллективе самые проблемные (самые стабильные) отношения?
- Кто находится в состоянии наибольшей (наименьшей) конкуренции? О чем идет речь (успехи, достижения, почет, уважение, любовь)?
- Кто считает себя самым компетентным?
- Кто первый уйдет из коллектива (команды) и почему? Кто останется дольше всех?
- Как вы думаете, кто из ваших коллег является «серым кардиналом»?

### *Как помешать работе*

При проведении системной супервизии часто возникает вопрос: что необходимо сделать для того, чтобы «завалить» работу? Ниже в таблице представлено, каким образом этому могут способствовать консультанты. Подобный метод консультирования, провокационно названный «опиумом для народа» (Schweitzer, 1996) и сведенный к успокаивающему, лишенному

какой-либо эффективности одурачиванию, противопоставляют рассудительно-стимулирующей, ограниченной во времени системной супервизии. Особенностью ее стиля и атмосферы является трезвость, она не только способствует усилению эмоциональных переживаний во время супервизорских занятий, но прежде всего стимулирует идеи для максимально простых решений сложных проблем.

С другой стороны, для системной супервизии слишком серьезный стиль и не требуется: здесь нет цензуры, часто можно услышать смех, различные истории, шутки и анекдоты, нетривиальные вопросы и мысли. Излишняя серьезность не способствует свободному фантазированию участников процесса. Поэтому в системной супервизии охотно приветствуются коллективные фантазии о совершенствовании практических мероприятий.

#### **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КОЛЛЕКТИВОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ: ИНСТРУКЦИИ О ТОМ, КАК «ЗАВАЛИТЬ» РАБОТУ**

- 1) Необходимо договориться с теми из присутствующих, кто не равнодушен к проблемной ситуации, и отобрать тех, кто имеет минимальное влияние на организацию.
- 2) С ними необходимо «навести контакты»; желательно пригласить в кафе или в другую интимную обстановку и здесь с эмпатией выслушать все их жалобы на организацию.
- 3) Для укрепления доверительных отношений можно использовать кофе, чай, пирожные, свечи и т. п.
- 4) При этом необходимо постоянно демонстрировать свою заинтересованность: «Как вы себя чувствуете?»
- 5) Все структурные особенности организации, ее правила и методы давления необходимо переформулировать как недостатки межличностных отношений.
- 6) Необходимо придерживаться двухнедельных, а в идеальном случае — недельных перерывов между сессиями.
- 7) Нужно избегать расспросов о событиях между сессиями. Кроме того, необходимо начисто забыть о первичной цели супервизии и вместо нее каждый раз выдумывать другие, новые цели.

#### **13.5. Шеф в поисках совета:**

##### **коучинг руководящего персонала**

Понятие «коучинг» стало популярным в середине 1980-х годов. В консультирование организаций это понятие пришло

из области спорта, а именно — из системы подготовки ведущих спортсменов (Rauen, 1996). В качестве специфической концепции консультирования коучинг имеет сегодня несколько значений (Hauser, 1991):

- консультирование руководящего персонала (управления) супервизором-наблюдателем, не состоящим в штате организации\* и производящим наблюдение «со стороны»;
- консультирование, которое проводят собственные специалисты, способные предложить более широкие возможности управления;
- консультирование подчиненных административным персоналом.

Интерес к коучингу в сфере менеджмента обусловил постепенные изменения в социальном сознании: во-первых, выяснилось, что качество управления неразрывно связано с личностным ростом каждого из сотрудников; во-вторых, уменьшился страх перед необходимостью обращаться за психологической поддержкой. В техническом плане коучинг предусматривает рефлексирование конфликтов в организации сквозь призму собственного участия и собственных возможностей. Сюда же относится и конфронтация с игнорированием заданий руководства организации.

#### *Пример*

Во время коучинга руководителя одного из консультативных пунктов по коррекции поведения подростков прорабатывались следующие типичные позиции управленческих заданий:

- руководство и контроль персонала;
- опека персонала;
- оптимизация работы персонала;
- концептуально-содержательное наполнение управления, определение цели при консультировании подростков;
- общественная работа;
- материальное обеспечение консультационного пункта;
- сотрудничество с коллективом при консультировании конкретных случаев.

С помощью простых методов (распределение времени и усилий: сколько процентов своего времени и усилий я трачу на выполнение каждого задания?) указанный список заданий был сопоставлен с расписанием дня руководителя консультацион-

\* Сейчас все чаще используется понятие *внешний консультант*. — Прим. науч. ред.



ного пункта. Это дало возможность увидеть, что он явно пренебрегал некоторыми аспектами своей работы. В связи с этим финансирующие инстанции высказали справедливое недовольство, считая, что руководитель консультационного пункта слишком много времени посвящает терапии и не проявляет достаточной заинтересованности в организационных аспектах работы.

### *Коучинг с помощью внешнего консультанта*

В данном случае консультант предлагает свои услуги в качестве нейтрального стороннего лица. Такой процесс коучинга подобен терапевтическому процессу, когда тесно переплетаются личностные и профессиональные проблемы. Как и при терапии, при использовании этого метода коучинга речь идет о коррекции восприятия ситуаций, стимулировании процессов самоорганизации (Hauser, 1991, 1993) и самоуправления (Schreyoegg, 1994). Однако, в отличие от терапии, при составлении коучинг-контракта предусмотрена определенная граница обсуждения личностных проблем (например, работа с «жизненной кривой», биографией, выраженными эмоциональными состояниями и т. п.). Еще одним отличием от терапии является четкая и однозначная позиция консультанта, обязанного давать открытую обратную связь, когда у клиента возникают «слепые пятна» (Lenz & Osterhold, 1994).

Особую роль в коучинге играет процесс формирования контракта (так называемый контрактинг). Подобно системной работе с любыми клиентами, основной вопрос в начале консультирования звучит так: «Кто является моим заказчиком?» Наиболее оптимальным и четким будет контракт, при котором клиент выступает одновременно и в роли заинтересованного лица, и в роли того, кто оплачивает услуги. Правда, коучинг часто оказывается предписанным и навязанным; тогда формирование рабочего альянса может оказаться довольно проблематичным.

Однажды клиенту, который чувствовал себя обиженным в связи с новым назначением, эффективно помогла информация, полученная им при проведении коучинга: когда клиент узнал, сколько фирма заплатила за его консультацию, он подумал: «Вот это да! Так, значит, я для них настолько важен, что они готовы отвалить кучу денег, лишь бы только я остался в фирме!»

Необходимо также выяснить, какое значение имеет консультирование для начальника, особенно в том случае, когда за все платит фирма. Для сотрудников среднего управленческого звена важно знать, что их консультирование получит поддержку со стороны шефа. Иногда нужно провести предварительную подготовительную работу (бесплатно); частично ее стоимость может быть оплачена за счет самого клиента (а не фирмы). В целом же основное правило гласит: пока не выяснены детали заказа — нет контракта; пока не заключен контракт — нет консультирования.

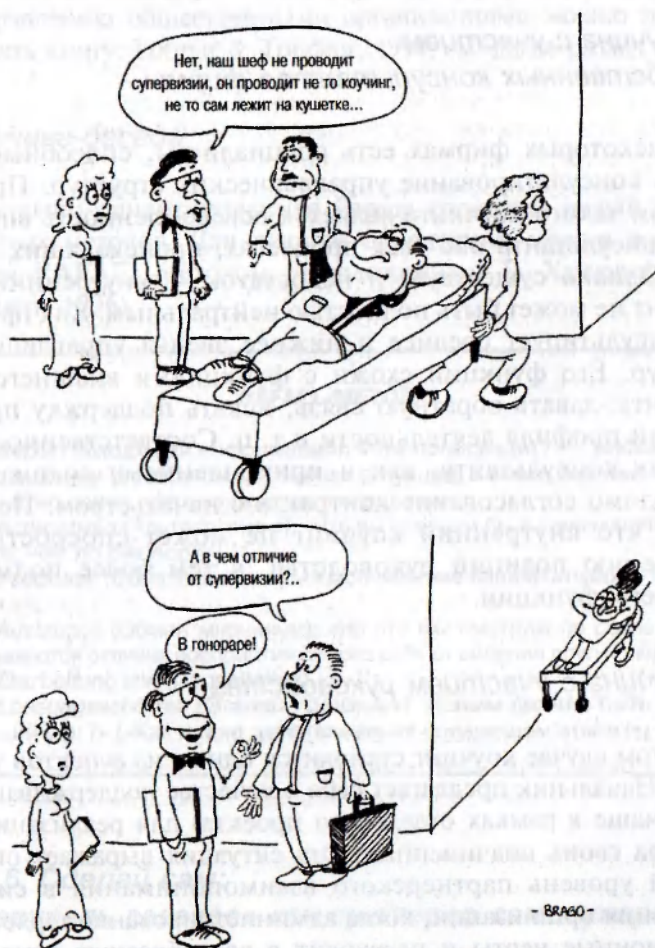


Рис. 19. (По: Brandau, 1991, с. 92.)

Э. Хаузер (Hauser, 1993) предлагает различать *формальную* (время, место, оплата) и *содержательную* стороны контракта. При выяснении содержательной стороны он считает целесообразным получить ответы на следующие вопросы: достаточно ли у клиента мужества: а) для критического самоанализа существующей ситуации; б) для сотрудничества в поисках собственного вклада в патовые ситуации; в) для использования результатов консультирования?

#### *Коучинг с участием собственных консультантов фирмы*

В некоторых фирмах есть специалисты, способные проводить консультирование управленческих структур. Преимуществом такого коучинга является осведомленность внутреннего консультанта обо всех процессах, происходящих в системе. Однако существует и недостаток — внутренний консультант не может быть полностью нейтральным. Как правило, он консультирует среднее и нижнее звенья управленческих структур. Его функции схожи с функциями внешнего консультанта: давать обратную связь, искать поддержку при изменении профиля деятельности и т. п. Соответственно, внутреннему консультанту, как и приглашенному специалисту, необходимо согласование контракта с начальством. Понятно также, что внутренний коучинг не может способствовать ослаблению позиций руководства, а тем более подменять собой его функции.

#### *Коучинг с участием руководства*

В этом случае коучинг становится одним из аспектов управления. Начальник предлагает себя в качестве поддерживающего звена (чаще в рамках отдельного проекта) для реализации потенциала своих подчиненных. Эта ситуация выражает определенный уровень партнерского взаимопонимания в системе управления организации, когда администрирование теряет свои традиционные черты и переходит в своеобразную атмосферу общих инвестиций в совместную реализацию потенциала всех сотрудников (Rauen, 1995).



При таком виде коучинга необходимо особое внимание обращать на *доверие* как базовую предпосылку любого консультирования. Без доверия (Weidlich, 1995) процесс консультирования становится невозможным. И если между разными уровнями управленческой структуры существуют недоразумения и недоверие, то следует вначале выяснить, имеет ли смысл вообще проводить коучинг. Наилучшими предпосылками для этого вида коучинга являются гибкость иерархических отношений в организации, ориентированное на цель управление, командные формы работы и т. д. (по управлению общественными организациями можно порекомендовать книгу: Lotmar & Tondeur, 1994; см. далее раздел 14.5).

### *Коучинг-беседа*

Системно-ориентированная беседа содержит целый спектр системных методов. Для лучшей ориентации можно воспользоваться RAFAEL-методом, предложенным Э. Хаузером (цит. по: Rauen, 1996).

#### **RAFAEL-МЕТОД**

**Report** (Входящая информация): «Что происходит?» — информация о видении (восприятии) и оценке ситуации, а также собственного к ней отношения, что выражается в поведении.

**Alternativen** (Альтернативы): «Что вы сделали бы в следующий раз иначе, чем до сих пор?»

**Feedback** (Обратная связь): «А мое видение вашей ситуации таково...»

**Austausch** (Обмен мнениями): «На что мы смотрим по-разному?» (называются отличия восприятия самого себя от видения других людей).

**Erarbeitung von** (Проработка).

**Loesungsschritten** (Этапные решения): «Каким должен быть следующий шаг?» («Как нужно действовать на следующем этапе?»)

### **13.6. Сделай сам:**

#### **«карусель заказов» как средство самосупервизии**

Важным элементом для выяснения контекста терапевтического процесса (в самом начале или в разгар работы) является

уточнение заказа, полученного от клиента и принятого к работе. Нередко приходится затрачивать усилия на выполнение явно противоречивых заказов, что вызывает ощущение тупика в терапии, консультировании или супервизии. Поэтому, чем раньше будут выяснены все нюансы заказа, тем быстрее будет обеспечивать свобода действий консультанта. В таких случаях метод «карусели заказов» может стать одной из техник выбора (von Schlippe, 1990, 1992, 1996b). Эту технику можно использовать при индивидуальной или групповой работе. Она ускоряет пересмотр всех явных и скрытых заказов системы, не только нуждающейся в решении конкретной проблемы, но и имеющей «свой взгляд» на существующее положение. Модификацией этого метода может служить также техника «вечеринка внутренних частей «Я», предложенная В. Сатир (см.: Klockmann, 1992).

### *Явные и скрытые заказы*

Сложности, возникающие при уточнении совокупного заказа, часто бывают связаны с тем, что в системе параллельно существуют как явные («Нам необходимо улучшить отношения в коллективе»), так и скрытые *требования к консультанту* («А еще, кроме этого, нужно избавиться от X; имей в виду: это единственный способ оздоровить ситуацию, поэтому возьми на себя ответственность за его отстранение от дел!»). Порой скрытые заказы остаются неосознанными и выяснить их до начала консультирования невозможно. Если же раскрыть их с помощью других техник (например, циркулярных вопросов) не удастся, то следует использовать метод «карусели заказов».

### *Техника проведения*

Эту технику можно продемонстрировать на примере собственной супервизии консультанта в супервизорской команде. В ситуации, когда необходимо принять ответственность за заказ, рекомендуется следующий арсенал технических шагов, которые при необходимости можно чередовать.

1. *Создание соответствующего пространства*  
Обеспечьте помещение, в котором вы сможете беспрепятственно работать около полутора часов. Примите медитативную позицию по отноше-

нию к консультируемой команде (коллективу). Спросите себя, отбросив какую-либо цензуру: сколько человек и кто понадобится мне для оценки и понимания ситуации? Пригласите необходимые внешние и внутренние фигуры (см. ниже п. 2), приготовьте для каждого отдельный стул (стол, подушку и т. п.) и положите на него лист бумаги с соответствующим именем.

## 2. *Внешняя и внутренняя система, имеющая проблему*

Далее необходимо сосредоточить внимание на людях, имеющих прямое отношение к процессу, с которыми у вас нет непосредственного контакта: система может включить их в проблему. Кроме того, важно помнить, что вопросы, связанные с участниками команды (коллектива), переплетаются с вопросом о месте супервизорской группы в иерархии организации: кто влияет на процесс супервизии, какие детали заказа выражаются прямо, а какие — косвенно.

Систему с ее проблемами составляют не только те, кто находится вовне, но и «внутренние представители», то есть те, кто отображает критические и поддерживающие части вашего собственного «Я». Поэтому, задавая вопрос, обращайтесь как к внешним, так и к своим внутренним репрезентантам. Это фигуры (лица), которые играют важную роль в вашей собственной биографии: строгий, требовательный отец или бабушка, готовая всегда прийти на помощь. Но сугубо внутренние части вашей личности — «адвокат и защитник ребенка» (Broenpke et al., 1992), «внутренняя феминистка». В. Сатир в своей технике «вечеринка внутренних частей» требует от клиентов выбирать для представления своих особенностей и внутренних частей «Я» сказочных героев, актеров кино, политиков, исторических персонажей и т. п. Соберите вокруг себя всех возможных персонажей и не забудьте включить в это окружение поддерживающих вас внутренних и внешних репрезентантов (например, партнера/партнершу, который/которая говорит: «Мне все равно, как ты решишь свою проблему! Ты мне нравишься при любых обстоятельствах!»). Не забудьте также о вашей *внутренней творческой части*, которой удалось разрешить уже не одну проблему.

## 3. *Сосредоточенность на заказе*

Следующий шаг: попытайтесь вступить в контакт со всеми присутствующими персонажами, усаживаясь по очереди на стул каждого и идентифицируясь с ним. Приблизиться в своих переживаниях к этим персонажам и одновременно избежать рационального их понимания вам поможет техника гештальт-идентификации. Этот способ идентификации облегчает формулирование гипотез, касающихся явных и скрытых заказов. Постарайтесь завершить процесс идентификации с каждым из персонажей четкой и короткой фразой, которая касалась бы как явного, так и скрытого заказа: «В нашей команде должно быть как можно меньше стрессов!» — «Постарайся, чтобы мой шеф признал меня!» — «Выкинь отсюда X!». Понятно, что для таких формулировок стоит заручиться помощью кого-то из участников группы.



4. *Путь длиною в 1000 миль начинается с первого шага: распределение объема работы*

Следствием процесса разных идентификаций может стать (собственно, так и бывает в большинстве супервизорских и терапевтических случаев) то, что вы можете вдруг почувствовать собственное бессилие и несостоятельность перед необходимостью выполнения противоречивых заказов: «Нет, с этим мне никогда не справиться!». Все это переживается как нечто слишком сложное, не поддающееся упрощению. Именно сейчас необходимо вспомнить упомянутую в заголовке китайскую поговорку и начать процесс дифференциации. Возьмите свой стул и сядьте по очереди напротив каждого персонажа. Обратите внимание на то, что вы способны выполнить и что не можете: «В этой форме я заказ не принимаю! Но я могу дать вам несколько предложений!» Иными словами, нет необходимости выполнять любые заказы. Можно противопоставить им собственные предложения — правда, лишь в том случае, если заказы окончательно выяснены.

5. *Внедрение в практику*

Предложенный метод «карусели заказов» позволяет консультанту обновить собственный репертуар. Практическое значение этого метода трудно переоценить в двух особых ситуациях: при слишком проблемных заказах и при слишком «упрямых» внутренних частях «Я».

При наличии чрезмерно противоречивых заказов необходимо супервизировать всю систему полностью методом открытой тематизации. Такая ситуация свидетельствует прежде всего о недостаточно уточненном контракте. Окончательное выяснение контракта может иметь два последствия: или работа будет прекращена, или же супервизия будет продолжена в другой плоскости и с другими людьми.

При слишком «упрямых» внутренних репрезентациях необходимо прежде всего прийти к пониманию. Например, если в организации (команде, коллективе) есть «внутренний обесцениватель» (равнодушный, штрейкбрехер) и если он готов встретиться в другое время и в другом месте для отдельной супервизии, нужно найти для него такую возможность и обменяться с ним аргументами (свое обещание провести индивидуальную супервизию следует выполнить при любых обстоятельствах!).

### **13.7. Сотрудничество с большими системами: конференция семейных помощников**

Во всех описанных до сих пор формах сеттинга мы рассматривали работу с социальными системами, имеющими достаточно четкие внешние границы: индивидуальными клиентами, семьями, командами (коллективами) и организациями. Сеттинг двух последних предназначен для решения проблем меж-

ду системами, если между ними нет почти никакого непосредственного взаимодействия, но каждая из них именно поэтому постоянно мешает работе или срывает планы и обесценивает результаты другой.

Классический пример — отношения между семьей и разными социальными службами. Такие отношения описываются как «взаимосвязь семья-школа» («*Family-School-Interface*», Aponte, 1976), «сеть семей и организаций» («*Family and Agency Network*», Adams, 1979), «напряженность между семьей и другими консультативными организациями» («*Spannungsfeld zwischen Familien und anderen beratenden Institutionen*», Rotthaus, 1986), «система помощи семьям» («*Family-Helfer-System*», Schweitzer, 1987). Речь идет, с одной стороны, о проблемных семьях, а с другой стороны, о многочисленных службах, каждая из которых считает себя вполне компетентной, но *все вместе* они влияют на семью непродуктивно или даже вредят. При этом такие отношения мешают как семье, так и сотрудникам консультативной службы. Естественно, подобная ситуация не приносит пользы ни тем, ни другим.

*Примеры:*

- Ребенок мешает всем в классе. Учительница усматривает в деструктивном поведении ученика проявление семейного конфликта и направляет подростка в специализированную консультативную службу. Там родители заявляют, что их ребенок ведет себя дома безупречно; они считают, что слишком неуравновешенная учительница просто-напросто перегружает детей своими требованиями. И что им, родителям, теперь делать в ситуации, которую они для себя объяснить не могут?
- Мальчика 14 лет, который живет в интернате, направляют в подростковое отделение психиатрической клиники из-за его склонности к насилию. После некоторых успехов в лечении наступает ухудшение. При этом выясняются следующие обстоятельства: воспитатели интерната не могут прийти к соглашению, возвращать ли мальчика после завершения терапии назад в интернат. Разведенные родители оспаривают в суде свои права на сына. Посещая мальчика по выходным, отец оказывает на него давление, сомневаясь в целесообразности его пребывания в клинике. Сотрудники подросткового психиатрического отделения переругались между собой, не зная, должны ли они серьезно относиться к опасным поступкам своего подопечного.
- Гастарбайтера-эмигранта лет 60 направляют с жалобами на непонятные боли сначала в ортопедическое, а затем в неврологическое отделение. Четырнадцать дней пребывания в больнице не дали никаких результатов. На пятнадцатый день его планируют выписывать. Чтобы чего-



то не упустить, невропатологи в последний день направляют пациента в психосоматическое отделение, чтобы там его еще раз обследовали. Пациент поступает в психосоматическую клинику вне себя от злости: во-первых, потому, что у него до сих пор ничего не нашли, а во-вторых, из него еще и сделали сумасшедшего.

Если клиенты попадают в подобные перипетии, то есть когда недоразумения между организациями, имеющими отношение к клиентам, становятся слишком разительными, целесообразно устроить системную консультацию всех участников процесса. Самой эффективной формой консультирования будет супервизия с участием внешнего специалиста, не вовлеченного во все перипетии и противоречия и способного занять в консультативном процессе метапозицию.

Одним из усовершенствованных примеров этой техники является предложенная Эваном Имбер-Блэком (Evan Imber-Black) (1992) модификация работы с внешним консультантом, названная им «Интервью семьи в контексте более широкой системы».

#### **УКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРВЬЮ СЕМЬИ В КОНТЕКСТЕ БОЛЕЕ ШИРОКОЙ СИСТЕМЫ**

1. *Предварительное обсуждение:*
  - Помощник семьи излагает ход предшествующих событий.
  - Консультант и терапевтическая команда (если она присутствует) высказывают предварительные гипотезы; помощник в это время отсутствует.
2. *Интервью*
  - Кто вовлечен в ситуацию? Сколько человек?
    - Как давно?
    - Когда и при каких обстоятельствах в ситуацию был включен помощник (-и)?
  - Определение проблемы:
    - В чем состоит проблема? Кто кого обвиняет в наличии проблемы?
    - Кто первый заметил проблему?
    - Кого первого затронула проблема?
  - Распределение ролей:
    - Как представляет свои задания каждый участник?
    - Что сделал бы каждый в первую очередь? Кто что может сделать?
  - Мысли (впечатления) об успехах, достигнутые помощником (-ами):
    - В настоящее время: есть ли успехи или дела стоят на месте; возможно, стало еще хуже?



- Удалось ли помощнику улучшить ситуацию или же он ее еще больше усложнил?
  - Кому помощник (-и) помог (-ли) больше всего?
  - Кого больше всего радуют успехи? Кто больше всего пострадал от безуспешного решения ситуации?
  - Какая помощь оказалась наиболее эффективной?
  - Кто рассматривает дальнейший ход событий с оптимизмом, а кто пессимистически?
  - Мнения о семье и помощниках:
  - Кто из членов семьи рассматривает помощь извне как необходимую интервенцию (включая отсутствующих членов семьи)?
  - Что думают помощники о пользе их помощи для семьи?
  - Что они думают о потребности семьи в помощи?
  - Альтернативы:
  - Что будет, если проблема разрешится сама собой?
  - Что будет, если проблема останется неразрешенной в течение года (2,5 лет)?
  - Что будет, если прекратится любая помощь?
- Последний вопрос можно уточнить:
- Для кого эта ситуация оказалась бы самой болезненной?
  - Пошло ли бы это на пользу пациенту (клиенту) или скорее навредило?
  - Для кого бы это означало наибольшие изменения?
3. *Заключительное обсуждение (консультант и команда)*
- Формулировка новой гипотезы о функциях симптомов в системе «семья-помощники».
  - Планирование интервенции.

В качестве интервенций рассматриваются положительные коннотации; рекомендации по проведению ритуальных действий или изменению состава участников терапевтической беседы, а также рассылка протоколов занятия всем его участникам (цит. по: Schweitzer, 1987a, с. 82).

### *Без внешнего консультанта: конференция семьи с помощниками*

Если не удастся найти внешнего консультанта, то эту роль не должен брать на себя присутствующий терапевт. Коллеги могут не простить ему этого: тот, кто находится с ними «в одной лодке», не должен изображать внешнего консультанта.

Для таких ситуаций Й. Швайццер и его коллеги (Schweitzer et al., 1986, 1987b) предложили специальную форму конферен-

ции семьи с помощниками. Клиника просит всех, кто имеет отношение к госпитализации подростка, *помочь ей* выяснить, для какой цели и с помощью каких средств она может предоставить свои услуги. Из числа сотрудников клиники выбирается модератор беседы. Это означает, что ему (ей) предоставляется право управлять процессом обсуждения проблемы, но запрещено давать какие-либо комментарии и интерпретации, а также предлагать интервенции (ритуалы, эксперименты, задания и т. п.), то есть занимать метапозицию.

Типичный вариант этой техники представлен в следующей таблице.

#### **КОНФЕРЕНЦИЯ СЕМЬИ С ПОМОЩНИКАМИ**

созывается в подростковом психиатрическом отделении для решения вопроса о госпитализации подростка, который воспитывается в интернате:

1. *Выяснение ситуации:* вначале мы интересуемся (по телефону или с использованием соответствующей документации), кто мог бы оказать влияние (как положительное, так и отрицательное) на стационарное лечение, и приглашаем все причастные к этому стороны: пациента (в данном случае подростка), двух-трех его родственников, двух-трех представителей интерната, сотрудника службы по работе с подростками, одну из учительниц, одного воспитателя (или воспитательницу) и одну медсестру из клинического отделения.
2. *Определение проблемы и предложения по ее решению:* каждого из участников конференции мы спрашиваем о его видении проблемы, о возможных идеях и предложениях по ее решению, а также о его отношении к позиции других участников дискуссии.
3. *Уточнение позиций:* участники обсуждают разные точки зрения и при благоприятном ходе дискуссии достигают согласованной позиции. Если согласия не удастся достичь, мы переходим к следующему шагу.
4. *Циркулярные, гипотетические вопросы о последствиях противоречивых способов разрешения системной проблемы,* что дает возможность участникам конференции предусмотреть «расщепление» целостной системы. При благоприятном ходе дискуссии и коррекции неконструктивных позиций участников мы переходим к следующей стадии.
5. *Формулирование контракта:* мы пытаемся договориться со всеми участниками о дальнейших терапевтических мероприятиях. Это могут быть амбулаторные беседы с подростком или его возвращение в интернат, или же попытка жить с родителями, или стационарная терапия с четко установленной целью и сроками пребывания в отделении. Если на этом этапе не удастся достичь консенсуса, то мы обсуждаем со всеми участниками конференции иные возможности выяснения ситуации.

6. *Рассылка протокола*: после дискуссии мы рассылаем (по согласованию со всеми присутствующими) протокол всем приглашенным, которые не смогли прийти на конференцию. Часто мы получаем от них ответы о том, как они могли бы вести себя в нашей ситуации (цит. по: Schweitzer, 1987b, с. 251).

## 14. Прикладные аспекты

Для большинства профессионалов, работающих в сфере услуг, содействие самоорганизации коллектива или учреждения — далеко не единственный стимул для работы. Эта категория профессионалов должна, в частности, уметь предложить то, чего не хватает клиентам в данное время. Например, деньги (в системе социальной помощи), костыли (в травматологии), антибиотики (в медицине), контроль над выполнением домашних заданий (в группах продленного дня), содержание за решеткой (правоохранительные органы), повышение зарплаты или предупреждение об увольнении с работы (администрация). В сфере услуг так же успешно можно использовать системные подходы:

- Значительным облегчением в сотрудничестве со специалистами сферы услуг является нацеленность на положительные (непротиворечивые) отношения: кто и кому поручает; какое задание; что означает это задание (эти мероприятия) для других подразделений системы, внутри которой возникла проблема; кто из этого подразделения готов сотрудничать, а кто — демонстрировать сопротивление, давая понять, что он (они) не соглашаются с предложенными мероприятиями?
- Полезно также, чтобы специалист в сфере услуг мог реально оценивать и перепроверять последствия своих действий по отношению к системе клиента: стоит ли действовать как раньше; нужно ли обосновать свою бездеятельность или лучше придумать что-нибудь новое (например: оправдывает ли себя проведенная операция и будет ли иметь благоприятный прогноз рекомендованная диета, специальное занятие или изменение места заключения)?
- Решение проблемы значительно облегчается за счет сотрудничества профессионалов «извне» с дирекцией школы, вспомогательным медперсоналом, инженерным персоналом, экспертами по семейным вопросам,



секретаршами, юристами и т. п. Рассматривая всех их как часть общего контекста проблемы, не следует игнорировать их потенциал при решении поставленных клиентом вопросов.

При поисках тех или иных решений в сфере услуг системный подход является не столько исходной, «первичной» техникой, сколько перспективным вспомогательным средством. Ниже мы остановимся на некоторых избранных аспектах прикладного применения системного подхода, когда системная работа используется *за границами традиционной терапии и консультативной помощи*. Понимая, что при беглом изложении материала невозможно охватить все вопросы, мы ограничимся детальным обзором публикаций на эту тему. Кроме того, мы не будем останавливаться на классических прикладных направлениях, упомянутых нами ранее, — консультировании в области педагогики и воспитания подростков, семейном консультировании (Hahn & Mueller, 1993), а также психотерапевтической практике в психосоматической клинике. Эти аспекты прикладного применения системного подхода мы сознательно не включаем в дальнейшее рассмотрение.

#### **14.1. Семейная медицина**

Применение системных концепций в соматической медицине в Германии до сих пор довольно ограничено. Однако необходимо вспомнить две важные теоретические разработки Гейдельбергской рабочей группы в области семейной психосоматики (Wirsching & Stierlin, 1982, Stierlin, 1988, Retzer, 1993, Simon, 1995) и системной терапии телесных заболеваний (например, Retzer, 1988), а также системные предложения для психосоматических стационаров (Petzold, 1979, Kroeger, Bergmann & Petzold, 1986).

Хотя внедрение этих разработок в медицинскую практику находится лишь в начальной фазе, в последние годы значение системного подхода в медицине неуклонно возрастает (см., например: Wirsching, 1983, Haeuser, 1989). В частности, Кеннинг и его соавторы (Koening et al., 1994) описали интеграционную концепцию помощи детям, больным астмой; фон Шлиппе и Лоб-Корцилиус (von Schlippe & Lob-Corzilius, 1993) предложили сочетание своей концепции с семейно-терапевтическими

беседами. Семейно-терапевтические методы в работе детской клиники рассмотрены в работе Тэйлинга (Theiling, 1995). Ульрих (Ullrich, 1995) пытался применить результаты полевых (эпидемиологических) исследований для уточнения перспектив психосоциальных концепций в работе больницы общего профиля. Одной из классических задач для семейной медицины являются расстройства приема пищи. Для ознакомления с этой проблемой мы рекомендуем работы Вебера и Штирлина (Weber & Stierlin, 1989), Шмидта (Smidt, 1989), Петцольда и др. (Petzold et al., 1990). Семейная динамика и проблемы семейной терапии больных онкологическими заболеваниями (в частности, раком молочной железы) рассмотрены в работах Гейдельбергской группы (Wirsching & Stierlin, 1981, Stierlin et al., 1983, Wirsching, 1990). Тиль (Thiel, 1995) описывает трудности, возникающие у сотрудников психосоциальных служб в работе с детьми и больными раком. Он же разработал подробные инструкции для соответствующей терапевтической беседы. Общемедицинские аспекты системного подхода можно найти в работах Вайсса (Weiss, 1998, 1999) и Фредерихса (Frederichs, 1990).

Сочетание принципов семейной терапии и общемедицинской практики значительно шире распространено в Северной Америке, где разработана специальная семейно-системная медицина. Ее основные положения можно сформулировать следующим образом:

1. Семейные врачи (врачи общей практики с дополнительным педиатрическим и акушерским образованием) сотрудничают с семейными терапевтами в рамках одной и той же амбулаторной клиники или в виде отдельных частных кабинетов (Dym & Berman, 1986).
2. В ежедневной практике врачи применяют отдельные семейно-диагностические техники, в частности генограммы (с акцентом на медицинскую информацию), а также отдельные консультативные приемы.
3. Разрабатываются и фиксируются критерии, согласно которым семейные врачи могут действовать или самостоятельно, или же они обязаны передать пациента в руки семейного терапевта. Все случаи направления к семейному терапевту должны быть согласованы с принципами семейной динамики. В отдельных случаях принятие решения о направлении к семейному терапевту может быть предметом совместного обсуждения обоих специалистов (т. е. семейного врача и терапевта) с членами семьи.
4. В многочисленных исследованиях показана роль семейных отношений при диабете, астме, нейродермите, болезни Альцгеймера, алкоголизме, соматических депрессиях, при консультировании беременных, при со-

провожении умирающих, а также при работе с травмированными детьми, пострадавшими от жестокости (см. обзор McDaniel et al., 1990, с. 16—30; McDaniel et al., 1992, с. 26—35).

5. В некоторых регионах элементы семейной терапии включены в программы специализации и последипломного образования семейных врачей.

Сотрудничество специалистов в области общей медицины и семейной терапии описано в специализированном журнале «Family Systems Medizin», издающегося с 80-х годов. Наиболее популярными учебниками в этой области являются следующие книги: McDaniel, Campbell & Seaburn (1990) — для врачей общей практики, и McDaniel, Hepworth & Doherty (1992) — для семейных терапевтов.

Важным импульсом развития в указанном направлении стало финансовое давление американской системы здравоохранения на специалистов узкого профиля (в пользу врачей общей практики). Тесные контакты врачей общей практики с семейными терапевтами (ориентированными как на краткосрочные, так и на общие оздоровительные методы помощи для всей семьи) рассматриваются как важное средство профилактики так называемой соматической фиксации, возникающей как следствие психических проблем. Не менее важным является и предупреждение хронификации проблем, возникающих вследствие неудачных стратегий лечения. От такого сотрудничества ожидается и уменьшение количества необоснованных инструментальных и технизированных (а значит, дорогостоящих) методов диагностики и лечения. Сьюзен МакДэниелс (устное сообщение, 1995) формулирует цель сотрудничества следующим образом: «Гарантировать равноценное или даже лучшее медицинское обеспечение при меньших финансовых затратах за счет совмещения усилий двух специалистов с членами семьи и, следовательно, за счет оптимизации всех имеющихся ресурсов, используемых для оздоровления». Для дальнейшего прогресса семейной медицины необходимо решить еще целый ряд задач (Herzog & Schweitzer, 1990): в теоретическом и эмпирическо-исследовательском плане — проблему дуализма «тело-душа», в практической сфере — многочисленные медико-организационные (в том числе бюджетные) проблемы. Ожидают своего решения и вопросы, связанные с формированием новой культуры сотрудничества различных служб (медицина, психосоциальные мероприятия, социальная защита и др.). В качестве од-



ного из удачных примеров такого сотрудничества можно привести консультативные службы, работающие в режиме междисциплинарных концепций (см. Theiling et al., 1994), а также созданные на их основе «Collaborative Care» (Peek & Heinrich, 1995).

## 14.2. Психиатрия

Психиатрия была одним из первых пробных камней системно-теоретических наработок (см. Dell, 1981). В частности, уже в рамках «Денверского проекта», реализованного в 1966 году (цит. по: Pittiman et al, 1981), удалось показать, что семейная терапия в виде «домашних посещений» пациента дает не худшие результаты, чем традиционное лечение в условиях клиники, то есть является альтернативой госпитальной психиатрии, к тому же более дешевой и благоприятной с точки зрения социальных последствий. Для лечения психозов Л. Уинн (Wynne, 1991) предложил концепцию системного консультирования в сочетании с психоэдукационными (учебными) и системными подходами. Особое значение для теоретических дискуссий имели работы Л. Чиомпи (L. Ciompi), которому удавалось интегрировать концепции Фрейда, Пиаже и системной теории в единую обобщающую модель. Ниже описаны три наиболее интересных направления, разрабатываемых в немецкоязычном мире:

### 1) Семейная терапия психозов

Сотрудники дневного отделения семейной терапии Гейдельбергского университета разработали теоретические и практические принципы амбулаторной системной терапии взрослых психотических больных. Особого внимания заслуживают работы Штирлина (Stierlin et al., 1986), Вебера (Weber et al., 1987), Вебера и Ретцера (Weber & Retzer, 1991), Саймона (Simon et al., 1989; Simon, 1990), Шмидта (Schmidt, 1992), Швайцера (Schweitzer, 1993), Ретцера (Retzer, 1994). Результаты специальных исследований по эффективности этого подхода представлены в разделе 16.3. Наиболее важными при печении психозов оказались следующие моменты:

- Уточнение концепции болезни у больного и его родственников, выяснение ее последствий для жизни пациента, обыгрывание альтернативных концепций болезни. Эти, казалось бы, простые мероприятия могут (хотя и не обязаны) поставить под сомнение или расшатать представления больного о своем заболевании (Simon & Weber, 1988a). Такие представления значительно легче поддаются изменениям и вмешательствам, а

больные, соответственно, получают дополнительный маневр для принятия важных решений.

- Наблюдение и «расшатывание» доминирующих способов *организации времени*. Следует выяснить, переживаются ли пациентом противоречивые, конфликтные события в его жизни и его отношениях с семьей одновременно («все сразу», «все беды на одну голову»), как это бывает при шизофрении (синхронная организация времени). Разделены ли они во времени и с «распределением» устоявшихся ролей среди всех членов семьи («каждому своя беда»), как это происходит при маниакально-депрессивных расстройствах (диахронная организация времени)?  
Определение *реальных отношений* в семье: господствует ли в ней ясность, четкость, уверенность и согласованность (или даже упрямая косность) при описании событий («жесткая» конструкция реальности)? Или же общение в семье является скорее диффузным, недостаточно четким и несогласованным, вплоть до хаотичности («размытая» конструкция реальности)? При шизофренических расстройствах целью системной терапии будет *расшатывание крайних форм синхронной организации времени + недостаточно структурированной реальности семейных отношений*; при маниакально-депрессивных расстройствах — *проработка наиболее выраженных проявлений диахронной организации времени + излишне жесткой реальности семейных отношений*. Для этого используются соответствующие вопросы и интервенции, способствующие созданию условий, при которых семья *сможет обсуждать* новые позиции, оценки и интересы.
- Уточнение и расшатывание имеющихся в семье стратегий хронификации (см. раздел 4.5). Нужно выяснить, какие идеи и представления о хронификации формируют прошлое и будущее семьи и как ей удастся сохранять психиатрические проблемы в течение длительного времени. При этом особое внимание уделяется вкладу специалистов в формирование «цементирующей» роли психоза в семье.

## 2) Детская и подростковая психиатрия.

Начиная с 1980-х годов системный подход стимулировал реорганизацию нескольких детских и подростковых психиатрических клиник. С одной стороны, работающие в клиниках семейные терапевты, объединяясь в отдельные команды, предлагали амбулаторные формы семейной терапии, целью которой была замена стационарных и нестационарных способов лечения (см.: Ludewig et al., 1984, Hoeger, 1994). С другой стороны, делались попытки изменить и стационарный стиль работы с помощью:

- формирования соответствующей метапозиции по отношению к семейной динамике, что достигалось с помощью ко-терапевтических, организационных («расщепление команды») и сеттинговых (низкая частота бесед с семьей) подходов;
- предупреждения упрощенного отношения к семейным кризисным ситуациям;

- открытого обсуждения, какова роль стационарного лечения в семейной динамике;
- попыток обыгрывать разные модели болезни пациента (Schweitzer, 1984).

Кроме того, предлагалось как можно шире привлекать родителей к планированию стационарного быта их больных детей, а также к решению актуальных кризисных ситуаций, возникающих в клинике. Целью этих мероприятий была коррекция нарастающей несостоятельности родителей, появляющейся задолго до поступления больного ребенка в стационар. В процессе лечения родители, взяв на себя максимальный груз ответственности за больного ребенка, могут восстановить чувство собственной состоятельности, принимая участие во всех названных мероприятиях (Pleyer, 1983, Rotthaus, 1986, 1990).

### 3) *Системная социальная психиатрия*

Стратегия демонтажа больших территориальных психиатрических больниц и уменьшения количества больничных коек могла бы провалиться и завершиться «переливанием старого вина в новые меха», если бы в свое время не были созданы новые, параллельные структуры психиатрической помощи с обновленными подходами к опеке над больными и новой «лексикой» (Molter, 1993). Потребность в концепциях и техническом оснащении системного подхода оказалась не меньшей, чем в других подразделениях психиатрии. В то же время попытка приспособить системный подход к социальной психиатрии оказалась делом далеко не простым (см.: Wedekind & Georgi, 1990, Vollhard & Keller, 1990, Deissler, 1990, Spengler, 1992, Ellenbracht & Vieten, 1993). Т. Келлер (Keller, 1988; 1996), а также К. Дейслер и его коллеги (Deissler et al., 1992) разработали специальную концепцию рефлексирующей команды (РК) в форме сотрудничества всех участников системы стационарной психиатрической помощи. Аналогичные разработки в Финляндии (Seykkola, 1994, 1995) способствовали ощутимым изменениям в системе показаний к стационарной помощи, в большинстве случаев обосновывая ее бесполезность. Подобный опыт имеется в Польше (Barbaro & Cechnicki, 1993), Италии (Mozzicato et al., 1993), Германии (Schweitzer & Schumacher, 1995). В Германии, в частности, пытались внедрить модель «завершенного психиатрического обслуживания» в работу с амбулаторными пациентами (через систему социально-психиатрических служб, общежитий и жилищных коммун для больных). Проблемами системного «дизайна» реабилитации в психиатрии занимался М. Лаутербач (Lauterbach, 1991, 1995).

## **14.3. Служба социальных работников**

Служба социальных работников объединяет специалистов, целью которых является поддержка отдельных лиц и групп



населения с признаками телесных или психических ограничений, стигматизированных форм поведения и связанных с этим социальных ограничений или выраженных социальных проблем. Внедрение этих служб в социальную практику подразумевает прежде всего обеспечение базовых потребностей и интересов клиентов в социально-политическом контексте (заработки, жилье, уход, образование), а также в отношениях с административными структурами (Staub-Bernasconi, 1989). Кроме того, социальные службы производят «мягкий» социальный контроль поведения клиентов. Их совместную активность можно было бы определить как «двойственный мандат на помощь и контроль» (Ritscher, 1991). Принимая во внимание «размытые компетенции» (Thiersch, 1986) социальных служб, т. е. их неспособность решать особенно сложные проблемы, нечеткость критериев их работы и стратегий, можно сказать, что методический инструментарий системного консультирования мог бы оказаться здесь полезным. С его практическим применением в этой области можно ознакомиться в книгах Г. Освальда (Oswald, 1988), Пфайфер-Шауппа (Pfeifer-Schaupp, 1995), Бурхама (Burnham, 1995).

Однако потребность в «твердой реальности» ежедневной практической работы спровоцировала критическое отношение теоретиков социальной службы к радикальному конструктивизму и «очищенному» коммуникативному подходу системной теории (Staub-Bernasconi, 1989, Hellstein-Brinkmann, 1993, Graf, 1994, Heiner, 1995).

Наиболее интересные стимулы для развития системных социальных программ предлагают такие службы, как *управление по делам молодежи* (Liechti et al., 1989, Brandl-Nebehay & Russinger, 1994), социально-педагогические консультационные пункты для семей (Hecker, 1986, Eckhardt, 1991, Rieforth, 1993), стационарные формы помощи подросткам (Pohl, 1994, Schweitzer, 1995b) и социальная психиатрия (Wahlster, 1995, Schweitzer et al., 1995). Приведем лишь три иллюстрации.

1) В. Брандль-Небехай и У. Руссингер (Brandl-Nebehay & Russinger, 1995) подчеркивают различные сочетания заказов, поступающих от управления по делам молодежи и зависящие от добровольного или принудительного обращения клиентов за консультациями, от ожиданий относительно решения их материальных и психологических проблем (см. схему 20).



**Рис. 20.** (Сум. по: Brandl-Nebehay & Russinger, 1995, с. 94.)

На этой схеме можно увидеть, что консультирование во всех сферах преследует одну и ту же цель (в банках, сервисных службах, консультационных пунктах и т. п.). Но есть и различия. В социальном обеспечении внимание чаще уделяется тем ресурсам клиента, которые нередко можно и не заметить (поскольку они скрываются за «фасадом» его несостоятельности), а также тому, чтобы сотрудники службы не брали на себя слишком много ответственности за решение всех проблем клиента. Системные вопросы помогают выяснить основные цели клиента: «С чего бы вы хотели начать свои действия? Каковы ваши планы? Как вам может помочь управление по делам молодежи и что вы можете сделать сами?». Важно сориентироваться и в материальных потребностях: «Какие формы помощи способствовали бы вашей независимости, а какие, наоборот, усилили бы вашу зависимость?»

**Воспитание** — одна из базовых задач управления по делам молодежи. Под воспитанием здесь понимают прежде всего коррекцию и научение (например, социальный работник учит родителей, что лучше не бить детей, а полезнее заниматься обеспечением их существования). Специалисты-системники не согласны с таким упрощенным представлением о воспитании, ведь они рассматривают социальные системы с точки зрения самоорганизации, а следовательно, как не поддающиеся инструкциям. Поэтому системники предлагают управлению по делам молодежи максимально точно формулировать свои задания и тем самым давать возможность клиенту самому определиться со своими проблемами и целями. Эти предложения мож-

но реализовать с помощью системных методов. Если, например, задачи, поставленные управлением по делам молодежи, провоцируют агрессию в отношениях некоторых сотрудников с клиентами, то их решение могут взять на себя другие коллеги, воспользовавшись техникой «расщепления» (см. раздел 9.3).

2) *Воспитание в интернате*, будучи сложнейшей проблемой, с одной стороны, больше всего нуждается в системных подходах, но с другой стороны, предъявляет к этим подходам особые требования. В этом случае системные позиции и практические мероприятия совсем не похожи на те, что известны из семейной терапии (Broenneke et al., 1992), поскольку воспитание в интернате предусматривает значительно больше переплетений, чем воспитание в семье (Boersch & Conen, 1987, Schweitzer & Reiter, 1991a, Conen, 1992, Broenneke, 1992, Schindler, 1996). Системные интервенции в данном случае должны учитывать все существующие подсистемы (семью, группу или класс, руководство интерната, консультационного пункта и т. п.) (Risan-Peters et al., 1996).

В практической работе с детьми можно использовать как ориентированные на решения, так и парадоксальные техники.

*Пример*

В группе детей 12–14 лет одна из девочек затеяла потасовку. Воспитатель отреагировал на перевернутую мебель, разбитую посуду и окно весьма своеобразно — изобразил обезьянку: присел, начал дергать руками, подражая мимике выпущенного на волю шимпанзе. Он чесал у себя под мышками, издавал короткие пронзительные крики, потом повис на дверях, подбежал к девочке и начал кричать у нее над ухом. Тут группа стала охотиться за обезьяной, и все постепенно превратилось в игру. Эта игра, возникшая спонтанно, вскоре стала ритуалом в любых угрожающих ситуациях. Мальчика, который часто срыгивал, попросили заблевать букварь, а это, как оказалось, не так-то легко было сделать. Того, кто громко ругался, заставляли вспоминать новые скабрзные выражения, особенно те, которые он забыл. С помощью такой техники парадоксального усиления «того самого» быстро достигается комический эффект и, таким образом, серьезная борьба за власть и влияние теряет свое значение (Pohl, 1944).

3) В работе с изолированными и «загнанными в угол» хроническими больными психиатрических учреждений социальные службы стремятся не только помочь этим пациентам обустроить свою жизнь вне больницы, но и создать новые, более до-



стойные формы социального контроля над собственным «не-нормальным» поведением. В рамках исследования социальных служб Й. Швайццер и его коллеги (Schweitzer et al., 1995) сформулировали следующий перечень системных социально-психиатрических мероприятий.

**ПЕРЕЧЕНЬ СИСТЕМНЫХ  
СОЦИАЛЬНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ**  
(Schweitzer, Armbruster, Menzler-Froehlich, Rein, Buegry, 1995)

1. *Сопровождение* — принятие и коррекция патологических поведенческих проявлений клиента с целью придания им более благоприятных и полезных форм:
  - *сопровождение* в рукоделии (например, вышивке, ткачестве), хобби, необычных, изнуряющих стилях поведения;
  - *сопровождение* «нервных» проявлений болезни и страданий.
2. *Противодействие* социально неблагоприятным формам поведения клиента:
  - *выяснение* мотивов «неправильного» поведения: продиктовано ли оно личными потребностями (мотив — лечение) или же выражает проблему, связанную с какими-либо санкциями против клиента (мотив — исполнение обязанностей);
  - формулирование и контроль *мотивации к исполнению обязанностей*;
  - *подкрепление мотивации к лечению*.
3. *Освобождение отношений* (вернее, ослабление степени их интенсивности) клиента и персонала из-под груза симптоматики — чтобы клиент не поддавался искушению изображать более тяжелого больного, чем есть на самом деле.
4. *Обсуждение* прошлого и будущего:
  - *прошлого* — для лучшего понимания планов, потребностей, контактов, способностей клиента в течение жизни;
  - *будущего* — для формулирования новых планов, проектов и идей на перспективу.
5. *Подведение итогов* и проведение семейного консультирования.
6. *Распределение ролей* («расщепление») между сотрудниками социально-психиатрической службы:
  - между консультантом и лицами, контролирующими процессы оказания помощи;
  - между социальными работниками и консультантом.

#### **14.4. Школа**

Участие специалистов — непедагогов (детские психиатры, школьные психологи, консультанты и др.) в системе образова-

ния определяется в основном необходимостью диагностировать, лечить, госпитализировать и т. п. так называемых проблемных детей. Хотя в этой сфере уже доказана польза системного подхода с его качественными инновациями, однако широко он до сих пор не используется. Необходимо отметить следующее:

- 1) Установление причин расстройств поведения и снижения успеваемости *ученика* можно проводить вместе с семьей не только для того, чтобы получить наиболее полные результаты тестирования и анамнеза (выяснения течения расстройств), но и с семейно-терапевтических позиций. Это делается для коррекции семейных структур — важной составляющей школьной проблематики.
- 2) С другой стороны, опасность чрезмерной «терапевтизации» школьных проблем привела к появлению иной точки зрения, согласно которой сложные переплетения школьников и учителей, класса и семьи следует воспринимать как «межсистемную проблематику» (Osterhold & Eckhard, 1985, Hess & Mueller, 1985, Palmowski, 1995). Таким образом, любое консультирование необходимо начинать со специального «Семейно-школьного интервью» (Aponte, 1976, Schug et al., 1985).
- 3) Следующим шагом в развитии системных подходов в сфере образования был перенос акцентов с консультирования отдельных случаев (учеников) в иные плоскости: (а) методического обучения (Ergenzinger, 1985, Molnar & Lindquist, 1990); (б) последипломного образования учителей (Schug et al., 1985, Brankmann, 1985); (в) супервизии для учителей (Hinger & Henning, 1994, Voss, 1996); (г) школьных социальных работников (Brunner, 1992); (д) оптимизации и организации школьной системы (von Lude, 1996); (е) оптимизации сотрудничества школы и управления по делам молодежи (Engel, 1996).

Что же касается консультирования «проблемных» учеников, то многочисленные дискуссии на эту тему позволяют выделить следующие наиболее эффективные мероприятия:

- Для решения имеющейся *проблемы в системе школьных отношений* консультант должен прежде всего как можно более разносторонне рассмотреть существующую ситуацию: школьника, семью, учителей, воз-

можно, и всю школьную администрацию, внешкольную ПИР-группу (группу равных участников) и др. Необходимо также, чтобы консультант выделил наиболее характерные предъявления претензий (например, «Ничего удивительного, это ведь такая семья» или: «Эта учительница ничего не знает», или: «Этот учитель просто...» и т. д.), препятствующих продуктивному сотрудничеству. Уже это дает возможность сосредоточить внимание на подсистемах (например, на семейных взаимоотношениях, переплетениях между учителями и родителями, между учениками и учителями и т. п.) (Hess & Mueller, 1985).

Для консультирования можно использовать рамочные условия (сеттинг) «Семейно-школьного интервью», описанные Г. Апонте (Aronson, 1976). Схожие подходы были предложены позднее и в немецкоязычном мире (Schug et al., 1985, Osterhold & Eckhardt, 1985, Hess & Mueller, 1985). Если школа направляет ребенка к специалистам, а у семьи с ним нет никаких проблем, необходимо организовать совместную беседу с участием всех заинтересованных сторон: ребенка, членов семьи, классного руководителя, директора школы (или завуча), одного или двух терапевтов. Целью такой беседы являются поиски выхода из ситуации и ни в коем случае не поиски причин, вызывающих те или иные трудности у ученика. Особое внимание уделяется разговору с сотрудниками школы, которых пытаются убедить, что при системном консультировании они не являются пациентами, а играют скорее *положительную роль*. Поддержке сотрудников школы необходимо уделять особое внимание еще и потому, что в школьной среде до сих пор сохранилось множество предрассудков, касающихся профессионального консультирования.

Задачи первичного интервью состоят прежде всего в фокусировании внимания на личности ученика со всеми его интересами и желаниями. Не стоит рассматривать его лишь как «носителя проблемы». Для этого необходимо провести циркулярный опрос всех присутствующих, ориентируясь только на ресурсы, необходимые для разрешения ситуации. К примеру, из такого опроса можно исключить все вопросы, связанные с проблемным поведением ученика, и постараться выявить наиболее важные моменты, от которых зависит целостное поведение ребенка. Это могут быть отличия между правилами, организующими поведение дома и в школе, «несовместимость» позиции родителей и учителей или же учителей и администрации школы. На этой основе можно планировать системные интервенции в школе или «домашние задания» для всех задействованных в ситуации. Для обсуждения результатов и новых текущих проблем можно повторно, через длительные промежутки времени, использовать то же «Системно-семейное ин-



тервью». Параллельно рекомендуется проводить отдельные беседы с семьей, делая акцент на моменты, связанные с внутренними семейными проблемами.

Кроме сказанного выше, важно учитывать *существенные отличия между школой и семьей*. Во-первых, кроме традиционных способов решения проблемы (оставить на второй год, перевести в другой класс или в другую школу), школа не предусматривает специальных мероприятий для решения отдельных проблем детей. В то же время эти способы есть у семьи. Во-вторых, и учителя, и школьные психологи, как, собственно, и консультанты, являются лишь профессионалами. Поэтому им значительно труднее, чем родителям, ощутить себя частью системы, в которой возникла проблема. В-третьих, школа является значительно более сложной и разветвленной системой, чем семья. Кроме того, в школе в каждой конкретной ситуации намного сложнее выяснить, кто, при каких обстоятельствах и как играет центральную роль. В частности, консультанту приходится тратить массу усилий на выявление и согласование иерархических отношений, характерных для таких больших организаций, как школа. Поэтому консультантам и школьным психологам по понятным причинам значительно проще иметь дело с семьей, чем со школой.

Какую пользу от системного подхода могут получить учителя? Как указывает Э. Эргенцингер (Ergenzinger, 1985), этот подход усиливает чувствительность учителя к поведенческим нарушениям со стороны школьников, особенно в ситуациях общения, когда ученики ставят под сомнение авторитет педагога. Это, в свою очередь, позволяет учителю ослабить напряженность и «размах» собственных реакций. В своей преподавательской работе в школе Э. Эргенцингер использует аксиомы коммуникации, предложенные П. Вацлавиком, а также принципы позитивного истолкования и творческого обыгрывания симптоматики (аналогичные подходы описывают А. Мольнар и его коллеги (Molnar et al., 1985).

Любое поведение имеет свой позитивный смысл. Даже значительные нарушения поведения могут выражать потребность учеников в самоутверждении и самоуважении, их желании развиваться и сигнализировать об этом своим учителям. А. Мольнар и др. (Molnar et al., 1985) предлагают рассматривать любые расстройства поведения как вклад учеников в сотрудничество с учителями. Последние должны реагировать на это заинтересованно, ни в коем случае не опускаясь до обесценивания поведенческих нарушений поведения («Зачем ты это сделал? Чего ты хочешь этим достичь?»). Такие учителя не будут запрещать ученикам вести себя «неправильно», а некоторые нарушения могут даже и поддерживать.

Системный подход и конструктивистский образ мышления, не ограничивающие свои задачи влиянием на проблемы поведения учеников, постепенно и с немалой пользой применяют в развитии школьного образования как института в целом. Лучшее подтверждение этому — многочисленные дискуссии вокруг современных образовательно-учебных методов (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 1988, Brunner, 1990, Bruegelmann & Ballhorn, 1990), общих вопросов дидактики (Koesel, 1995, Reich, 1996), отдельных профессионально-дидактических проблем, например, математики (Bauersfeld, 1983, Wittmann, 1988), физики (Aufschnaiter et al., 1992), спортивной педагогики (Cachay & Baehr, 1992), а также проблем вспомогательной диагностики в специализированных школах (Eberwein, 1993) и определения показателей психомоторики (Balgo & Voss, 1995). Более детальную информацию по этой теме можно найти в следующих источниках: Huschke-Rhein, 1989, 1990, 1992; von Voss, 1996.

#### **14.5. Менеджмент**

Современный менеджмент развивается в особом контексте неопределенных перспектив. Экономический прогресс все больше утрачивает свой плановый характер; глобальные изменения достигают самых отдаленных уголков.

Один из характерных примеров — открытие общеевропейского рынка для социальных учреждений. Если в течение десятилетий социальные службы (уход за больными, интернаты для людей пожилого возраста, «еда на колесах») зависели главным образом от отдельных финансирующих организаций, то сегодня немецкий рынок оказался под давлением более «дешевых» конкурентов из других стран. И эти конкуренты вынудили нас радикально перестраивать свои организации и службы.

Именно здесь могут проявиться преимущества системного подхода, прежде всего в работе с организованными группами или в управлении системами, поведение которых не поддается полному контролю и является скорее хаотическим, чем предсказуемым. «Логика неудачи» (Doegner, 1992) при принятии краткосрочных решений для быстротечных проблем, как правило, несет в себе значительную опасность.



#### ПРИЗНАКИ СИТУАЦИИ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩЕЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Поведение в ситуациях, предусматривающих комплексный подход к деятельности, изучал Д. Дёрнер (Doerner, 1992). Он проводил исследование стратегий, оказавшихся в этих ситуациях наиболее эффективными. Опрошенным, которых приглашали поиграть в компьютерные игры «Мэр Логаузена» или «Король Ханеланда», должны были разобраться в системе, состоящей из комплекса различных взаимодействующих элементов. Процессы, происходящие в системе, не были до конца прозрачными, то есть информация о системных процессах была неполной, а сама система развивалась по своим собственным законам.

*Комплексность* предусматривает одновременную сосредоточенность на многих элементах. При таких условиях нельзя заниматься чем-то одним, так как действие каждого элемента производит побочное и отдаленное действие. Это означает, что цели (даже если они формулируются позитивно и в соответствии со спецификой ситуации) должны включать оценку всех влияний на другие части системы. Поэтому приходится все время определять промежуточные цели, а уже посредством их — обратные связи, переоценку и коррекцию конечного результата.

*Динамика* предусматривает оценку тенденций и направлений дальнейшего развития системы. Одного анализа имеющегося (нынешнего) состояния системы недостаточно. Необходимо иметь целостное представление о тенденциях развития.

*Непрозрачность* процессов требует выяснения особенностей структуры, то есть рассмотрения всех элементов и размышления об их взаимных влияниях. При этом важно осознать ограниченность собственного познания. И в этом чаще всего состоит основная проблема: «Люди охотно отстаивают собственные ошибки» (Doerner, 1992, с. 65).

С недавнего времени спрос на системное консультирование начал возрастать и в сфере менеджмента. Как и в системной терапии, здесь наблюдается эволюция от кибернетики первого порядка к кибернетике второго порядка (см. раздел 2.2). Еще в 1977 году Ф. Мэлик (Malik, последняя редакция 1989 г.) описывал кибернетическую регуляцию организаций в терминах управления и контроля. В его концепции менеджмент рассматривается как *оптимальное координирование* различных компонентов системы. (Классической работой на эту тему является книга Ульриха и Пробста — Ullrich & Probst, 1988.)

В разрезе кибернетики второго порядка рассматривается так называемая «стратегия дельфина» (Lych & Kordis, 1991), кото-



рая одновременно гарантирует и свободу действий, и оперативность менеджера, и его умение избегать безвыходных ситуаций. В сфере менеджмента с успехом применяются также теории самоорганизации систем, в частности те, в которых *развитие организаций* рассматривается как самоорганизующийся учебный процесс (Grief, 1996, Grief & Kurtz, 1996 — учебник по практическому применению теории; Malik, 1990, Klimecki et al., 1991 — работы по созданию условий для самоорганизующихся процессов). Книгу о самоуправлении как следствии самоорганизации предлагают Кисер и Кубичек (Kieser & Kubicek, 1992). Менеджмент с позиций теории аутопоэтических систем рассматривается в работе Кирша и Кнуфаузена (Kirsch & Knipphausen, 1991), с позиций теории хаоса с ее центральным понятием *фракталов* — в работе Вернеке (Wernecke, 1966).

Однако настоящее сближение между системной терапией и консультированием в сфере менеджмента произошло лишь в последние десятилетия, то есть с конца 1980-х годов. Вот несколько примеров:

- Книга «За кулисами организации» (Selvini Palazzoli et al., 1984) была, по нашему мнению, первой публикацией о системном подходе к динамическим процессам в организациях. Этими же авторами было предложено использование концепции «семейной игры» в работе с организациями.
- Значение системного подхода при консультировании организаций показано в тематическом выпуске «Журнала семейной терапии» (том 6, 1988).
- Системный метод работы в менеджменте представлен в серии книг «Managerie» (Schmidt et al., 1992, Gester et al., 1993, Heitger et al., 1995).
- Общие принципы использования системных концепций при консультировании организаций рассматривают Кёниг и Вольнер (Koenig & Volmer, 1993).
- Консультативная модель Киля – Майнера, предложенная вначале в качестве метода коучинга спортивных команд, впоследствии у Грау и Мёллера (Grau & Moeller, 1990) нашла применение в сфере менеджмента, а у Грау и Харгенса (Grau & Hargens, 1992) — при сопровождении политических процессов.
- Шмид (Schmid, 1992), основываясь на понятии «экономизация сложных структур», показал, что консультирование не должно создавать дополнительной нагрузки на сотрудников организации.
- Остерхолд (Osterhold, 1996) развивает дискуссионное понятие культуры предпринимательства. Он считает, что искусство современного менеджмента состоит в уравнивании трех частей любой предпринимательской деятельности: прибыли (экономики), удовлетворения потребностей потребителей и обеспечения интересов и потребностей со-

трудников. Все это Остерхольд называет *равноправными целями* интегративного менеджмента. При консультировании он предлагает придерживаться концепции, согласно которой любые радикальные изменения проходят фазу нестабильности и хаоса.

- Концепцию системно-эволюционирующего менеджмента разрабатывают Кёнигсвизер и Лутц (Koenigswieser & Lutz, 1990). С точки зрения этих авторов, реализация системного подхода в консультировании организаций сталкивается прежде всего с проблемой изменения каналов восприятия сотрудников.
- Современные системно-теоретические взгляды на процессы эволюции организаций высказывает в своей книге Вагнер (Wagner, 1995). Для специалистов в области семейной терапии особенно интересен в этой книге раздел, написанный Сааром (Saar, 1995).
- Специальные разделы, посвященные системному консультированию организаций, представлены в учебниках под редакцией Фацера (Fatzet, 1991a, 1993).
- Системное консультирование социальных организаций рассматривается в сборнике под редакцией Шёнига и Бруннера (Schoenig & Brunner, 1993).

Одним из примеров использования принципов самоорганизации в менеджменте является так называемое *организационное сопровождение (менеджмент) проектов*. Данное понятие означает специальную форму организации предпринимательской деятельности, предусматривающую расшатывание чрезмерно жестких иерархических структур и придание им большей гибкости. А это достигается путем поощрения творческих поисков сотрудников, а соответственно, и более успешного и быстрого приспособления всего предприятия к постоянно меняющимся условиям деятельности. В реализации такой программы организационное сопровождение проекта предусматривает создание *временных рабочих групп*, состоящих из сотрудников разных подразделений предприятия. Для выполнения проекта формируют отдельный рабочий план с ограниченными целями, четко установленным распределением функциональных ресурсов каждого сотрудника, детальным графиком работы и наперед заданными формами обратной связи. Иногда проводится и оценка эффективности выполнения проекта с использованием специальных научных методов (Heintel & Krainz, 1990). В структуру рабочей группы входят сотрудники различных иерархических уровней предприятия, а «равноправие» их компетентности при выполнении заданий гарантировано руководителем проекта.

Подобные формы работы проникают также в систему здравоохранения (Pelikan, Demmer & Hurrelmann, 1993).



#### *Пример*

В комплексном проекте «Здоровое питание в больнице», проводившемся в Вене, принимали участие:

- руководитель службы кухни и его заместитель;
- шеф-повар;
- руководитель диетологической службы;
- диabetолог (ученый);
- ассистент-диabetолог (ведущий специальной учебной программы для диabetиков);
- две клинические медицинские сестры;
- главный врач;
- ведущий специалист службы питания венской ассоциации медицинских учреждений.

Все участники добровольно согласились участвовать в проекте и могли в любое время отказаться от выполнения поставленных перед ними заданий. Для выполнения проекта каждый из участников должен был еженедельно выделять в среднем два часа своего рабочего времени. На самом деле большинство из них были настолько увлечены работой в проекте, что без каких-либо замечаний перерабатывали за счет собственного свободного времени (Pelikan, Lobnig & Nowak, 1993).

Следует заметить, что реализация подобных проектов не отменяет существующие в организации иерархии. Однако смешивание ролей и заданий может их (иерархии) существенно видоизменить. Успех проекта в значительной степени зависит от новых требований к функциональным способностям руководства. С одной стороны, необходимо отказаться от *сознательного* давления на руководство, производимого самой структурой проекта (структурная власть проекта). С другой стороны, нужно учитывать признаки косвенного бойкота (в виде властного давления) всеми нижележащими уровнями иерархии, оказавшимися вне рамок проекта, то есть не задействованными в работе. Подробнее о менеджменте проектов пишет Штайнбух (Steinbuch, 1988); удачный перечень основных заданий организационного сопровождения проектов приводит также Эк (Eck, 1991).

#### **14.6. Политика**

Политика — это арена борьбы за власть. Какую же пользу можно получить, применяя здесь системный подход? Открытая дискуссия между министром экологии Нижней Саксонии



Моникой Грифан, мэром города Гейдельберг Беатой Вебер и президентом Берлинской профессиональной врачебной ассоциации Элис Хубер на тему «Экологическая политика как интерактивный процесс» (Schweitzer, 1992a) показала, что участники дискуссии использовали отдельные технические приемы, схожие с системным подходом:

1. Они пытались оценить вероятные последствия политических решений с помощью гипотетических вопросов («Что будет, если я...?»).
2. Они старались не затягивать особенно острые конфликтные решения, а наоборот, подготовить консенсусную базу путем дискуссионного согласования позиций всех участников дискуссии.
3. Они предлагали создать рабочие группы для организационного сопровождения (менеджмента) отдельных проектов.
4. Они пытались оперировать наступательной терминологией, наполнять ее собственными смыслами и пропагандировать ее среди других участников дискуссии: «Кампания должна иметь свой лозунг... Он необходим для публичных форм работы, для создания новых лозунгов, для размещения на страницах иллюстрированных изданий... Конечно, для внедрения политических изменений необходима поддержка общественности» (Huber, цит. по Schweitzer, 1992, с. 357).

Эти приемы подтверждают, что участники дискуссии способны формулировать правила, менять стратегии, хорошо видеть цель и создавать новые формы своих действий.

Особое значение в последнее время приобрели «круглые столы». Этот термин стал популярным в ГДР в 1989–1990 гг., когда к управленческим и правительственным структурам начали присоединяться общественные организации и вместе, в виде группы они пытались обсуждать государственные проблемы. В Западной Германии организовывали «круглые столы» по проблемам индустрии, коммунальной политики и окружающей среды — например, при поисках компромиссного решения проблемы переработки мусора в Ганновере или сооружения испытательного трека фирмы «Мерседес-Бенц». Беата Вебер использовала эту технику для решения чрезвычайно сложной проблемы, связанной с разработкой концепции городского транспорта в Гейдельберге. Здесь, в частности, не обошлось без внешнего специалиста — урбаниста из Нюрнберга, которого пришлось пригласить в качестве посредника в острых дискуссиях.

Интересно, что в подобных процессах властный дискурс имеет не столь большое значение, как могло бы показаться.

Значительно важнее оказывается влияние прессы, лоббирующих и административно-предпринимательских групп. Это влияние может вызывать значительное недовольство участников инновационного политического процесса, особенно когда все «треплют языками и ничего не делают» и когда общее дело может завершиться тем, что «никто не получит личной выгоды», то есть выиграют все, но по отдельности — никто. К сожалению, подобные ситуации в политике скорее правило, а не исключение. Всесторонний анализ возможностей участия общественности в так называемой модели «решетчатого планирования» как альтернативы «демократическому истеблишменту» приводит Динель (Dienel, 1992).

## **V. КРИТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИСТЕМНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

### **15. Больше недругов — больше чести? Дискуссии вокруг системной терапии**

Семейная, а позже и системная терапия постоянно были и до сих пор остаются предметом активных критических дискуссий\*. Ниже мы постараемся наметить и прокомментировать некоторые темы этой критики, их восприятие и осмысление в профессиональной среде.

#### **15.1. Полоролевая «чувствительность»: насколько враждебна системная терапия к женщинам?**

В английском языке понятию «пол» соответствуют два термина: в то время как *sex* означает биологический пол, термин *gender* определяет социальную составляющую роли пола, которую мы и будем рассматривать. Примерно с середины 1980-х годов именно женщины — семейные терапевты инициировали критические дискуссии о роли пола в семейной терапии. «Пол — заброшенная территория семейной терапии», — говорилось на конгрессе немецкой ассоциации семейных терапевтов в 1987 году. Важный для этих дебатов номер журнала «Семейная динамика», посвященный данной проблеме, вышел именно в 1987 году. Дагмар Хоземанн, Марианне Крулл, Розмари Вельтер-Эндерлин, Альмут Массинг и Илона Шелл-Швингхаммер стали инициаторами дискуссии об «имманентном сексизме» некоторых будто бы нейтральных концепций и приступили к поискам «более мягкой по отношению к женщинам» терапии. Были подвергнуты критике представления о равно-

---

\* «Беллетристическое» осмысление этой дискуссии представлено в работах Швайцера и Херцога (Schweitzer & Herzog, 1990b).



правном распределении власти в семье: оказалось, что они парадоксальным образом усиливали и без того заметную асимметрию семейных отношений. Особое внимание уделялось концепции нейтральности как воплощению «фасада мужественности» (Troescher-Huefner, 1989, с. 21) и как мощной технике, используемой мужчинами для поддержания в системе проявлений несамостоятельности и зависимости (см. раздел 5.4).

«Наш тезис состоит в том, что семейная терапия взяла на себя существующее распределение социальных ролей, но при этом проигнорировала то, что подобное распределение приуменьшает роль женщин. Она позаимствовала традиционную модель семьи, но почему-то не заметила, что эта модель вредит женщинам. Неспособность распознать эту ситуацию привела к теории, практике и подготовке, унижающим женщин» (Goodrich et al., 1991, с. 32).

Этим вопросам посвящено сегодня множество публикаций (например, Walters et al., 1991, Penn & Scheinberg, 1992; Ruecker-Embden-Jonach и Ebbecke-Nohlen, 1992). Особенно острые дебаты, касающиеся пола в системной терапии и системном консультировании, ведутся по вопросам сексуального насилия над женщинами или так называемых сексуальных злоупотреблений. Острые критики направлены на элементы скрытого или открытого сексизма в системной терапии, особенно в терапии семей и семейных пар. Наиболее существенные моменты критики состоят в следующем:

- Если, как и раньше, роль пола в нашем обществе социально организована так, что мужчины занимают господствующее, а женщины — подчиненное положение (для примера достаточно взглянуть на список персонала практически любого университета), тогда терапевтическая нейтральность становится своего рода призывом к дальнейшей стабилизации такого неравноправия (Goodrich et al., 1991).
- Системную терапию и консультирование практикуют преимущественно женщины, а руководящие должности в этой области занимают в основном мужчины (например, написание учебников).
- Вальтерс и соавторы видят опасность в том, что женщины — семейные терапевты больше всех рискуют попасть в «невыносимое положение» (Walters et al., 1991).
- Такие терапевтические цели, как женская автономия и самоопределение могут (по крайней мере, поверхностно) базироваться на представлениях о семье как бесконфликтной системе. Если женщина-терапевт не отразила эту проблему, то она подсознательно выступает

«защитником» мужчин (Troescher-Huefner, 1989) и боится обострения конфликта, даже если он скоротечен.

- Пренебрежение ответами на вопрос о реальности, о физическом или экономическом влиянии на терапию оставляет без внимания ее асимметричный характер. К таким вопросам относятся прежде всего следующие: Кто контролирует счет в банке, кто следит за финансами? Кто решает, переедет ли семья в другое место? Кто чаще пользуется большим семейным автомобилем? Кто отработывает больше часов в неделю, с учетом профессиональной деятельности и домашней работы? (Руководство по постановке этих и других вопросов можно найти в работе Пинль (Pinl, 1995)).
- Принцип взаимного циркулярного влияния в социальных системах не означает, что каждое из этих влияний от других ничем качественно не отличается. Так, при наличии силы и необходимых условий для злоупотребления «жертва» имеет, как правило, меньшую свободу оказывать влияние на других по сравнению с «преступником».
- Недостаточный учет этого при поверхностном подходе к проблемам циркулярности может (сознательно или бессознательно) лишь укрепить отношения насилия.
- Участились случаи, когда родители бросают семьи; все больше появляется неполных семей и матерей, самостоятельно воспитывающих одного или нескольких детей. Идея, согласно которой дети (особенно мальчики) нуждаются в родителях, может оказаться вредной, если под ней понимать, что семьи типа «мама — дети» представляют собой некий отрицательный вариант. При работе с такими семьями полезнее полагаться на их преимущества и возможности.
- Мишенью для критики часто становятся терапевтические интервенции в рамках структурно-стратегических подходов, поскольку они являются не чем иным, как техникой «замаскированного алиби», защитой или «прикрытием» неравенства при распределении власти (Walters et al., 1991, с. 247).

В ходе дискуссии нарастали замечания к метасообщениям, замаскированным в контексте интервенций, поскольку такие сообщения, как оказалось, основываются на обычных предвзятых суждениях по вопросам пола.

*Пример терапевтического диалога с матерью (воспитывающей сына самостоятельно) и ее сыном (терапевт Пэгги Пэпп).*

*Мать:* Я знаю, это звучит бессмысленно, но... все выглядело бы по-другому, если бы он был у своего отца; потому что его отец — мужчина, и он сделал бы из него мужчину.

*Терапевт:* Ага, я понимаю. А кого, собственно, вы делаете из него?

*Мать:* Мне кажется... У меня появилось ощущение, что если я и впредь буду продолжать в том же духе и использовать свой материнский авторитет, то могу и вовсе уничтожить его как мужчину...



*Терапевт:* Значит, если его воспитывать так, чтобы однажды он таки стал мужчиной, то это означало бы, что лишь отец мог бы приучить его к дисциплине? А что будете тогда делать вы, его мать? Позволять своему сыну, чтобы он вас дисциплинировал?

*Мать:* Да, это так. Я дала ему слишком много власти. Но вместе с тем меня очень злит эта ситуация. Я сама себя ругаю...

*Терапевт (сыну):* Сколько же сражений против мамы ты выиграл?

*Джимми:* Ох, может, две трети...

*Терапевт:* И вы переживаете, что у него мало самоуверенности?

*Мать:* Да, как ни бессмысленно это звучит (из Walters et al., 1991, с. 265).

Насколько важными могут оказаться упомянутые выше замечания, показывает проведенный в США анализ многочисленных подшивок научных журналов, цитируемый Шнеевиндом (Schneewind, 1991, с. 29). Этот анализ свидетельствует, что в 2/3 случаев ответственность за расстройства у детей принято возлагать на матерей, тогда как отцы описываются положительно и даже идеализированно.

Дискуссия по проблемам ролевых соотношений полов привела к постепенным изменениям в системной практике. Особое значение приобрела критика, касающаяся вопросов, которые непосредственно или в циркулярной форме представляют перспективу полов в семьях и тем самым оттеняют процессы осознания этой проблемы. Вопросы, приведенные ниже, составлены частично нами, частично — Вирджинией Годнер (1991, на семинаре) и частично описаны в 1996 году Харгенсом (Hargens).

#### **ВОПРОСЫ ПО РОЛЕВЫМ СООТНОШЕНИЯМ ПОЛОВ**

*Семья (в которой выросли)*

- Что было для вас самым важным и что самым положительным в том, как вы росли в вашей семье девочкой/мальчиком?
- Не было бы лучше для вас родиться ребенком противоположного пола?
- За какое поведение вас особенно поощряли дома как мальчика/девочку, а что считалось вашей наибольшей провинностью?
- Какие чувства вы испытывали к матери/отцу, когда она/он вели себя как женщина/мужчина?
- Что приносило вашей маме (вашему отцу) наибольшее удовлетворение?
- Если рассматривать ситуацию с перспективы сегодняшнего дня, то какие скрытые и/или явные «сигналы» посылали вам ваши родители (мать/отец) о сложностях или радостях их «женской» или «мужской» семейной жизни?



- Если бы вы сегодня представили себе «политику» (сосуществование, правила) своих родителей, то кто из них, по вашему мнению, имел бы право голоса? Кто принимал решения, кто имел право решать?
- Как, по вашему мнению, они себя чувствовали при подобном распределении ролей? Сопrotивлялись ли они (явно или скрыто), боролись ли друг с другом, вели ли переговоры?

*Сегодня*

- Что, по вашему мнению, характеризует вас как хорошую мать/хорошего отца?
- Что — как хорошую жену/мужа (как ответил бы на этот вопрос ваш партнер)?
- Допустим, вы стали бы мужчиной/женщиной (то есть лицом противоположного пола). Как бы вы описали свою проблему, как разрешили бы ее?
- Как изменился бы наш разговор, если бы я как терапевт был (-а) женщиной (мужчиной)? Что мог бы подумать обо мне ваш муж/ваша жена, чью сторону я мог (-ла) бы скорее принять, что смог (-ла) бы понять лучше/хуже?
- Что сегодня означает для вас все то, чему вы научились в семье ваших родителей (у ваших предков) о роли пола?
- Если обучение в вашей семье сводилось к «поручениям» (делегированию), то как вы справлялись с подобными заданиями, как противостояли им, как сознательно их преодолевали? (Например, «поручение» выбрать себе партнера, сформировать с ним успешные или же, наоборот, неудачные отношения и т. д.)
- Если бы вы захотели противостоять всему этому, то кто из вашей семьи был бы этому рад, кто боялся бы, был бы недоволен, разочарован, кому бы угрожала опасность?
- Как вы переживаете сегодня иерархические правила или правила, при которых ваше поведение может привести к изоляции?
- Допустим, вы решили больше не подчиняться старым правилам. Кто сегодня чувствовал бы себя в наибольшей опасности?
- Каким образом он или она попробовали бы убедить вас, чтобы вы дали задний ход? Как бы это отразилось на вас; на ваших дальнейших отношениях?
- Насколько справедливым в вашем партнерстве вы считаете распределение прибыли и расходов, работы и отдыха? Хотелось бы вам изменить это?
- Насколько свободно или скованно вы чувствуете себя в ситуации, когда вам нужно кому-то отказать в исполнении его желания (когда нужно сказать «нет»)?
- Если бы вы развелись, то для кого бы это оказалось большей проблемой и какой могла бы быть эта проблема (деньги, квартира, контакт с детьми, реакция третьего)? Кого из вас это могло бы заставить отказаться от развода?

**Будущее**

- Что бы вам хотелось рассказать своей дочери/ сыну о жизни женщин/мужчин?
- Есть ли что-нибудь такое, чего бы вам не хотелось, чтобы ваша дочь/ваш сын перенял от вас? От чего из того, чем располагаете вы сами, они могли бы отказаться?
- Что бы вы как женщина хотели рассказать своему сыну (как мужчина — своей дочери) о женственности (мужественности) и о том, чего ему (ей) не нужно перенимать?
- С какими изменениями вы могли бы согласиться, лишь бы ваши дети могли поскорее узнать о равноправии ролей полов?

### **15.2. Системная семейная терапия как консервативная социальная технология?**

Если семейная терапия в свое время стала инициатором дебатов по проблемам полоролевого распределения, то уже в 1980-е годы ее подвергли целому ряду критических замечаний со стороны «лагеря левых».

Острые критики было направлено на то, что семейная терапия как таковая возникла вследствие неудовлетворенности процессами разрушения буржуазной семьи и что она пыталась противодействовать этим процессам с помощью социально-технических средств. Как терапия семьи, эта техника пыталась сохранить идеал и миф консервативной политики при распаде структур буржуазной семьи, то есть удерживать женщин у плиты, а детей — под контролем родителей, любой ценой сохраняя семью как недорогое средство и выгодную рабочую силу для возобновления товарных отношений. Там, где начинались разговоры об альтернативных способах жизнеустройства, семейная терапия принималась за работу по адаптации. «Теоретическая модель не предусматривает, что сопротивление может включать «системную враждебность» по отношению к требованиям общества» — так звучит, к сожалению, ничем не аргументированное высказывание Кернера и Зидовски (Koerner & Zydowski, 1987, с. 167). И далее: «Системное мышление является, таким образом, «партийным» подходом, обусловленным интересом к функциональному потенциалу предмета познания, который формируется в систему».



Язык системы, ориентированный на компьютерную логику, объясняет технократическую целевую установку: заставить семью жить в согласии и не осознавать связи своих проблем с механизмами социальной власти — аналогично тому, как автомобиль загоняют на авторемонтную станцию. Согласно Хабермасу (Habermas, 1988), необходимо различать, с одной стороны, *системы* как сферы политического управления и рационализации общественных целей, а с другой стороны, *системы* как сферы нестандартизированных жизненных процессов в «будничном мире действующих субъектов». При таком понимании систем получается, что системная терапия изо всех сил пыталась поставить «мир простых будней» в зависимость от общественно-политической «системы» и обезвредить препятствия, возникающие при таком противостоянии: «Члены семьи... деградируют до элементов системы и, таким образом, лишаются своей индивидуальности» (Koerner & Zydowski, 1988, с. 41)\*.

В отличие от гендерных дискуссий, эта критика ограничивается в основном «открытием» буржуазных структур. Поэтому даже критически настроенным системным терапевтам довольно сложно полемизировать с «левой» критикой, особенно с точки зрения содержания. С одной стороны, эта критика является обычным тотальным отрицанием, а с другой — они («левые») охотно пользуются примерами из литературы 1970-х годов, нередко вырывая их из контекста и не принимая во внимание новаторскую дискуссию (например, кибернетику второго порядка), выстраивая при этом самые разнообразные гипотезы по признаку простых ассоциаций. Еще в одной публикации (за 1995 год) была разгромлена «патриархальная машинная модель системной терапии» (Schulte, 1995). Впрочем, все эти критические наскоки не более чем обидны. Конечно, системная терапия нуждается в квалифицированных критических импульсах не только изнутри, но и извне. Последние, к сожалению, с конца 1980-х годов так и не появились.

Возможно, все это объясняется падением привлекательности «открытий» идеологической критики — в то время, когда давление запретов на социальные проблемы изрядно ослабло и господствовать начинает неприкрыто-равнодушное примирение. В такие времена ломкость и непрочность такой социаль-

---

\* В журнале «Психология сегодня» приведена дискуссия по критической статье Кернера и Зидовски (Koerner & Zydowski); эта дискуссия длилась больше трех месяцев (№№ 4—6/1988).



ной системы, как семья, становится особенно очевидной. Однако если учесть, что для укрепления связей между поколениями до сих пор не удалось создать убедительные альтернативные формы, то возрождение семьи как возможного образа жизни снова приобретает особое значение. С другой стороны, поскольку потенциальной клиентурой системных терапевтов все чаще становятся такие альтернативные социальные системы, как жилищные коммуны, матери-одиночки, незамужние и неженатые, а также гомосексуальные пары, то критика со стороны этих альтернативных систем звучит все сдержаннее. Ведь речь идет о спасении традиционной структуры «отец — мать — двое детей»: статистика свидетельствует, что эти структуры становятся редкостью. И все же желательно, чтобы теория и практика системной терапии были политически более вовлеченными (Schiepek, 1991).

### **15.3. Все выдумка, все путем?**

#### *Произвольность определений*

«Импорт» естественнонаучных теорий в психологию всегда был палкой о двух концах (Schiepek, 1991; Herzog, 1984). Под перекрестным огнем критиков (Fischer, 1991) оказалось понятие *аутопоэза* (см. раздел 2.6). Предложенное для описания функций живой клетки, оно превратилось в широкую познавательно-теоретическую концепцию. Однако связь между концепцией аутопоэза и нейробиологическими работами Умберто Матураны представляется довольно сомнительной (Kriz, 1990b, 1995a, с. 161). Острая критика зацепила и использование понятия аутопоэза Луманном (см. раздел 2.7), которое он включил в свою психотерапевтическую концепцию. Особенно ошибочным Криц считает тезис, согласно которому операционально закрытые системы не имеют ни входа, ни выхода. Такой тезис содержит в себе онтологическое высказывание («они не имеют»). При этом нужно скорее спросить себя, разумно или неразумно использовать подобное высказывание. Как считает Криц (Kriz, 1994b), целесообразно говорить о том, что люди обрабатывают информацию даже тогда, когда она отражает в мозге не то же самое, что имел в виду тот, кто информацию передавал: мысли и сообщения можно хорошо разграничивать

между собой, не рассматривая части системы как завершенные (закрытые).

### *Произвольность реальности*

Кроме концепции аутопозза, критика неоднократно обращала свое острие на радикальный конструктивизм (Fischer, 1995; Nuese et al., 1995). С одной стороны, радикальный конструктивизм обвиняют в постмодернистской позиции типа «как-нибудь да будет» (Feu-Erabend, 1986) и произвольности его «терминологических туманностей» (Girgensohn-Marchand, 1992). С другой стороны, критике подвержен и отказ конструктивизма от дальнейших попыток познания реальности и истины. Больше всего, однако, осуждается радикальность радикального конструктивизма (Groeben, 1995, Obrecht, 1991) и его «фундаментализм», высшей формой которого является безответственность (Graf, 1994). «Критический» или «научный реализм», представителями которого являются упомянутые критики, постулирует, «что существует конкретный мир, который мы (постепенно) способны познать» (Obrecht, 1991), не отрицая при этом, что картины реальности суть продукты нашего мозга и что человеческое знание является субъективным. Суть аргументации состоит в том, что тезис о «мире как выдумке» сам является «выдумкой» и, следовательно, мир оказывается лишь вымышленным и не может быть открыт (Nuese et al., 1995). При этом, по нашему мнению, совсем неправильно понимаются отдельные высказывания Глазерсфельда (Glaserfeld, 1981) — этому автору приписывают утверждение о том, что не существует реальности вне границ познавательного «аппарата» человека. С нашей точки зрения, он говорит лишь о принципиальной непознаваемости реальности (ср. раздел 3.1). Безусловно, между конструктивизмом и его критикой до сих пор находится значительный пробел:

«Не существует доказательств, противоречащих нашим идеям о *правильности* мира» (Nuese et al., 1995, с. 78). И еще: «В определенном понимании мир устроен именно так, как его воспринимают. Но его свойства представлены в восприятии совсем не такими, какими, собственно, являются свойства мира. Тот, кто ожидает чего-то иного, не сможет реально отобразить (репрезентировать) мир. Ведь восприятие дает нам не более чем картину мира» (там же, с. 155).



С точки зрения конструктивизма это высказывания наблюдателя. Спрашивается: откуда конструктивизм черпает уверенность для подобных утверждений? Понятие «картина» заманивает нас в ловушку, в которой можно потеряться среди неразрешимых вопросов: кто квалифицирует «картину»; кто, в свою очередь, констатирует, что эта картина является «правильным» отображением мира и т. д.? Но ведь и эти вопросы тоже задает наблюдатель, кроме того, он находится в плену законов языка (раздел 3.3). Таким образом, для окончательного решения нужна разве что «Божья воля» (Zifferbarth, 1994). Возможно, целесообразнее было бы отнести все эти вопросы — возникает или не возникает в нашей голове отражение — к области нерешаемых языковых забав.

#### *Человек, которого можно изменить любым способом*

Еще один укор в чрезмерной произвольности исходит от психологии развития. Основной недостаток системных подходов состоит, по-видимому, в том, что они недифференцированно рассматривают пластичность и способность человеческого поведения к модификациям (Chasiotis & Keller, 1992). Эволюционная биология доказала, что наибольшая пластичность поведения наблюдается в раннем детском возрасте. Однако и здесь мы обнаруживаем лишь критику упрощенного понимания циркулярности: предположение, что мать и ребенок в одинаковой степени влияют друг на друга, является ошибочным. Приведем два аргумента. Во-первых, в истории семейной терапии можно отыскать целый ряд примеров, демонстрирующих, что циркулярное понимание систем (а именно взаимосвязей детей и родителей) как раз и не предусматривает равноправных влияний. Так, В. Сатир (Satir, 1979) называет родителей «архитекторами семьи», несущими особую ответственность за климат в семье. Штирлин подчеркивает, что «сильные и слабые существуют не только в теории, но и в реальности» (Simon & Stierlin, 1984). Последнее высказывание вызывает вопрос: каковы прагматические последствия всех соображений подобного типа?

«Чему мальчонку не научипи, мужик вовеки знать не будет» — фраза, которая может стать неизбежным пророчеством для каждого. Однако



если эволюционная биология имеет в своем распоряжении веские аргументы для подобных утверждений, то можно найти аргументы и в пользу того, что у каждого человека есть бесконечное множество возможностей для развития, — если только она признает их потенциальное разнообразие. Тот, кто ездит в инвалидном кресле, возможно, никогда не будет бегать, но может достичь ранее недостижимой для него цели — принять участие в олимпиаде для спинальников (при условии, что у него есть возможность спланировать свои действия и выполнить их).

Исследование младенцев, проведенное Дэниэлом Штерном (Stern, 1992), вызывает дальнейшие критические вопросы: не слишком ли акцентируется внимание на вербальных аспектах языка для развития консенсусных миров? Существует «множество намеков на то, что коммуникативные способности человека, его отношения носят доязыковой характер» (Chasiotis & Keller, 1992). Концепцию невербальной, доязыковой «аффективной настроенности» (Stern, 1992) и ее значение для детской самости (собственного «Я», Selbst), а также для социальных связей ребенка можно было бы, наверное, оценить как очень удобную для системной терапии (как, например, результаты исследований взаимной «аффективной настроенности» терапевта и системы клиента).

#### **15.4. Десолидаризация и недостающая этика**

Развитие конструктивистского образа мышления происходило практически одновременно с развитием мышления постмодернизма и с социальным процессом, который социологи называют индивидуализацией и плюрализацией жизненных ситуаций и жизненных стилей. Все, что задано наперед, что связывает, что является общим, с течением времени ослабляется, а каждый индивид получает возможность и должен постоянно отстаивать правила игры своего внешнего существования и даже свою идентичность. Этот тезис, собственно говоря, и характеризует конструктивистский образ мышления.

Критика же бьет по негативному аспекту этого тезиса. С идейно-политической точки зрения процессы развития в определенный период времени происходят параллельно с рыночно-экономическими, неолиберальными тенденциями. Частные рыночные процессы и необщественные формы заботы о существовании должны регулироваться удовлетворением потребно-

стей человека. С социально-политической точки зрения процессы развития в определенный период времени идут параллельно с уменьшением социальных достижений государства.

Хотя конструктивистский образ мышления и не обвиняют в том, что он, дескать, пропагандирует неолиберальные стратегии развала государства социального типа, однако принято считать, что этот образ мышления хорошо приспособлен к разному рода деконструктивистским стратегиям и может пользоваться ими достаточно успешно (Graf, 1994). Поэтому не следует отбрасывать то, что:

- многие системники работают консультантами по вопросам организации предпринимательства; их становится все больше в сфере социального обслуживания со всеми ее изысканными рационализаторскими стратегиями. И здесь системники пользуются спросом. Очевидно, что системная теория на практике способствует процессам оптимизации, обнадеживающие последствия которых приводят к освобождению рабочей силы;
- некоторые (отдельные) ключевые слова современной конструктивистской системной дискуссии хорошо вписываются в рыночно-экономические формулы. Особенно выразительно это прослеживается в таких понятиях, как «радикальная рыночная экономика» (Simon, 1991a) или «нацеленность на клиента как системная философия услуг» (Schweitzer, 1995a). Впрочем, обе формулы не претендуют на «немедленное внедрение в рыночный процесс». Ф. Симон (Simon) говорит о системном описании процессов обмена между людьми («Кто торгует, тот торгует»), у Швайцера речь идет о поиске метафор для более ответственного отношения к желаниям потребителя в далеких от рынка сферах системных услуг (раздел 5.9 и далее). Но можно спросить себя: насколько подобные метафоры дескриптивно поддерживают господствующие нелиберальные дискурсы и даже могут усиливать эти дискурсы прескриптивно?
- если самому себе написать инструкцию «как быть несчастным» (Watzlawick, 1983) и упорно ее выполнять, то и в этом случае не всегда удастся стать кузнецом своего собственного счастья или несчастья. Следовательно, далеко не всегда мы сами оказываемся виноватыми в собственной бедности или существовании впроголодь (Bohrke, 1985). Возможно также, конструктивистское мышление необходимо еще и для того, чтобы бедным и отброшенным «подкинуть» особую ответственность за самих себя? Опасность этого (конструктивистского) подхода понятна — даже если не отождествлять достижения системных идей с консерватизмом.



Наиболее дифференцированную критику семейной терапии, ориентированной на кибернетику первого порядка, можно найти в работе Бауридль (Bauriedl, 1980). Автор видит опасность в том, что концепции, ориентированные на принятие решений, могут быть использованы для укрепления защит, и тогда сама терапия становится неспособной ориентироваться на переживания. Исключительно позитивистская трактовка поведенческих проявлений (раздел 2.9) использует, как правило, манипулятивные терапевтические техники — поскольку лишь так удастся сохранить связь «субъект-субъект». Критические замечания Бауридль о скрытом злоупотреблении терапевтическим влиянием, особенно в морально неустойчивом обществе (которое и обвиняют в манипулятивности), остаются, по нашему мнению, актуальными для личности каждого терапевта. Что же касается кибернетики второго порядка, то независимо от дискуссий она способствовала включению диагностирующих врачей и терапевтов в «теорию относительности» отношений между людьми на основе релятивистских позиций.

Подобные критические замечания ставят во главу угла вопрос об этических аспектах системно-конструктивистского образа мышления. В основе статьи фон Шлиппе (von Schlippe, 1991) о системной этике лежит известное правило фон Ферстера: «Действуй всегда так, чтобы увеличить количество возможностей» (von Foerster, 1988, 1993). Внешне произвольный характер системной теории подчеркивает лишь собственную ответственность (von Foerster, 1993), а никак не то, о чем говорят Р. Нуэзе и его соавторы (Nuese et al, 1995). А говорят они о сугубо «прагматических и утилитаристских представлениях об этике».

#### **Четыре основные этические позиции системной терапии:**

- 1) Думай и действуй обоснованным с экологической точки зрения путем (или: «Всегда найдется более широкий контекст»).
- 2) Обращай внимание на свои определения и оценки (или: «Все могло бы сложиться совсем по-иному»).
- 3) Вспомни о своей личной ответственности (или: «Не существует «правильно и неправильно»; ты — часть контекста, и все, что ты делаешь, будет иметь последствия!»).
- 4) Позаботься о том, чтобы отличия были найдены достойным образом (или: «Добавь к картине клиента/клиентов что-нибудь новое»).



Если такая позиция не может основываться на «объективности» или «истинности», то и собственные поступки всегда будут оцениваться в «неточном масштабе», который каждый раз необходимо сравнивать с этикой общества, устанавливающей систему ценностей. Замечания Г. Бейтсона о необходимости осознавать нашу включенность в более широкие циклы, говорит нам, что любое одностороннее массивное воздействие на природу и жизнь человека потенциально вредно для экологической системы и приводит нас к «этике неинтервенции». Иногда лучше реагировать, применяя более мягкую интервенцию, чем более массивную (Schweitzer, 1989; Liechti et al., 1989). Понимание экологии, выводимое из системного понимания самого себя, означает, что мы сами являемся частью наблюдаемого нами процесса. С этой точки зрения другой человек также является частью нас самих; если мы вредим ему, то вредим также и самому себе.

В системно-конструктивистском мышлении конечно же отсутствует такая этическая категория, как «справедливость», особенно категория солидарной этики (в таких случаях, как правило, говорят, что у множества других психологических теорий также отсутствует собственная внутренняя, имманентная этика). Однако на необходимость такой этики неоднократно указывали теоретики движения социальных работников (Staub-Bernasconi, 1986), теоретики постмодернизма (Baumann, 1991), а также консультанты-системники (Pfeifer-Schaupp, 1995, 1996). Но если общество, устанавливающее ценности, считает их значимыми, то такое общество может определять свою собственную «дискурсивную этику» (Pfeifer-Schaupp, 1966) на основе взаимопризнанных интегрирующих (объединяющих) ценностей.

#### **15.5. «Бистро-терапия»: должна ли хорошая терапия быть краткосрочной?**

Когда системная терапия, а впоследствии и системное консультирование закладывали фундамент своего развития, критерии «хорошей» психотерапии уже давно были определены психоанализом. К этим критериям относилось достаточно большое число психотерапевтических сеансов. Финансирование

психотерапии немецкими страховыми компаниями с 1969 года предусматривало приблизительно 80 сеансов, а финансирование психоанализа — почти 240 часов. Частный и учебный анализы часто выходили далеко за границы этих критериев. Интересно, что в ходе своего исторического развития психоаналитическая терапия становилась все более продолжительной. Х. Штирлин охотно цитирует свой разговор с М. Балинтом, откуда мы узнаем, что еще во времена Фрейда и Ференци можно было успешно завершить курс учебного анализа за период от трех месяцев до полугода. Семейная, а впоследствии и системная терапия, наоборот, постепенно становилась все короче. Понятно, что на этот счет также имеется критическая точка зрения — и не только со стороны психоаналитиков.

Если терапию пытались определять исключительно как способ разрешения проблем и если такое определение обесценивает более широкое понимание терапии (как самопознание, поддержку и т. п.), то в этом стремлении может проявиться редукционизм, несовместимый с системной теорией познания. Ведь лишь различие точек зрения дает право на существование разных перспектив видения одного и того же предмета (объекта) (Kriz, 1985). К тому же видение через призму какой-либо отдельной позиции не позволяет охватить все важные аспекты человеческого бытия. Отсутствие проблем также может оказаться проблемой — когда в процессе получения собственного опыта или учебной терапии выясняется, что предыдущий беспроblemный образ жизни скрывает отчуждение от самого себя (Portele, 1992). Такая жизнь может оказаться формой насилия над самим собой и одновременно приспособлением к среде, требующей неукоснительного функционирования.

«В обществе, где доминируют формализация, квантификация и абстракция в мышлении и деяниях, в таком обществе формирование чувственных понятий, а также осознанная чувственность будут означать освобождение от зависимости. В обществе, целью которого является лишение чувственности, в котором молчание организма принято считать здоровьем, а отсутствие чувств — нормой, в таком обществе телесность, способность ощутить себя, говорить на языке органов и понимать его ... становится открытием отношений посредством внутренней близости, сердечности, теплоты и любви» (Schuch, 1988, с. 131).

Для таких нарушений, как «расстройства отношения к самому себе», системная терапия до сих пор не нашла иного кон-



нептуального обеспечения, чем психоанализ, гештальт-терапия или клиент-центрированная терапия. Клиентов, обращающихся к системным терапевтам с диффузным неудовлетворением, можно перенаправить куда-либо с комплиментом, с творческой и даже остроумной интерпретацией, после которой проблема может обернуться неплохим решением. Бауридль (Bauriedl, 1980) предупреждала, что понимание терапии как процесса, ориентированного исключительно на быстрый результат, может усилить обусловленные обществом защитные процессы. Особая чувствительность к проблемам зависимости может также перейти в специфическую защиту. Если лозунг краткосрочной терапии гласит: терапия более десяти сеансов есть результат плохой работы терапевта, то сама терапия неизбежно превращается в идеологию. И тогда каждый, кто страдает от постоянного давления со стороны общества, требующего быть эффективным в своих действиях и поведении, в терапии начинает бороться именно с этими механизмами. Соответственно появляется искушение рассказывать победные истории о том, как «быстро и хорошо» прошла терапия. «Проигранные истории — дело тех, кто учится» (von Schlippe, 1995b).

Поэтому необходимо особенно трепетно относиться к пониманию такой важной терапевтической функции, как необходимость достижения изменений. Речь идет о понимании не в смысле: «Так было, и потому я такой», а в смысле: «Так я переживал свою судьбу, так я ее осмыслил (проработал), все это было и остается моей болью, и именно так я до сих пор от нее защищался». Лишь в таком случае можно использовать освобождающий потенциал симптома или диффузного ощущения неудовлетворения. Этот процесс длится дольше, чем несколько сеансов.

Приведенные соображения не означают отказ от критических замечаний относительно высокочастотной терапии и ее значения. И все же, между 5-ю и 400-ми сеансами (соответственно, «как типичными случаями») находится широкое поле возможных форм контакта. Распространение неинвазивных (без быстрого и массивного вмешательства во внутреннюю жизнь. — *Прим. пер.*), нормализующих техник, достигнутое с помощью системной терапии, и вытеснение патологизирующих и кооперирующих методов было бы приостановлено, если бы «путешествие» вместе с клиентами в поисках разгадки их прошлого или прошлого их семей оказалось невозможным. В системной



терапии и консультировании наряду с «контрактной формой решения проблемы» должны занять свое место и «контракты на открытие самого себя» (раздел 4.6 и далее). Наконец, следует иметь в виду и те формы контракта, которые при установлении устойчивого доверия дадут возможность клиентам говорить, к примеру, на особо интимные темы. Соответствующие примеры приводит Браверман (Braverman, 1990).

Новые положения медицинского страхования, например в США, ограничивают число психотерапевтических сеансов максимум 20 при серьезных психиатрических проблемах и до 6–10 при «нормальных проблемах». Это создает неприятную «поспешность» (как для клиентов, так и для терапевтов), «желание быть кратким», которое, кстати, критикуют даже терапевты, заинтересованные в краткосрочных техниках. Так, Ева Липчик (Eve Lipchik, 1994) подчеркивает, что с позиций терапии, ориентированной на решение, сотрудничество между терапевтом и клиентом может и должно касаться тем, которые клиент еще не в состоянии сформулировать.

«Процесс (краткосрочной системной терапии. — Прим. авт.) должен происходить быстро, но без спешки; методично и последовательно, но не стандартно; эффективно, но ни при каких условиях не безлично; четко сфокусированно, но с пониманием всех до сих пор скрытых «сообщений» со стороны клиента. Краткосрочная терапия требует такой же утонченности, терпения и эмпатии, как и каждая другая хорошая терапия. Чрезмерно «быстрые» терапевты окажут себе, своим клиентам и системе здравоохранения добрую услугу, если постараются не забывать пословицу: «Краткосрочная терапия происходит медленно»» (Lipchik, 1994, с. 234).

## **16. Что использует системная терапия?**

### **О состоянии экспертной оценки эффективности**

Настойчивое требование эмпирических подтверждений эффективности предлагаемых услуг, обусловленное обострением дискуссий о полезных/бесполезных затратах, в 1990-е годы неоднократно привлекало внимание к проблеме экспертной оценки системной терапии и консультирования. Следовательно, эту тему необходимо рассмотреть и в нашей книге.

Прежде всего напомним некоторые критические замечания о «духе времени», который сегодня ассоциируется со словами «гарантия качества». Наверное, следовало бы проверить некоторые дискуссионные гипотезы и спросить себя: что же на самом деле означает то, что именно теперь обострились дебаты вокруг «научности» терапевтических методов. Как показывают многочисленные дискуссии вокруг основательного исследования эффективности психотерапии, проведенного фон Граве и др. (von Grave et al., 1994), чрезмерное выпячивание методических вопросов и отодвигание в тень вопросов, касающихся содержания самой психотерапии, начинает давить на специалистов, принимающих участие в этих дискуссиях. Все настойчивее звучит мысль о том, что речь, по-видимому, идет скорее о политических, чем о собственно профессиональных вопросах (Hargens, 1994b). Криц, полемизируя с Граве и другими исследователями в области психотерапии, подчеркивает, что методика и статистика не могут заменить содержательных дискуссий. В каждый исследовательский вопрос проникают субъективные взгляды исследователя; и чем точнее является методика, тем труднее эти взгляды распознать. Проблема психотерапевтического исследования для него состоит в том, что «нам иногда кажется, будто мы говорим исключительно о методических вопросах. На самом же деле за этими вопросами мы зачастую прячем весомые мировоззренческие замечания, не сводимые к какому-нибудь единому целому» (Kriz, 1996, с. 146).

Рассмотрим вопрос о том, что означает содержательное наполнение исследуемых методов. Этот вопрос, как указывает Шипек (Schiepek, 1994), интересует не только системную терапию: «Гетерогенный набор практик системной терапии имеет хотя и слабо выраженное, но все же определенное «семейное сходство». И далее: «Другие терапевтические течения как в своих концепциях, так и на практике тоже приближаются к семейности. Таким образом, все сводится к сравнительным исследованиям либо разных вариантов в рамках одного и того ж метода, либо разных методов между собой». Существуют достаточно очевидные причины сомневаться в том, что внутри метода отличий меньше, чем между разными методами (von Schlippe, 1998).

В исследованиях эффективности родственных терапевтических техник возникает еще одна проблема — проблема расхождения в критериях того, что принято называть успешной



терапией. Но даже если считать, что и эта проблема решена, то возникает следующее расхождение: как операционализировать и измерять саму успешность. Вокруг всех этих вопросов ведутся активные дискуссии, но окончательного решения они иметь не могут, так как сами исследовательские процессы всякий раз требуют принятия новых и новых решений. Кроме того, как указывает Криз (Kriz, 1991), использование «классических инструментов» анализа при системно-эмпирической постановке вопросов может порождать целый ряд принципиальных проблем и артефактов. Ссылаясь на работы Крица (Kriz, 1981, 1991, 1996), отметим, что суть его высказываний сводится к тому, что под маркой «научного» исследования могут прятаться острые идеологические противоречия: «Возможно, через полстолетия ученые будут цитировать нынешние дебаты как полемику на тему: «Влияние культур и идеологий на науку»».

Встает вопрос: кто, собственно, определяет поле игры, на котором возникают споры? Для иллюстрации этого вопроса приведем такой пример. Доминирующая логика исследований в области экспертных оценок эффективности, по сути, подтверждает эффективность тех терапевтических направлений, которые именно этой логике и придерживаются. Так, поведенческие варианты семейной терапии и терапии пар значительно легче поддаются стандартизации с помощью учебников, чем методы с более гибкими и эвристическими правилами, представленные в этой книге (см. также: Wynne, 1988). Шэдиш и Суини (Shadish & Sweeney, 1991) показали, что степень стандартизации методов терапевтической интервенции вносит существенный вклад в очевидно «продуманную» эффективность поведенческих подходов — прежде всего потому, что стандартизированные критерии легче измерять. Если системные терапевтические стратегии внедрять в практику на основе подобной стандартизации (Green & Herget, 1989), то и они будут очень эффективными. Уитмен и Мэтт (Wittmann & Matt, 1986) указали на то, что специфика измерительного инструмента для терапевтического метода (например, шкала тревоги для поведенческой терапии фобий) будет тесно связана со степенью измеряемой эффективности. И действительно, Шапочник и его коллеги (Szapocznik et al., 1989) продемонстрировали четкую результативность хорошо структурированной семейной терапии, подкрепленной шкалами, специально созданными для этого терапевтического метода («*Structural Family System Ratings*»). Системная терапия, как кибернетика второго порядка, имеет не слишком много возможностей для измерения собственной эффективности. По сравнению с другими методами она пока не производит впечатления «лучшего игрока на чужих полях» (Kriz, 1991). Единственная из известных нам попыток разработать собственный метод измерения терапевтического успеха принадлежит Курту Людевику (Ludewig, 1993).



Все упомянутые аспекты нужно принимать во внимание, чтобы далее подробно рассмотреть «состояние дел в сфере исследований». Естественно, мы заинтересованы в доброкачественных эмпирических данных, свидетельствующих прежде всего о состоянии системной терапии. При этом мы понимаем, что и нам не удастся полностью освободиться от идеологии и что собранные нами результаты, сгруппированные и изложенные по-другому, выявили бы совсем иную картину.

### **16.1. Общий обзор**

В истории семейно-терапевтических или системно-ориентированных попыток проведения экспертной оценки эффективности можно описать разные фазы.

Из поколения пионеров можно вспомнить рабочую группу, сплотившуюся вокруг С. Минухина и пытавшуюся найти эмпирические доказательства эффективности собственной терапевтической деятельности. Апонтэ и Ван Дойзен в своем обзоре приводят данные 8 катамнестических исследований и 7 исследований терапевтического процесса (Aponte & VanDeusen, 1981). В этих исследованиях нередко содержались интересные творческие находки. Так, во время семейного интервью у детей измеряли содержание свободных жирных кислот: оказалось, что у определенной группы детей, больных диабетом, показатели кислот изменяются в соответствии с интенсивностью конфликта между родителями, а у других детей подобная зависимость не наблюдалась (Minuchin et al., 1981). Группа М. Сельвини Палаццоли пыталась получить эмпирические данные (например, при инвариантных интервенциях — Selvini Palazzoli & Prata, 1985), однако все их усилия оставались на уровне описательного обобщения отдельных выводов, не воспринятых эмпирической наукой.

«Конструктивистская революция» в начале 1980-х годов углубила сомнения в самой возможности объективно изучать влияние терапевтических интервенций и привела к уменьшению эмпирической активности в пользу подробных описаний отдельных случаев (так называемой казуистики. — *Прим. пер.*) и познавательно-теоретических семинаров (в 1987 году фон Ласк (von Lask) дал этим объективистским попыткам унижительное название «эписто-пузырьки»). В семейно-терапевтической ли-

тературе наблюдается оживленная дискуссия между представителями «конструктивистской революции» (например, Брэдфорд Кини, Линн Хоффман или Карл Томм) и теми исследователями психотерапии, которые старались не «выплеснуть ребенка вместе с водой».

Томм доказал, что концепция циркулярной каузальности не позволяет различить зависимую и независимую переменные, из чего следует, что всякое традиционное психотерапевтическое исследование оказывается неубедительным. Гармэн (Gurman, 1983), один из ведущих представителей семейно-терапевтических экспертных исследований, ответил на это следующим образом. Традиционное психотерапевтическое исследование лишь тогда будет выглядеть неубедительным, если задавать «неправильные и слишком наивные вопросы», в которых предусматриваются линейные, прямые связи между зависимой и независимой переменными. Традиционный арсенал методов эмпирического исследования (например, многофакторный корреляционный и регрессивный анализ) предоставляет исследователям семейной терапии множество возможностей для изучения системно-релевантных (здесь: значимых. — *Прим. пер.*) вопросов в области системно-терапевтических связей между переменными, отображающими терапевтические интеракции и терапевтическую циркулярность. Об этом пишет также Уинн (Wynne, 1988). «Новые эпистемологи не должны бояться ничего, кроме собственных наблюдений в области психотерапевтических исследований», — подводит итог Гармэн (Gurman, 1983). Независимо от этого активизировалась и академическая деятельность в сфере семейных исследований (Olson & Miller, 1983). В Германии Клаус Шнеевинд (Klaus Schneewind) работал над тем, чтобы «причислить» семейную психологию к когорте психологических дисциплин (1991). Нужно сказать, что авторы этих исследований относились и продолжают относиться к семейной терапии достаточно позитивно. Они внимательно и критически следят за всеми ее исследованиями (например, Schneewind, 1991).

Параллельно продвигались и исследования экспертной оценки эффективности семейной терапии. Появились работы, нашедшие применение даже в представленных нами мета-анализах. В последнее время все чаще звучит вопрос о самодостаточности хорошо спланированных системно-психотерапевтических исследований. Шипек, например, предлагает изменить саму практику этих исследований. Не отказываясь от разнообразных количественных и качественных эмпирически-линейных методов, считает он, надлежало бы применять нелинейные методы и проверять «дизайн» каждого исследова-



ния с точки зрения его экологической состоятельности (Validitaet, Schiepek, 1994)

Некоторые авторы считают *качественные исследования* «выражением исследовательской логики» конструктивистских терапевтических подходов, где основное внимание уделяется нарративному изучению индивидуальных случаев (Moon, Dillon & Sprenkle, 1996). Еще одна концепция объединяет качественные методы (интервью, наблюдение, этнографические данные и др.) с количественными методами исследований (например, инферентную статистику), предлагая своеобразный мост между традиционным экспертным исследованием и конструктивистским образом мышления (Sells, Smith & Sprenkle, 1995). Несколько иным путем пошли последователи синергетической модели психотерапии. Они тщательно изучают ход психотерапевтического процесса с помощью динамических математических моделей и инновационных методов анализа (например, последовательно-планового анализа), а затем интерпретируют все на микроуровне (Schiepek et al., 1995a,b; Schiepek & Strunk, 1994; Tschacher & Grawe, 1996).

Эксперты еще не пришли к согласию о том, насколько эмпирически защищена и надежна оценка эффективности системной или семейной терапии. Наоборот, в специальной литературе приходится иметь дело с бесконечным количеством противоречивых мыслей, утверждений и оценок. Высказанные соображения относятся или к обобщающим методам, или к критериям проведения исследований, или же к терапевтическим направлениям, которые представляют сами авторы. В «старых» обзорных работах, подводящих итог исследованиям без контрольных групп, чаще подчеркивается положительная картина системной семейной терапии и терапии пар (Gurman & Kniskern, 1978, Nash deWitt, 1980, Aponte & VanDeusen, 1981). Новые исследования, проведенные с использованием так называемого вторичного анализа данных, полученных на основе метаанализа и/или «*box-counting*»-методов (см. ниже), учитывают лишь качественные оценки с привлечением контрольных групп. Здесь результативность семейно-терапевтического лечения оценивается скорее скептически, хотя диапазон всех оценок варьируется от критических до преимущественно положительных выводов.

Вот некоторые примеры. Исходя из данных вторичного анализа, можно прийти к выводу, что «полученные раньше результаты ни в коем случае



не могут быть предложены в качестве доказательства эффективности семейной терапии» и что «о каком-либо явном преимуществе здесь вообще речи быть не может» (Heekerens, 1990). В экспертной рецензии к психотерапевтическому закону (Meyer, 1991) можно встретить такие выводы: «Хотя эффективность системной семейной терапии как терапевтического метода до сих пор не выявила каких-либо отрицательных результатов, однако имеющиеся сегодня доказательства ее эффективности и в целом, и по отдельным качествам нельзя рассматривать как однозначно удовлетворительные». И наоборот, эффективность системной терапии специалисты могут считать настолько обоснованной, что не видят необходимости в проведении дальнейших экспертных исследований с использованием простых контрольных методов (Shadish et al., 1993). На основе обобщения вторичных (секундарных) методов анализа, представленных в англо-американской литературе, Буммерт и его коллеги (Bommert et al., 1990) пришли к следующему выводу. При успешности приблизительно 2/3 из всех рассмотренных случаев «эффективность семейной терапии» (особенно неповеденческих ее вариантов) можно считать достоверной, а семейную терапию — эффективной или, по крайней мере, такой же успешной, как и другие формы лечения. Норма обострений составляет приблизительно 3%, что наблюдается также и в индивидуальной терапии.

## **16.2. Результаты секундарного анализа**

Понятие секундарного (вторичного) анализа предусматривает обобщение уже существующих исследований и их сравнение по определенным статистическим правилам. Психотерапевтические исследования используют два вида вторичного анализа.

1) При *стандартном Box-Count-подходе* подсчитывают статистически значимые результаты и символически «раскладывают» их в три «коробки» (*boxes*): значимо-положительные, значимо-отрицательные и незначимые результаты. Далее их представляют в сравнении (Hedges & Olkin, 1985). Пример обобщения семейно-терапевтических исследований по этой модели приводит Хикеренс (Heekerens, 1990a). По методическим и содержательным причинам его подход критиковали представители разных школ. Проблема здесь в статистической доказательности: известно, что при одинаковой «силе эффекта» исследование тем быстрее дает значимый результат, чем большей является величина выборки. Однако психотерапевтические исследования чаще всего проводятся на малых контрольных

выборках (83% работ, проанализированных Граве и др.) (Grawe et al.), выполненные на материале, который составили обследованные группы, состоящие максимум из 30 участников, — как это показали в 1994 году Гельдшлегер и Рунде (Geldschlaeger & Runde). Если сопоставить большинство из этих результатов (по-видимому, невалидных вследствие недостаточно репрезентативной группы), то можно увидеть так называемую ошибку «второго типа»: самые важные данные и самые интересные результаты остаются за пределами систематических исчислений. «Чистое» сравнение достоверностей приводит к тому, что достоверные отличия, полученные при проведении даже идеально спланированного исследования с участием 100 человек, имеют такое же значение, как и достоверные отличия на основе результатов слабых в методическом плане исследований с участием 10 человек (Geldschlaeger & Runde, 1994). Еще одна проблема состоит в том, что исходной точкой метаанализа и Vох-Count-подхода является положение о вариабельности терапевтических и контрольных групп, на первый взгляд, казалось бы, однородных при их обследовании до и после терапии. Фактически же вариабельность терапевтической группы после терапии является более высокой (проблема расширения вариабельности), что отрицательно влияет на статистические показатели (более подробно см.: Cook & Leviton, 1980, Geldschlaeger & Runde, 1994).

2) *Метаанализ* — второй вторично-аналитический метод — обеспечивает возможность количественной (то есть достаточной по численности) интеграции достоверных и недостоверных данных первичного исследования и позволяет дифференцированно интерпретировать вариабельность этих данных. Существует множество комбинированных математических и статистических методов оценки, позволяющих объединять исследования на метааналитическом уровне. Самым важным здесь является понятие *эффективности результатов*, с помощью которого можно стандартизировать неодинаковые выводы из различных работ и сравнивать их между собой. Чаще всего выявленные в отдельных первичных исследованиях показатели эффективности результата сводятся к усредненной величине, а далее эффективность каждого отдельного терапевтического направления уже отображена этой средней величиной. Вычисление эффективности результатов происходит по простой формуле: разница между средними значениями для терапевтической группы и для контрольной груп-



пы при посттестировании (тестирование после терапии) делится на значения посттестовой дисперсии (что предусматривает однородность вариабельности и чего практически никогда не бывает). Так мы получаем метрическую шкалу, на которой 0 означает отсутствие изменений, положительные значения свидетельствуют об улучшении, а отрицательные — об ухудшении после терапии (Grawe & Braun, 1994).

Отметим, что свой обширный сравнительный анализ психотерапевтических исследований Граве и его коллеги (Grawe et al., 1992, 1994) основывали на обоих подходах — как Voh-Count-подходе, так и вычислении величин эффективности результатов.

Для более детального ознакомления со статистическими концепциями отсылаем читателей к работе Фрике и Трайниса (Fricke & Treinies, 1985), а также к специальному выпуску журнала «Консультирование и клиническая психология» (1983, № 1), посвященному вопросам метаанализа.

Следует сказать, что и метаанализ не обошелся без критики. Так, были выдвинуты серьезные замечания, касающиеся вычисления величин эффективности результатов, за которыми нельзя распознать качественные отличия между терапевтическими методами: не принимается во внимание, что сравниваются «яблоки и груши» (Reinecker, Schiepek & Gunzelmann, 1989). Современные методы планирования и проведения метаисследований все больше угрожают растворить в себе субъективные подходы, рассматриваемые ранее как вполне «респектабельные». Кроме того, выводы, полученные при метаанализе, искажены разной надежностью измерительных инструментов, а клиническое значение изменений часто упускается из виду. И, наконец, метаанализ дает преимущество таким исследованиям, в которых используются несколько величин эффективности для одного и того же вида терапевтических изменений. «Чтобы достичь успеха, Граве (Grawe) и его коллегам можно порекомендовать использовать как можно больше измерительных инструментов, полагаясь на то, что один из них выявит какое-то отличие» (Geldschlaeger & Runde, 1994). Айзенк (Eysenck, 1978) назвал метаанализ «упражнениями в метаглупости».

Еще на один важный момент — на различия культур указывают Грин и Хергет (Green & Herget, 1991). Они считают, что в американском культурном контексте лечить клиента в стиле первичной Миланской модели было бы совершенно неуместно, так как эта модель в США рассматривалась бы как слишком



авторитарная и абстинентная. Если метаанализ не будет отфильтровывать культурные отличия, то возникнет опасность сравнения, например, не только яблок с грушами (и те, и другие, по крайней мере, являются плодами с зернышками), но и пиццы с деревянными башмаками.

Сегодня у нас есть данные метаанализа системно-терапевтических или семейно-терапевтических экспертных исследований (von Hazelrigg et al., 1987; Hahlweg & Markmann, 1988; Meyer et al., 1991; Shadish et al., 1993); Grawe et al., 1994).

При этом бросается в глаза, что количество взятых для исследования работ очень различается — именно потому, что критерии, согласно которым проводился метаанализ, оказались слишком разными. Среди отобранных для сравнения работ по семейной терапии Мейер и его коллеги оставили лишь восемь, Граве и его сотрудники — десять. Важным критерием исключения в обоих указанных исследованиях семейной терапии была длительность работы менее четырех сеансов; таким образом, более короткие случаи терапии не имели никаких шансов быть включенными в анализ. Людевиг (Ludewig, 1983), в свою очередь, сообщил, что средняя продолжительность всех исследуемых терапевтических случаев составляла 2,9 сеанса. Хэзелригг и его коллеги включили в анализ 20 семейно-терапевтических работ, а Шэдиш и его сотрудники, обобщая труды по семейной терапии и терапии пар, — 163 работы. Хальвег и Маркманн, специально исследовавшие поведенческую терапию пар, остановились на анализе 17 первичных публикаций.

Интересно, что оценка эффективности самих метаанализов мало отличается от некоторых положений, используемых при рассмотрении нарративных вторичных исследований.

1) Семейная терапия и терапия пар дают положительные результаты по сравнению с нетерапевтическими контрольными группами.

Расчеты Шэдиша и его коллег (Shadish et al., 1993) и Хэзелригга и др. (Hazelrigg et al., 1987) показали почти идентичную эффективность результатов этих терапий — соответственно 0,51 и 0,45 или 0,50, определяемую ими как средняя. Однако поскольку надежность измерительных инструментов в семейной терапии является невысокой или средней, то можно ожидать, что приведенные данные могли бы быть выше при использовании соответствующих корректирующих формул (Fricke & Treinies, 1985). У Шэдиша (Shadish et al 1993) эффективность результатов системной терапии пар составила 0,63.

Для поведенческой терапии пар данные оказались еще выше: исследование Хальвега и Маркманна показало, что здесь эффективность результатов достигает 0,95. Если сделать перерасчет, то это означает, что 83% случаев экспериментальной выборки в конце терапии показывают лучшие посттестовые значения, чем случаи из контрольной выборки. Это поразительное на первый взгляд значение окажется относительным, если сопоставить его с расчетами, проведенными Шэдишем и его сотрудниками для эффективности результатов поведенческой терапии пар. Нужно принять во внимание, что авторы включают в свои исследования неопубликованные диссертации. Зачастую исследования не публикуются именно вследствие недостоверности полученных результатов, что, конечно, также вносит изменения в общую картину. В конце концов Шэдиш и его коллеги «остановились» на показателе 0,74, достоверно не отличающемся от указанного выше показателя 0,63.

2) Семейная терапия располагает положительными результатами по сравнению с некоторыми альтернативными терапевтическими методами.

Хэзеприг и его коллеги утверждают, что преимущества семейной терапии по сравнению с другими методами исчезают при более длительном катамнестическом наблюдении. Шэдиш и его коллеги, а также Хальвег и Маркманн не обнаружили никаких достоверных отличий в показателях эффективности между посттестовыми и катамнестическими исследованиями.

3) Нет данных, которые указывали бы на то, что семейная терапия имеет худшие результаты по сравнению с другими методами.

В целом специфические особенности модератора и медиатора, не имеющие непосредственного отношения к развитию терапевтической ситуации, могут более существенно влиять на вариабельность эффекта, чем само терапевтическое направление (Shadish & Shadish, 1991, Shadish et al., 1993). Как уже упоминалось, эффективность результатов уменьшается при включении в анализ данных неопубликованных диссертаций и увеличивается, если измерительные инструменты терапевтического «успеха» хорошо отображают сильные стороны данного терапевтического направления. И, наконец, следует иметь в виду, что зарегистрированные отличия эффекта разных терапевтических направлений могут отображать психотерапевтическую ориентацию самого исследователя. Иногда психотерапевтическая ориентация исследователя отражается на его результатах в той же степени или даже сильнее, чем содержательные и экспериментально под-



твержденные отличия между терапевтическими направлениями как таковыми (см. также Alexander et al., 1994).

Сказанное хорошо иллюстрируют примеры из двух работ, выполненных при участии Клауса Граве, профессора психологии из Берна. Его публикации в свое время находились в центре немецкоязычной дискуссии. Граве, Донати и Бернауэр (Grawe, Donati & Bernauer, 1994) высказали такое соображение: «Профиль дифференцированной оценки (в виде биномиального теста) при сравнении психоаналитической и семейной терапии свидетельствует о лучшей результативности семейной терапии». Если даже эта мысль действительно базируется лишь на исследовании, включающем 30 отдельных сравнительных наблюдений, то все же она резко контрастирует с выводами Мейера, Граве и др. (Meuer, Grawe et al., 1991) в научной рецензии психотерапевтического закона: «До сих пор нет никаких оснований для выделения системному подходу отдельного и равнозначного места наряду с психоаналитическим методом». При интерпретации такого разительного противоречия не мешало бы напомнить, что соавторами Граве в 1991 году еще были известные психоаналитики, а в 1994 году — уже нет.

Подводя итоги, можно сказать, что эмпирические достижения исследований эффективности семейной терапии явно недостаточны для противопоставления семейной терапии академически признанным методам — по крайней мере, в том поле современных дискуссий, на котором они происходят. И все же количество работ для такой молодой и гетерогенной модели, как модель системной терапии, значительно, а состояние результатов — многообещающе.

Более интересными, чем попытки оправдать собственный подход в научной традиции, являются, по нашему мнению, работы, выполняемые как «по эту», так и «по ту» сторону вынужденной необходимости контрольных групп. О некоторых из них мы расскажем в следующем разделе.

### **16.3. Экспертные исследования эффективности «по ту и по эту сторону» навязанной необходимости контрольных групп**

Множество исследований, проводившихся в ведущих центрах семейной терапии, обнаружили широкий спектр клини-



ческих возможностей оценивать эффективность терапии — даже без включения в метаанализ контрольных групп (по причине отсутствия). Ниже кратко описаны некоторые важнейшие исследования, проведенные как с включением контрольных групп, так и без них.

В университете МакМастера в Гамильтоне (Канада) оценивались 279 случаев семейной терапии с детьми и подростками — идентифицированными пациентами при лечении по модели МакМастера (Woodward et al., 1981, Santa-Barbara et al., 1979). Для достижения специфической и согласованной с моделью терапевтической цепи параллельно выяснялись: «удовлетворение» клиентов, достижение специфической индивидуальной терапевтической цели, а также дальнейшая потребность в лечении после завершения терапии. При высоких показателях выздоровления (79%) оказалось, что «объективные» переменные параметры и субъективное удовлетворение клиентов связаны между собой лишь незначительно.

В Детской консультативной клинике в Филадельфии (центре структурной семейной терапии) были проведены многочисленные экспертные обследования детей и подростков, больных астмой, диабетом и анорексией (1970-е годы). В первом объемном исследовании принимали участие 13 семей с детьми-диабетиками, 23 семьи с детьми-аноректиками и 10 семей с детьми-астматиками (Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman, Todd, 1975, цит. по: Gurman & Kniskern, 1981). Показатели выздоровления в этом исследовании составляли приблизительно 90%. Однако в дальнейшем этот чрезвычайно высокий результат повторить не удалось. В другом исследовании (Minuchin et al., 1981) принимали участие 53 семьи с детьми, болеющими анорексией. Здесь показатели выздоровления составили 86%, что с учетом довольно неблагоприятного прогноза заболевания (Gurman et al., 1986) явилось достаточно неожиданным результатом. Что же касается исследований диабетиков, то спустя два года произошел оживленный критический диспут на эту тему (см.: Coyne и Anderson, 1988, а также Rosman и Baker, 1988). Недостатком катамнестических исследований здесь было признано отсутствие контрольных групп, из-за этого обследование диабетиков не было включено в метаанализ. И все же эти исследования не были лишены содержательности. С одной стороны, поражает их значительное количество; с другой стороны, их можно воспринимать как своего рода «изучение групп самоожидания»: в течение длительного времени отмечалось количество госпитализаций до и после проведенной терапии, а следовательно, сравнивались соответствующие (до и после) временные интервалы.

Экспертная оценка эффективности системной терапии, *ориентированной на решения*, исходит из простых, но очевидных соображений. Терапия начинается, если клиенты способны воспринимать проблему, и она

эффективна, если клиенты способны принять решение. Но почему тот, кто определяет проблему, не является тем, кто определяет успех? Именно сообщения клиента о разрешении его проблемы оказываются решающим критерием катамнестической оценки. Однако при этом неразрешимыми остаются проблемы «социально желаемого» поведения, определяющего ответ клиента.

Де Шазер и его коллеги (De Shazer et al., 1986) провели телефонный опрос выборки из 1600 пациентов Института краткосрочной терапии (Brief-Family-Therapy Institute) в Милуоки. Приблизительно 70% участников сообщили, что они достигли своей терапевтической цели или, по крайней мере, их состояние улучшилось настолько, что в дальнейшем они больше не нуждались в терапии. Станным, однако, было то, что из 28 клиентов, которые уже во время второго часа сообщили об улучшении своих проблем, 23 человека спустя полгода после завершения терапии заявили, что улучшение у них продолжается до сих пор. Фишер (Fisher, 1984), работая в подобных краткосрочных терапевтических рамках, не смог получить каких-либо катамнестических данных, свидетельствующих о различиях между долго- и краткосрочной терапией.

Людевиг (Ludewig, 1992) сообщает о письменном опросе, проведенном по окончании терапии. Из 532 семей с пациентами, находившимися на лечении в детской и подростковой амбулатории, 225 заполнили «Гамбургскую шкалу экспертной оценки». Часть полученных анкет с ответами составляла 42%. Для уверенности в том, что назад вернулись не только «доброжелательные» (то есть правильно заполненные) анкеты, было дополнительно проведено выборочное телефонное интервью с остальными семьями. После терапии длительностью в среднем 3 сеанса (от 1 до 12 сеансов) около 60% респондентов сообщили, что их проблема решена или частично решена. Около 75% семей заявили об удовлетворительном состоянии ребенка и об удовлетворительной жизненной ситуации в целом. Людевиг показал также, что по критерию «удовлетворенность фактическим состоянием» краткосрочная терапия (1–3 часа) достигает таких же положительных результатов, как и более длительная (более 7 сеансов). Правда, лишь в немногих случаях проблема разрешается во время терапии или непосредственно после нее.

В немецкоязычном пространстве существует несколько завершенных исследований по оценке эффективности системной (семейной) терапии при расстройствах принятия пищи и одно пока еще незавершенное исследование. Обследование 42 семей пациенток с анорексией показало, что после завершения системной семейной терапии и двухлетнего катамнестического наблюдения обнаруживается явное улучшение по таким показателям: увеличение веса, менструация, индивидуация, связи с группой поддержки, взаимодействие с семьей, семейный климат (Weber & Stierlin, 1989). Сравнивались также результаты стационарной глубоко-психологической и нестационарной системной терапии у пациенток с булимией на частично рандомизированной выборке. Пациентки находи-



лись под наблюдением в течение трех и более лет. Метод системной терапии при его сравнении с контрольной группой пациенток, ожидавших терапии (то есть не лечившихся), оказался явно эффективным, однако несколько менее эффективным, чем стационарная терапия (Jaeger et al., 1996). В данное время подводятся итоги шестилетнего катамнестического наблюдения.

По системной терапии психозов имеются два исследования. В первом из них были изучены результаты 60 случаев — по 20 маниакально-депрессивных, шизофренических и шизоаффективных идентифицированных пациентов (Petzler et al., 1989; Petzler, 1994). В качестве меры результативности рассматривался процент регоспитализаций и назначение психотропных средств. После системной семейной терапии процент рецидивов уменьшился у 2/3 всех пациентов, а количество назначенных психотропных средств — приблизительно на 1/3. Во втором исследовании оценивали системное консультирование 18 хронических нестационарных пациентов социально-психиатрической службы (Schweitzer et al., 1995). После консультирования количество госпитализаций в стационар значительно уменьшилось. Самовосприятие пациентов и их оценка консультантами изменялась в направлении «менее психически больной» и «менее ограниченный в преодолении жизненных проблем».

Для семейной терапии делинквентных подростков (преимущественно базирующейся на концепциях поведенческой терапии) Джеймс Ф. Александер и его коллеги из университета Юта представили ряд методически выверенных исследований контрольных групп (итоги приведены в работах: Russell et al., 1983, Alexander et al., 1994, Heekerens, 1988). Ранее (Parsons & Alexander, 1973) уже сообщалось о достоверных изменениях в семейных моделях взаимодействия, что было операционализировано на основе различных критериев, взятых из дискуссии между членами семьи. Еще одно актуальное исследование (Barton, Alexander, Waldron, Turner & Warburton, 1985, цит. по Alexander et al., 1994), выполненное с соблюдением всех необходимых условий с точки зрения научной стратегии, позволило уточнить общие моменты интервенции, особенно при тяжелых формах юношеской делинквентности.

Некоторые эмпирические выводы можно сделать и в отношении метода рефлексизирующей команды. Детальное исследование метода РК стало возможным благодаря так называемому «этнографическому контент-анализу, позволяющему интегрировать количественные и качественные параметры терапии (Sells, Smith & Sprenkle, 1995). Были отыграны все фазы процесса исследования: начиная с общего «мозгового штурма», при котором клиенты и терапевты обменивались личным опытом работы с РК, и до конкретной операционализации гипотез.

Хегер, Теме и Гайгер (Hoeger, Temme & Geiger, 1994; Hoeger & Temme, 1995) интересовались эффектом и дифференциальными показаниями для метода РК в детской психиатрии. Эф-



фект РК в сравнении со стандартизированной терапевтической программой проявился прежде всего в субъективном ощущении удовлетворенности клиентов результатами терапии. Степень тяжести диагноза при этом не имела никакого индикаторно-дифференциального значения. О сравнительных результатах эффективности РК сообщали также Райтер и его коллеги (Reiter et al., 1993). Однако в своем исследовании они обнаружили непредвиденную отрицательную связь: малочисленные РК оказались не только более экономными, но и более «приятными» для переживаний самих терапевтов.

Специальный опрос показал, что наряду с положительной оценкой РК клиентами, терапевтами и наблюдателями отмечаются и критические моменты, в частности, когда клиенты не получают возможности отреагировать рефлексии, предлагаемые терапевтической командой (Wetzig, 1992). Еще одно критическое сообщение касалось негативных высказываний со стороны членов группы. «Методически» заложенное расщепление команды, по сути, не только не соответствует основным принципам метода РК, но и оказывается неэффективным. С другой стороны, нашли подтверждение высказывания Андерсена (Andersen, 1990), указывавшего на значение четко установленного соглашения о сотрудничестве еще в начале терапии.

#### **16.4. Об эффективности других системных форм сеттинга**

*Индивидуальная терапия:* в контролируемом исследовании удалось доказать эффективность системной индивидуальной терапии, которая концептуально основывалась на структурном подходе С. Минухина (Szapocznik, 1989).

*Повышение квалификации:* обратное влияние системного повышения квалификации на ежедневное сотрудничество между специалистами, профессии которых связаны с охраной здоровья, и профессионалами социальной сферы исследовал Швайццер (Schweitzer, 1995b). Интервью с 52 психиатрами, проходившими курс повышения квалификации, показало, что преждевременное завершение непродуктивных консультаций уменьшает давление ненужной ответственности, риск позитивной переоценки ситуаций, трудных для дальнейшего лечения, чрезмерную сдержанность или неоправданный оптимизм, а также

способствует экономии времени. Опрос 149 слушателей курса повышения квалификации показал значительное уменьшение отягощающих проблем сотрудничества с клиентами и родственниками, но не с коллегами по команде.

Подобные результаты дало еще одно исследование, в котором, хотя и на малых выборках, но все же было показано влияние системного повышения квалификации на профессиональную самооценку (Hipp, 1985; Rieforth, 1996). Через 5 лет Рифорт представил еще более четкие результаты. Данные исследования оказались шагом вперед и для экспертной оценки эффективности заданий, которые используются при подготовке по курсу «системной компетентности» (Schierpek, 1996).

Что касается системных супервизий и системного консультирования организаций, то нам известно лишь об исследованиях индивидуальных случаев и отчасти о примерах количественного анализа организационных процессов; информацией об эмпирических экспертных исследованиях в этой области мы не располагаем.

### **16.5. О будущем экспертных исследований**

Проблемы изучения эффективности системной терапии, которые, к сожалению, не могут быть решены по образцу псевдоэкспериментальных или поведенческих экспертных исследований (а если бы и могли, то лишь с большими «вывихами»), приводят нас к разным выводам:

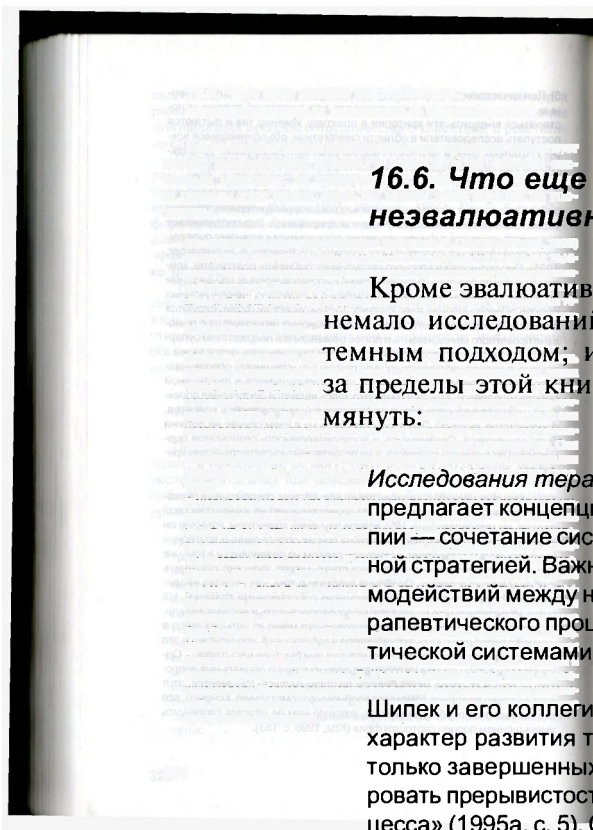
- 1) В так называемых *мультицентровых исследованиях* можно децентрализованно проанализировать множество разных примеров системной терапии и рассчитать результаты в центральном компьютере — при условии, что для всех этих примеров существует единая согласованная методика, реализуемая в режиме «натуралистического сеттинга». Такое исследование проводится в данное время рабочей группой на базе двух университетов (Геттингенского и Фрайбургского) и двух семейно-терапевтических ассоциаций (Cierpka et al., 1994, Zander et al., 1995).
- 2) Необходимо усиленно добиваться *действительного изучения контрольных групп*. Однако чрезмерные усилия могут оказаться для системных терапевтических исследований слишком большой преградой, преодолеть которую в данное время могут лишь в очень немногих университетах.

3) Для качественных исследований можно сформулировать собственные критерии, которые лучше подходят для системной теории, и постараться внедрить эти критерии в практику. Именно так и пытаются поступать исследователи в области синергетики, объединившиеся вокруг Г. Шипека. Они, в частности, апробируют контролируемое проспективное исследование дескриптивных параметров системной терапии.

4) Для самой же практики контролируемые исследования вроде бы не играют никакой роли. Восприятие системных концепций в практической работе происходит по совершенно иным решающим критериям, чем критерии планирования психологических исследований. Это подталкивает практиков, клиентов и финансирующие организации к важному *системному исследованию практики как таковой* (Schweitzer & Schumacher, 1995). Оно возникает из тесного сотрудничества между практиками, консультантами по практике (супервизорами) и исследователями, изучающими практику в социальных проектах. Импульс к развитию инновационных практических концепций дает критика. Такие концепции формулируются с помощью «мозговых штурмов», организационно укрепляются с помощью проектного менеджмента и далее развиваются посредством супервизии. Процессы развития терапевтической практики изучаются также с помощью метода наблюдающих участников. Его успешность обеспечивается данными результатов терапии, накапливающимися в ежедневной работе терапевтов. Критерием успеха здесь является достижение проектной цели для разных участников (практикующих терапевтов, клиентов, финансистов, ученых). При этом сама цель ни в коем случае не должна быть одинаковой. Сравнимость и воспроизводимость результатов оценивается по схожести контекста, а не по инферентно-статистическим критериям.

«И все же практикующих терапевтов не впечатляют современные психотерапевтические исследования... Из-за них терапевт не изменит ни свой подход, ни мировоззрение. Ибо всякое изучение клиентуры, которую он сам едва может оценить, проводимое на основе определенных критериев (некоторые из них терапевт, возможно, совсем не разделяет) и к тому же при неточно выясненных обстоятельствах, может запросто отклонить любую нулевую гипотезу. Особенно гипотезу о том, что терапия недействительна (и терапевт видит это ежедневно собственными глазами). На очень незначительную поддержку могут рассчитывать и исследователи, пытающиеся оторвать людей от ресторанного меню из четырех блюд в уютной атмосфере в пользу гамбургера в забегаловке, аргументируя это научными доказательствами того, что там они быстрее насытятся... Однако это ни в коем случае не отрицает один из важных социальных вопросов — *кто и за какое меню должен расплачиваться*. Разумеется, этот вопрос также подлежит самому подробному рассмотрению. Конечно, все это не касается проблемы метода, которую нам не удастся разрешить уменьшением порции картошки фри» (Kriz, 1996, с. 153).





### **16.6. Что еще можно исследовать: неэвалюативные системные исследования**

Кроме эвалюативных (экспертных) исследований существует немало исследований, подходы к которым были навеяны системным подходом; их представление, однако, выходит далеко за пределы этой книги. Здесь мы можем лишь коротко их упомянуть:

*Исследования терапевтического процесса:* В. Пинсоф (Pinsof, 1989) предлагает концепцию процессуального исследования семейной терапии — сочетание системного мышления с количественно-ориентированной стратегией. Важной его идеей является изучение циркулярных взаимодействий между непосредственными и косвенными участниками терапевтического процесса (например, между супервизорской и терапевтической системами).

Шипек и его коллеги (Schiepek et al., 1995a,b) пытались моделировать характер развития терапии на разных уровнях: «Рассмотрение одних только завершенных случаев терапии дает возможность идентифицировать прерывистость, критические эпизоды или нестационарность процесса» (1995a, с. 5). С помощью секвенционного планового анализа они исследовали, как «планы» терапевтов и клиентов в течение терапевтического процесса приводят к взаимной активизации и соразвитию. Они пытались также разработать соответствующий «инвентарь» методов для анализа нелинейных процессов (см. также: Schiepek & Strunk, 1994, Ochs, 1996).

Основываясь на том, что в каждом циркулярном вопросе терапевта имплицитно присутствует некое предложение для семьи — воспринимать действительность иначе, чем до сих пор, — удалось выявить некоторые типичные кластеры влияния подобных предложений на ход психотерапевтического процесса (Braun-Broenneke, 1990). Исходя из этого, Шредер (Schroeder, 1992) исследовал, как в процессе терапевтического взаимодействия члены семьи и терапевты могут оказывать друг на друга влияние, касающееся восприятия действительности. Обе работы дали возможность моделировать терапевтический процесс как взаимную борьбу за определение действительности (см. также: von Schlippe, 1995b). *Исследование процесса супервизии* рассматривает, при каких условиях (контекста) процессы супервизии дают новые стимулы для терапии и консультирования. Например, Б. Шумахер (Schumacher, 1995) с помощью модели Маркова вычислил вероятность терапевтических изменений, происходящих во время терапевтического сеанса, проведенного сразу после супервизии.

*Семейная диагностика* (обзоры: Cierpka, 1988; Heekerens, 1990b; Schneewind, 1991). Интересные с теоретической точки зрения аспекты семейных отношений (такие, как когезия, адаптивность, напряженность конфликта и автономия) оценивались самими членами семьи методом анкетирования или экспертами, наблюдавшими за семьями с помощью метода рейтинговых шкал. Широкое применение нашли шкалы оценок семейной адаптивности и когезивности (FACES — Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Последние, однако, стали предметом вполне справедливой критической дискуссии как с тест-теоретической (Heekerens, 1990b), так и с эпистемологической позиции (von Schlippe & Schweitzer, 1988). Наши возражения простираются за пределы FACES и являются критическим запросом об использовании анкет в семейных исследованиях вообще. И все же в семейных исследованиях анкеты используются так же, как и раньше. При исследованиях эффективности оценка результатов часто проводится по удобной шкале семейной среды (FES — Family Environment Scale). На ее основе в Германии разработана новая модель семейно-диагностической тестовой системы (Familiendiagnostische Testsystem — FDTs) (Schneewind, 1991), охватывающей семейные отношения на разных системных уровнях. На МакМастерскую модель функционирования семьи («McMaster-Model of Family Functioning») ориентируется и шкала семейных оценок (Family Assessment Measure). В терапии пар иногда используется Giessen-тест (Braehler & Braehler, 1988). Семейно-диагностической альтернативой анкетированию являются скульптурные методы, такие как «Семейная доска» (Ludewig et al., 1983) или Семейный системный тест Геринга (FAST Gehring, 1993).

*Исследование семейных взаимодействий* (обзоры: Riskin & Faunce, 1972, Reiss, 1981, Brunner, 1984, Retzer, 1994). На основе транскриптов (дословно протоколируемых терапевтических сессий или речевых взаимодействий. — *Прим. пер.*) «отфильтровываются» эпизоды, несущие с точки зрения взаимодействия. Исходным материалом для анализа могут служить «естественные» ситуации — будничные семейные разговоры или специальные интеракционные эксперименты взаимодействий (Haley, 1962, 1967, Winter & Ferreira, 1967, Reiss, 1981, Herzog et al., 1996, Kroeger, 1994). Во время таких экспериментов члены семьи должны общими усилиями выполнить определенное задание; при этом их взаимодействия записываются и впоследствии оцениваются с помощью метода специальных оценок.

Что же касается неэвалюативных исследований, то они, по-видимому, являются полем, не требующим самооправдания («Мы эффективны, пожалуйста, поверьте же нам...»).

## ИТОГ: НЕ ВЕРЬТЕ УЧЕБНИКАМ (ВО ВСЯКОМ СЛУЧАЕ, НАШЕМУ)

Завершая нашу книгу, мы поняли, что нам не обойтись без решения особой дилеммы. С одной стороны, мы были убеждены, что с вами, дорогая читательница и дорогой читатель, нельзя строить отношения на основе прямых инструкций. Ибо в любом случае вы возьмете из написанного только то, что вам понравится. С другой стороны, нам конечно же хотелось непременно дать вам хоть что-нибудь. Системная терапия и консультирование — это не таинства, а науки, вполне пригодные для изложения и изучения (впрочем, не только путем чтения книг). Но не пытались ли мы «записывать» то, что постоянно меняется? Не тривиализируем ли мы своими многочисленными указаниями сложную творческую практику? Не искушаем ли мы вас превращать себя в цензора работы, производящей впечатление несистематичной? Не становимся ли мы сами такими цензорами?

Дилемму эту мы решить не в состоянии. Поэтому все, что мы можем, — это дать вам еще несколько рекомендаций по использованию этой книги и рассказать маленькую историю:

- 1) Один из нас полагает, что было бы лучше, если бы вы иногда не верили нам, а делали то, что сами считаете *правильным*.
- 2) Если же все, что здесь написано, вам не подходит, советуем при чтении этой книги использовать любую информацию о нас (авторах) или даже представить нас в своем воображении. А затем представить себе, что именно позволило нам обоим все это изложить на бумаге и почему оно не соответствует вашему внутреннему контексту.
- 3) Если ни то, ни другое не поможет, предлагаем довериться традиционно короткому периоду ценностного полураспада системной концепции и дожидаться следующего издания этой книги.

Итак, завершение этой книги напоминает нам ситуацию в терапии. Мы не уверены, что именно из наших сеансов уносят с собой люди, с которыми мы работаем. Чаще всего это нечто, что может нам показаться простой случайностью. С одной стороны, оно освобождает нас от ответственности, а с другой —



усиливает ее. Ибо из всего многообразия наших предложений кое-что все же могло бы стать для клиентов источником нового смысла. Поэтому первоочередной целью для нас остается изучение языка, несущего в себе веру в возможности людей.

И еще одна, заключительная история. Она приводит нас на консультацию. Как-то после длительного сеанса с многочисленными циркулярными вопросами, активными интервенциями, с работой рефлексирющей команды одна женщина, мать психически больного, отказавшегося принимать участие в беседе, ушла домой весьма удовлетворенная. А самым важным опытом, приобретенным ею во время заключительной беседы, было то, что терапевт (Арист фон Шлиппе), появившийся на авансцене лишь в конце разговора, сказал ей, что «в ее лице он познакомился с симпатичной женщиной». Обо всем остальном она забыла. Но эта фраза для нее оказалась самым важным ресурсом и осталась с нею. Впоследствии женщина сообщила, что всегда, когда в своем родном городке ей доводилось попадать в критическую ситуацию или чувствовать себя одинокой матерью сумасшедшего, она уже могла сама себя поддерживать: «Я говорю себе: люди как люди; они таковы. И вспоминаю ту самую фразу: «Вы симпатичная женщина»» (Limberg, 1995).

## ЛИТЕРАТУРА

1. ALEXANDER, J.F., HOLTZWORTH-MUNROE, A., JAMESON, P. (1994): Process and Outcome of Marital and Family Therapy: Research Review and Evaluation. In: BERGIN, A.E., GARFILD, S. (Hg.),
2. ANDERSEN, T. (Hg.) (1990): Das reflektierende Team. Dortmund: Modernes Lernen.
3. ANDERSIN, H., GOOLISHIAN, H. (1990): Menschliche Systeme als sprachliche Systeme. In: Familiendynamik 15(3), 212-243.
4. ANDERSIN, H., GOOLISHIAN, H. (1992): Der Klient ist Experte: Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. In: Zeitschrift für systemische Therapie 10(3), 176-189.
5. APONTE, H.J. (1976): The Family School-Interview. — An Eco-Structural Approach. Family Process 15(3), 303-311.
6. APONTE, H.J., VANDEUSEN J. (1981): Structural Family Therapy. In: GURMAN, A., KNISKERN, D. (Hg.), 310-360.
7. ARMBKUSTER, J. (1998): Praxisreflexion und Selbstevaluation in der Sozialpsychiatrie Freiburg/Br.: Lambertus.
8. ARNOLD, S., ENGELBRECHT-PHILIPP, G., JORASCHKY, P. (1988): Die Skulpturverfahren. In: CIERPKA, M. (Hg.), 190-212.
9. AUCKENTHALER, A., KLEIBER, D. (Hg.) (1992): Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag.
10. AUFSCHNAITER, S.V., FISCHER, H., SCHWEDES, H. (1992): Kinder konstruieren Welten. Perspektiven einer konstruktivistischen Physikdidaktik. In: SCHMIDT, S.J. (Hg.), 380-424.
11. BALGO, R., VOSS, R. (1995): Kinder, die sich auffällig zeigen. Die systemisch-konstruktivistische Wende in der Psychomotorik. In: KIPHARD, E., OLBRICHT, I. (Hg.).
12. BANDLER, R., GRINDER, J. (1980): Metasprache und Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
13. BANDLER, R., GRINDER, J. (1985): Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie. Pader: Junfermann.
14. BANDLER, R., GRINDER, J., SATIR, V. (1978): Mit Familien reden. München: Pfeiffer.
15. BARBARO, B., CECHNICKI, A. (1993): Die Klinik als komplementärer Bereich? Systemische Ansätze in Tageskliniken und in ambulanter Arbeit zur Abkürzung oder Vermeidung vollstationärer Behandlung. In: ELLEBRACHT, H., VIETEN, B. (Hg.), 33-42.
16. BATESON, G. (1981): Ökologie des Geistes. Frankfurt: Suhrkamp.
17. BATESON, G. (1984): Geist und Natur. Frankfurt: Suhrkamp.
18. BATESON, G., JACKSON, DON, D., HALEY, J., WEAKLAND, W. (1969): Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie. In: BATESON, G. et al. (Hg.), 11-43.
19. BATESON, G., JACKSON, D., LAING, R., LIDZ, T., WYNNE, L. u.a. (Hg.) (1969): Schizophrenie und Familie. Frankfurt: Suhrkamp.
20. BAUERSFELD, H. (1991): Subjective Erfahrungsbereiche als Grundlage einer Interaktionstheorie des Mathematiklernens und -lehrens. In: Lehren und Lernen von Mathematik. Köln.
21. BAUMANN, Z. (1991): Ambivalenz und Moderne. Hamburg: Junius.
22. BAURIEDL, Th. (1980): Beziehungsanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
23. BAYER, H. (1995): Coaching Kompetenz. Persönlichkeit und Führungspsychologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
24. BECK, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.

25. BENDNER, A., PETERSEN S.J. (Hg) (1996): Neue Lernkultur in Organisationen — Personalentwicklung und Organisationsberatung für Frauen. Frankfurt: Campus.
26. BERGIN, A.E., GARFIELD, S.L. (Hg) (1994): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: John Wiley & Sons.
27. BERGOLD, J., FILSINGER, D. (1993): Vernetzung psychosozialer Dienste. Weinheim: Juventa.
28. BERNHARDT, J.A. (1985): Humor in der Psychotherapie. Weinheim: Beltz.
29. BERTALANFFY, L. v. (1956): General System Theory. In: BERTALANFFY, L. U., RAPPAPORT, A. (Hg).
30. BERTALANFFY, L. v., RAPPAPORT, A. (1956): General Systems Yearbook I. Ann Arbor.
31. BERTALANFFY, L. v. (1972): Zu einer allgemeinen Systemlehre. In: BLEICHER, K.
32. BESSER-SIEGMUND, C., SIEGMUND, H. (1991): Coach yourself. Personlichkeitskultur für Führungskräfte. Düsseldorf: Econ.
33. BLEICHER, K. (Hg.) (1972): Organisation als System. Wiesbaden: Gabler.
34. BLESKEN, K. (1989): Systemisch orientierte Supervision in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychol. und -psychiatrie. 38, 322-329.
35. BLOCH, E. (1959): Das Prinzip Hoffnung. Frankfurt: Suhrkamp.
36. BODIN, A.M. (1981): The Interactional View: Family Therapy Approaches of the Mental Research Institute. In: GURMAN, A.S., KNISKERN, D.P. (Hg.). 267-309.
37. BOECKHORST, F. (1988): Strategische Familientherapie. Dortmund: Modernes Lernen.
38. BOECKHORST, F. (1991) Interaktion als Konversation. In: Systhema 7(1), 2-17.
39. BOECKHORST, F. (1994) Narrative Systemtherapie. In: Systhema 8 (2), 2-22.
40. BOMMERT, H., HENNING, TH., WAELE, D. (1990): Indikation zur Familientherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
41. BORWICK, I. (1991) Systemische Beratung von Organisationen. In: FATZER, G. (Hg.). 363-387.
42. BORSCH, B., CONEN, M.L. (1987): Arbeit mit Familien von Heimkindern. Dortmund: Modernes Lernen.
43. BOSE, R., SCHIEPEK, G. (1989): Systemische Theorie und Therapie. Ein Handwörterbuch. Heidelberg: Asanger.
44. BOSCOLO, L., BERTRANDO, P. (1994) Die Zeiten der Zeit. Eine neue Perspektive in systemischer Therapie und Konsultation. Heidelberg: Carl Auer.
45. BOSCOLO, L., BERTRANDO, P., FIOCCO, P., PALVARINI, R., PEREIRA, J. (1993): Sprache und Veränderung. Die Verwendung von Schlüsselwörtern in der Therapie. In Familiendynamik 18(2), 107-124.
46. BOSCOLO, L., CECCHIN, G. (1984) Training in systemischer Therapie am Mailander Zentrum. In: Zeitschrift für systemische Therapie 2, (6), 71-83.
47. BOSCOLO, L., CECCHIN, G., HOFFMAN, L., PENN, P. (1988): Familientherapie — Systemtherapie. Das Mailander Modell. Dortmund: Modernes Lernen.
48. BOSZORMENY-NAGY, I., SPARK, G. (1981): Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart: Klett.
49. BRAEHLER, E., BRAEHLER, C. (1988): Paardagnostik mit dem Giessen-Test. In CIERPKA, M. (Hg.), 303-319.
50. BRAUCKMANN, L., (1985): Entwicklung eines Konzeptes schulpyschologischer Arbeit. In: Zeitschrift für systemische Therapie 3 (4), 209-215.
51. BRANDAU, H. (Hg) (1991): Supervision aus systemischer Sicht. Salzburg: Otto Muller.
52. BRANDAU, H., SCHUEERS, W. (1995): Spiel und Übungsbuch zur Supervision. Salzburg: Otto Muller.
53. BRANDL-NEBEHAY, A., RUSSINGER, U. (1995): Systemische Ansätze im Jugendamt-Pfade zwischen Beratung, Hilfe und Kontrolle. In: Zeitschrift für systemische Therapie. 13 (2), 90-104.
54. BRAUN-BROENNEKE, A. (1990): Die Familie im familientherapeutischen Prozess. Osnabrück: Unveroeff. Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Universität.
55. BRAVERMAN, S. (1990): Long-Term Family Therapy: A Developmental Approach. In: Contemporary Family Therapy 12 (2), 129-151.



56. BRIGGS, J., PEAT, F. (1990): Die Entdeckung des Chaos. Munchen: Hanser.
57. BRODERICK, C., SCHRADER, S. (1981): The History of Professional Marriage and Family Therapy. In: GURMAN, A., KNISKERN, D. (Hg.), 5-35.
58. BROENNEKE, M. (1992): Familienorientierung als Grundhaltung in der Heimerziehung. In: CONEN, M.L. (Hg.).
59. BROENNEKE, M., RISAU-PETERS, J., VON SCHLIPPE, A. (1992): Wenn therapieunuebliches Handeln therapeutisch sinnvoll wird. In: Systhema, 6(3), S. 20-33.
60. BRUEGELMANN, H., BALLHORN, H. (Hg.) (1990): Das Gehirn sein Alphabet und andere Geschichten. Konstanz.
61. BRUNNER, E.J. (Hg.) (1983): Eine ganz alltagliche Familie. Munchen: Kosel.
62. BRUNNFR, E.J. (Hg.) (1984): Interaktion in der Familie. Berlin/Heidelberg: Springer.
63. BRUNNER, E.J. (1986): Grundfragen der Familientherapie. Heidelberg: Springer.
64. BRUNNFR, E.J. (1990): Zur systemischen Analyse von Lehr-Lernprozessen. In: HUSCHKE-RHEIN, R. (Hg.), 82-96.
65. BRUNNER, E.J. (1992): Schulsozialarbeit aus der Perspektive der Theorie der Selbstorganisation. In: HUSCHKE-RHEIN, R. (Hg.).
66. BRUNNER, E.J. (1993): Organisationsdynamik. In: SCHONIG, W., BRUNNER, E. (Hg.) 1993, 95-110.
67. BRUNNER, E.J., LENZ, G. (1993): Was veranlasst ein Klientensystem zu sprunghaften Veranderungen? In: System Familie 6(1), 1-9.
68. BUCHHOLZ, M. (1987): Schachspieler, Gast vom fremden Stern, Kapitaen auf grossem Fluss? Freud und Bateson — Zur Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie. In: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 35, 274-283.
69. BUCHHOLZ, M. (1988a): Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien. In: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 37, 48-58.
70. BUCHHOLZ, M. (1988b): Macht im Team — intim. In: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 37, 281-290.
71. BIJCHINGER, K. (1988): Widersprueche in Organisationen. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 6(4), 255-266.
72. BUCHHER, D. (Hg.) (1995): Team-Coaching. Wiesbaden: Gabler.
73. BURNHAM, J. (1995): Systemische Familienberatung. Eine Lern- und Praxisanleitung fuer soziale Berufe. Weinheim Beltz.
74. CACHAY, K., BAER, H. (1992): Sportpaedagogik — wissenschaftliche Teildisziplin oder integrativer Kern der Sportwissenschaft? Ueberlegungen aus konstruktivistisch-systemischer Perspektive. In: Sportwissenschaft 22 (3) 283ff.
75. CAPRA, F. (1983): Wendezeit. Muenchen: Scherz.
76. CARTER, B.A., MCGOLDRICK, M. (Hg.) (1980): The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy. New York: Gardner.
77. CASTANEDA, C. (1974): Reise nach Ixtlan. Stuttgart: Fischer.
78. CECCHIN, G. (1988): Zum gegenwaertigen Stand von Hypothesisieren, Zirkularitaet und Neutralitaet — eine Einladung zur Neugier. In: Familiendynamik 13 (3), 190-203.
79. CECCHIN, G., LANE, G., RAY, W.A. (1992): Vom strategischen Vorgehen zur Nicht-Intervention. In: Familiendynamik 17 (1), 3-18.
80. CECCHIN, G., LANE, G., RAY, W.A. (1993): Respektlosigkeit — eine Ueberlebensstrategie fuer Therapeuten. Heidelberg: Carl Auer.
81. CHASIOTIS, A., KELLER, H. (1992): Zur Relevanz evolutionsbiologischer Ueberlegungen fuer die klinische Psychologie. Psychoanalytische und interaktionistische Ansaetze im Lichte der Kleinkindforschung. In: Integrative Therapie 18 (1-2), 74-100.
82. CHRIST, H., WEDEKIND, E. (1988): Zur Praxis systemischer Institutionsberatung. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 6 (4), S. 279-287.

83. CIERPKA, M. (1986): Zur Funktion der Grenze in Familien. In: *Familiendynamik* 11(4), 307-324.
84. CIERPKA, M. (Hg.) (1988): *Familiendiagnostik*. Berlin, Heidelberg: Springer.
85. CIERPKA, M., ZANDER, B., SEIDE, L., BALCK, F., CONEN, M. L., MARTENS-SCHMID, K., MICHELMANN, A., SCHEIB, P., WIRSCHING, M. (1994): Multizentrische Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivität der Familientherapie — der aktuelle Stand. In: *System Familie* 7 (3), 173-177.
86. CIOMPI, L. (1980): Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? Argumente und Gegenargumente. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 48, 237-248.
87. CIOMPI, L. (1982): *Affektlogik. Ueber die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung*. Stuttgart: Klett.
88. COHN, R. (1975): *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett.
89. COLLMANN, B. (1993): Die Macht der Pathologie und die Pathologie der Macht. In: *Integrative Therapie* 19(3), 278-293.
90. COLLMANN, B., HAWELLEK, Ch., von SCHLIPPE, A. (1993): «Sackgassen und andere Wege» — institutionelle Kooperation angesichts sexuellen Missbrauchs. In: RAMIN, G. (Hg.), 413-442.
91. CONEN, M. L. (Hg.) (1992): *Familienorientierung als Grundhaltung in der stationären Erziehungshilfe*. Dortmund: Borgmann.
92. CONEN, M. L. (1993): Systemische Familienrekonstruktion. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 11 (2), 84-95.
93. COOK, T. D., LEVITON, L. C. (1980): Reviewing the literature A Comparison of Traditional Methods with Meta-Analysis. In: *Journal of Personality* 48, 449-472.
94. CORBIN, J. (1993): Chronizität und das Verlaufskurvenmodell. In: *System Familie* 6(3), 151-160.
95. COYNE, J. C., ANDERSON, B. (1988): The «Psychosomatic Family» Reconsidered Diabetes in Context. In: *Journal of Marital and Family-Therapy* 14, 113-123.
96. CRAMER, F., KAEMPFER, W. (1990): *Der Zeitbaum. Grundlegung einer allgemeinen Zeittheorie*. In: *Der Komet, Almanach der Anderen Bibliothek auf das Jahr 1991*. Frankfurt: Eichborn.
97. CRONEN, V., JOHNSON, K., LANNAMANN, A. (1982): Paradox, Doppelbindung und Rückkoppelungsschleifen: eine alternative theoretische Perspektive. In: *Familiendynamik* 8 (2), 102-138.
98. CULLER, J. (1988): *Dekonstruktion. Derrida und die poststrukturalistische Literaturtheorie*. Reinbek: Rowohlt.
99. DEISSLER, K. (1990): Zur Konstruktion eines systemtherapeutischen Kontextes an einer psychiatrischen Landesklinik. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 8 (4), 238-247.
100. DEISSLER, K. (1994): Erfinde Dich selbst — ein therapeutisches Orakel? In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 12 (2), 80-96.
101. DEISSLER, K., GRAU, U., KELLER, Th., SCHUG, R. (1994): Sozialer Konstruktivismus? Ein Interview mit Ken Gergen. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 12 (2), 118-126.
102. DEISSLER, K., SCHUG, R., JAENICKE, U. (1992): Systemische Therapie im psychiatrischen Kontext. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 10 (1) 30-45.
103. DELL, P. (1981): Untersuchung der Familientheorien zur Schizophrenie: eine Übung in epistemologischer Konfusion. In: *Familiendynamik* 6, 310-332.
104. DELL, P. (1982): Beyond Homeostasis: Toward a Concept of Coherence. In: *Family Process* 21, 21-41 (dt. 1986: Ueber Homöostase hinaus: Auf dem Weg zu einem Konzept der Kohärenz. In: DELL, P. (Hg.), 46-77.
105. DELL, P. (Hg.) (1986): *Klinische Erkenntnis*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
106. DELL, P., GOOLISHIAN, H. (1981): Ordnung durch Fluktuation: eine evolutionäre Epistemologie fuer menschliche Systeme. In: *Familiendynamik* 6 (2), 104-122.

107. DERRIDA, J. (1988): Feuer und Asche. Berlin: Brinkmann und Bose.
108. DERRIDA, J. (1984): Guter Wille zur Macht. Drei Fragen an Hans-Georg Gadamer. In: FORGET, P. (Hg.).
109. DIENEL, P. (1992): Die Planungszelle. Opladen: Westdeutscher Verlag.
110. DISCH, J., HESS, T. (1988): «Gute» und «schlechte» systemorientierte Therapien: eine katamnestiche Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium. In: Praxis der Kinderpsychologie und psychiatrie 37, 304-310.
111. DOERNER, D. (1992): Die Logik des Misslingens Strategisches Denken in komplexen Situationen. Rembek: rororo
112. DREES, A. (1995): Freie Phantasien in Balintgruppen. Goettingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
113. DUSS-v. WERDT, J., MAHLER, G., MAHLER, H.-G. (Hg.) (1995): Mediation: die andere Scheidung. Stuttgart: Klett.
114. DUSS-v. WERDT, J., WELTER-ENDERLIN, R. (Hg.) (1980): Der Familienmensch. Stuttgart: Klett.
115. DUHL, B. (1992): Skulptur Aequivalenz in Aktion. In: MOSKAU, G. MUELLER, G. (Hg.), 121-137.
116. DYM, B., BERMAN, S. (1986): The Primary Health Care System: Family Physician and Family Therapist in Joint Practice. In: Family Systems Medicine 4(1), 9-21.
117. EBBECKE-NOHLEN, A. (1994): Supervision, eine Einladung zum Spiel. In: PUEHL, H. (Hg.).
118. EBBECKE-NOHLEN, A., RUECKER-EMBDEN-JONASCH, I. (Hg.): Kontexte sexueller Gewalt (In Vorbereitung).
119. EBERLING, W., HARGENS, J. (Hg.) (1996): Einfach kurz und gut. Zur Praxis der loesungsorientierten Kurztherapie, Dortmund: Borgmann.
120. EBERWEIN, H. (1993): Systemische und foerderungsorientierte Diagnostik in integrativen Grundschulen. In: Grundschule 1, 8-10
121. ECK, C.D. (1991): Projektberatung und Projektbegleitung. In: FATZIR, G. (Hg.), 327-340.
122. ECKHARDT, U.L. (1991): Sozialpaedagogische Familienhilfe aus systemischer Sicht und ihre Konsequenzen fuer die Aus- und Weiterbildung. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 9 (4), 253-258.
123. EFRAN, J., HEFFNER, K., LUKENS, R. (1989): Alkoholismus als Ansichtssache. In: Familiendynamik 14(1), 2-12.
124. EFRAN, J., HEFFNER, K., LUKENS R (1992) Sprache, Struktur und Wandel. Dortmund: Modernes Lernen.
125. EHINGER, W., HENNIG, C. (1994): Praxis der Lehrersupervision. Leitfaden fuer Lehrergruppen mit und ohne Supervisor. Weinheim: Beltz.
126. ELKAIM, M. (1992): Wenn du mich liebst, lieb mich nicht. Freiburg: Lambertus.
127. ELLEBRACHT, H., LENZ, G., OSTERHOLD, G. (1993): Zu dritt auf dem roten Sofa. Modell einer systemtherapeutischen Gemeinschaftspraxis. In: Integrative Therapie 19 (3), 242-260.
128. ELLEBRACHT, H., VIETEN, B. (1993): Systemische Ansaetze im psychiatrischen Alltag. Dortmund: Modernes Lernen.
129. ENGEL, G. (1996): Der Schulzirkus. Moeglichkeiten der Vernetzung von Jugendhilfe, Schule und Familie. In: VOSS, K. (Hg.).
130. EPSTEIN, D., WHITE, M. (1990): Die Zaehmung der Monster. Heidelberg: Carl Auer.
131. EPSTEIN, E. (1996): The Narrative Turn: Postmoderne Theorie und systemische Therapie. In: VON SCHLIPPE, A., KRIZ, J. (Hg.).
132. ERGENZINGER, E. (1985): Sich die Arbeit leichter machen: Beispiele fuer systemisches Denken und Handeln im Klassenzimmer. In: HENNIG, C., KNOEDLER, U. (Hg.), 206-218.
133. ESSEN, S. (1993): Systemische Therapie als Praxis des Nichtanhaftens. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 11(1), 32-38.
134. ESSEN, S. (1995): Spirituelle Aspekte in der systemischen Therapie. In: Transpersonale Psychologie und Psychotherapie 2, 41-53.
135. EYSENCK, H.-J. (1978): An Exercise in Mega-Silliness. In: American Psychologist 33.
136. FARELLY, F., BRANDSMA, J.M. (1986): Provokative Therapie. Berlin/Heidelberg: Springer.
137. FATZER, G. (Hg.) (1991a): Supervision und Beratung. Ein Handbuch. Koeln: Edition Humanistische Psychologie.



138. FATZER, G. (1991b): Teamsupervision als Organisationsentwicklung. In: FATZER, G. (Hg.), 257-276.
139. FATZER, G. (Hg.) (1993): Organisationsentwicklung fuer die Zukunft. Ein Handbuch. Koeln: Edition Humanistische Psychologie.
140. FEIX, W. (Hg.) (1991): Personal 2000, Visionen und Strategien erfolgreicher Personalarbeit. Wiesbaden: Gabler.
141. FEYERABEND, P. (1986): Wider den Methodenzwang. Frankfurt: Suhrkamp.
142. FILSINGER, D. (1992): Der institutionelle Handlungskontext als Gegenstand von Supervision und Organisationsberatung. In: AUCKENTHALER, A., KLEIBER, D. (Hg.), 78-100.
143. FINK-EITEL, H. (1989): Foucault zur Einfuehrung. Hamburg: Junius.
144. FISCHER, H. R. (Hg.) (1991): Autopoiese. Eine Theorie im Brennpunkt der Kritik. Heidelberg: Carl Auer.
145. FISCHER, H. R. (Hg.) (1995): Die Wirklichkeit des Konstruktivismus. Heidelberg: Carl Auer.
146. FISCHER, H. R., RETZER, A., SCHWEITZER, J. (Hg.) (1992): Das Ende der grossen Entwuerfe. Frankfurt: Suhrkamp.
147. FISCHER, H. R., SCHWEITZER, J. (1992): Zur Rezeption von Philosophie durch systemische Praktiker. Eine kritische Anmerkung. In: SCHWEITZER, J. et al (Hg.), 78-86.
148. FISHER, S. (1984): Time-limited Brief Therapy with Families a one-Year Follow-up Study. In: Family Process 23, 101-106.
149. FIVAZ-DEPEURSINGE, E. (1991): Documenting a Time-Bond; Circular View of Hierarchies. A Microanalysis of Parent Infant Dyadic Interactions. In: Family Process 30, 101-120.
150. FOERSTER, H. v. (1981): Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: WATZLAWICK, P. (Hg.), 39-60.
151. FOERSTER, H. v. (1988a): Abbau und Aufbau. In: SIMON, F. (Hg.), 19-33.
152. FOERSTER, H. v. (1988b): Konstruktivismus versus Solipsismus. Fragen an Heinz von Foerster. In: SIMON, F. (Hg.), 121-123.
153. FOERSTER, H. v. (1993): KyberEthik. Berlin: Merve.
154. FORGET, P. (Hg.) (1984): Text und Interpretation. Muenchen: Fink.
155. FORSTER, W. (1992): Management by attraction. Aspekte eines systemischen Managementverstaendnisses. In: SCHMITZ, Ch. et al. (Hg.), 105-115.
156. FOUCAULT, M. (1974): Von der Subversion des Wissens. Muenchen: Hanser.
157. FOUCAULT, M. (1978): Dispositive der Macht. Ueber Sexualitaet, Wissen und Wahrheit. Berlin: Merve.
158. FOUCAULT, M. (1991): Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt: Fischer.
159. FREDERICH, B. (1990): Gesund durch Familienberatung. Muenchen: Koesel.
160. FRICKE, R., TREINIES, G. (1985): Einfuehrung in die Metaanalyse. Bern, Stuttgart: Huber.
161. FURSTENAU, P. (1990): Interview zu Supervision. In: Sozialpsychiatrische Informationen 2, 2-6.
162. FUHR, R., GREMMER-FUHR, M. (1988): Faszination Lernen. Transtformative Lernprozesse im Grenzbereich von Paedagogik und Psychotherapie. Koeln.
163. FURMAN, B., AHOLA, T. (1995): Die Zukunft ist das Land, das niemandem gehoert. Probleme loesen im Gesprach. Stuttgart: Klett.
164. GARFIELD, S., BERGIN, A. (Hg.) (1978): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis (2nd ed.). New York: Wiley.
165. GEBERT, D. (1995): Interventionen in Organisationen. In: SCHULER, H. (Hg.), 481-494.
166. GEHRING, Th. (1993): Familiensystemtest FAST. Weinheim: Beltz.
167. GELDSCHLAEGER, H., RUNDE, B. (1994): Professionelle Psychotherapieforschung? In: Gestalt Theory 16 (4), 294-300.
168. GEORGI, H., LEVOLD, T., WEDEKIND, H. (1990): Familientherapie — was sie kann, wie sie wirkt und wem sie hilft. Mannheim: Pal.
169. GERGEN, K. J. (1990): Die Konstruktion des Selbst im Zeitalter der Postmoderne. In: Psychologische Rundschau 41, 191-199.
170. GERGEN, K. J. (1991): The Saturated Self. New York: Basic Books.
171. GERLICHER, K., JUNGEMANN, J., SCHWEITZER, J. (Hg.) (1986): Dissozialitaet und Familie. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

172. GESTER, P. (1992): Warum der Rattenfaenger von Hameln kein Systemiker war. Systemische Gesprachs- und Interviewgestaltung. In: SCHMITZ, Ch. et al. (Hg.), 136-164
173. GESTER, P., HEITGER, B., SCHMITZ, Ch. (Hg.) (1993): Managerie. Systemisches Denken und Handeln im Management, 2. Jahrbuch. Heidelberg: Carl Auer.
174. GILLIGAN, St. (1995): Rituelle Uebergaenge in neue Identitaeten. In: Hypnose und Kognition 12 (1), 25-39.
175. GIRGENSOHN-MARCHAND, B. (1992): Der Mythos Watzlawick und die Folgen. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in paedagogischen Zusammenhaengen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
176. GLASERSFELD, E. v. (1981): Einfuehrung in den radikalen Konstruktivismus. In: WATZLAWICK, P. (Hg.), 16-38.
177. GLASERSFELD, E. v. (1991): Abschied von der Objektivitaet. In: WATZLAWICK, P., KRIEG, P. (Hg.), 17-30.
178. GLEICK, J. (1990): Chaos — die Ordnung des Universums. Muenchen: Knauer.
179. GOODRICH, Th. (Hg.) (1994): Frauen und Macht. Neue Perspektiven fuer die Familientherapie. Frankfurt: Campus
180. GOODRICH, Th., RAMPAGE, Ch., ELLMAN, B. HALSTEAD, K. (1991): Feministische Familientherapie. Frankfurt: Campus.
181. GOOLISHIAN, H., ANDERSON, A. (1988): Menschliche Systeme. Vor welche Probleme sie uns stellen und wie wir mit ihnen arbeiten. In: REITER, L. et al. (Hg.), 189-216.
182. GOTTHARDT-LORENZ, A. (1990): Einbeziehung von Leitern in den bezogenen Beratungsprozess — eine conditio sine qua non? In: Supervision 17, 10-19.
183. GRAF, P. (1994): Gegen den Radikalen Konstruktivismus — fuer eine kritisch-realistische Systemtheorie. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 12 (1), 44-57.
184. GRAU, U., HARGENS, J. (1992): Beratung von Politikern aus konstruktivistischer Sicht. In: Systeme 6 (1), 67-77.
185. GRAU, U., MOLLER, J. (1990): Was waere, wenn? — Problem(auf)loesungshilfen. In: KONIGSWIESER, R., LUTZ, Ch. (Hg.).
186. GRAWE, K. (1992): Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. In: Psychologische Rundschau 3, 132-162.
187. GRAWE, K., BRAUN, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. In: Zeitschrift fuer Klinische Psychologie 23 (4), 242-267.
188. GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession Goettingen: Hogrefe.
189. GREEN, R., FRAMO, J. (Hg.) (1981): Family Therapy: Major Contributions. New York: International University Press.
190. GREEN, R.J., HERGET, M. (1989): Outcomes of Systemic/Strategic Team Consultation: Overview and One-Month Results. In: Family Process 28, 37-58.
191. GREEN, R.J., HERGET, M. (1991): Die Ergebnisse systemisch/strategischer Teamkonsultationen: Die Bedeutung von Waerme und aktiver Strukturierung von seiten des Therapeuten. In: Familiendynamik 16 (3), 226-254.
192. GREIF, S. (1996): Selbstorganisationstheorien. In: GREIF, S., KURTZ, H.J. (Hg.), 53-66.
193. GREIF, S., KURTZ, H.J. (Hg.) (1996): Handbuch Selbstorganisiertes Lernen. Goettingen: Verlag fuer Angewandte Psychologie.
194. GROEBEN, N. (1995) Zur Kritik einer unnoetigen widersinnigen und destruktiven Radikalitaet. In: H.R.FISCHER (Hg.), 149-159.
195. GRONE, M. (1995): Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? Heidelberg: Auer.
196. GUMBRECHT, H.U., PFEIFFER, K.L. (Hg.) (1988): Materialitaet der Kommunikation. Frankfurt: Suhrkamp.
197. GUMIN, H., MEIER, H. (Hg.) (1992): Veroeffentlichungen der C.-F.-v.-Siemens-Stiftung Bd.5: Einfuehrung in den Konstruktivismus. Muenchen: Piper.
198. GUNTERN, G. (1980): Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma. In Familiendynamik 5(1), 2-41.

199. GUNTERN, G. (1992): Im Zeichen des Schmetterlings. Muenchen: Scherz.
200. GURMAN, A.S. (1983): Family Therapy and the «New Epistemology». In: Journal of Marital and Family Therapy 9 (3), 227-234.
201. GURMAN, A.S., KNISKERN, D. (1978): Research on Marital and Family Therapy: Progress, Perspective and Prospect. In: GARFIELD, S., BERGIN, A. (Hg.), 565-624.
202. GURMAN, A.S., KNISKERN, D. (Hg.) (1981): Handbook of Family Therapy. New York: Brunner & Mazel.
203. GURMAN, A., KNISKERN, D., PINSOFF, W. (1986): Research on the Process and Outcome of Marital and Family Therapy. In: BERGIN, S., GARFIELD, A. (Hg.), 565-624.
204. HABERMAS, J. (1988): Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt: Suhrkamp (Neuaufgabe).
205. HAUSER, W. (1989): Systemisches Denken und Handeln und aerztliche Taetigkeit in einer medizinischen Klinik. In: Zeitschrift fuer Systemische Therapie 7 (3), 186-199.
206. HAHLEWEG, K., DOSE, M., FEINSTEIN, E., MUELLER, U., BREMER, D. (1989): Rueckfallprophylaxe fuer schizophrene Patienten durch psychoedukative Familienbetreuung. In System Familie 2 (3), 145-156.
207. HAHLEWEG, K., MARKMAN, H.J. (1988): Effectiveness of Behavioral Marital Therapy: Empirical Status of Behavioral Techniques in Preventing and Alleviating Marital Distress. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 56 (3), 440-447.
208. HAHN, K., MULLER, F.-W. (Hg.) (1993): Systemische Erziehungs- und Familienberatung. Mainz: Grunewald.
209. HAKEN, H. (1984): Erfolgsgeheimnisse der Natur Synergetik: Die Lehre vom Zusammenwirken. Frankfurt: Ullstein.
210. HAKEN, H. (1987): Synergetik und ihre Anwendung auf psychosoziale Probleme. In: STIFRLIN, H. et al (Hg.), 36-50.
211. HAKEN, H., (1988): Synergetik: Vom Chaos zur Ordnung und weiter ins Chaos. In: GEROK, W. (Hg.), 65-75.
212. HAKEN, H., WUNDERLIN, A. (1991): Die Selbststrukturierung der Materie. Synergetik in der unbelebten Welt. Braunschweig: Vieweg.
213. HALEY, J. (1962): Family Experiments: A new Type of Experimentation. In: Family Process 1, 265-293.
214. HALEY, J. (1967): Speech Sequences of Normal and Abnormal Families with two Children Present. In: Family Process 6, 81-97.
215. HALEY, J. (1977): Direktive Familientherapie. Strategien fuer die Loesung von Problemen. Muenchen: Pfeiffer.
216. HALEY, J. (1980): Ansaetze zu einer Theorie pathologischer Systeme. In: WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.H. (Hg.).
217. HALEY, J. (1989): Ordeal Therapie. Hamburg: Isko.
218. HALL, A., FAGEN, R. (1956): Definition of System. In: BERTALANFFY, L.v., RAPPAPORT, A. (Hg.), 18-29.
219. HARGENS, J. (1993a): Haus und Wohnung der KundIn: Spielfeld oder Feindesland? Erste Reflexionen ueber Hausbesuche. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 11 (4), 239-244.
220. HARGENS, J. (1993b): KundIn, KundigE, KundschafterIn. Gedanken zur Grundlegung eines helfenden Zugangs. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 11 (1), 14-20.
221. HARGENS, J. (1994a): Therapie als fachliche Konversation. Mehr als einfach nur Fragen und Fragenstellen? In Zeitschrift fuer systemische Therapie 12(2), 106-111.
222. HARGENS, J. (1994b): Psychotherapie... Vom Mythos der Kontrolle zur Kontrolle des Mythos? In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 12 (3), 192-194.
223. HARGENS, J. (1995): Kurztherapie und Loesungen. In: Familiendynamik 20 (1), 32-43
224. HARGENS, J. (1996): Kundigkeit und Respekt(ieren), Kreatives Fragen in freier Praxis. In: VON SCHLIPPE, A., KRIZ, J. (Hg.).
225. HARGENS, J. (1991): Coaching: Fuehrung fuer Geist und Seele. In: FEIX, W. (Hg.), 207-236.



226. HAUSER, E. (1993): Coaching von Mitarbeitern. In: V. ROSENSTIEL, L. et al. (Hg.), 223-236.
227. HAUSER, B. (1994): Erst die Loesung zeigt das Problem Systemische Organisationsberatung in der Praxis. In: *Systema* 8 (1), 11-15.
228. HAWELLEK, Ch. (1990): Die therapeutische Basis. Zu den Grundlagen der Therapie bei Familiensystemen mit nichtleiblichen Kindern. In: *Familiendynamik* 15(2).
229. HAWELLEK, Ch. (1995): Das Mikroskop des Therapeuten — zu den Moeglichkeiten der Videokonsultation bei Eltern-Kind-Problemen. In: *Systema* 9(1), 6-28.
230. HAZELRIGG, M., COOPER, M., BORDUIN, C. (1987): Evaluating the Effectiveness of Family Therapies: An Integrative Review and Analysis in *Psychological Bulletin* 101 (3), 428-442.
231. HECKER, M. (1986): Sozialpaedagogische Familienhilfe — ein neuer Zweig Sozialer Arbeit. In: GERLICHER, K., JUNGMAHN, J., SCHWEITZER, J., (Hg.)
232. HECKER, M. (1988): Familienrekonstruktion in Deutschland. Ein Versuch, sich der Vergangenheit zu stellen. In: HEIMANNSSBERG, B., SCHMIDT, Ch. (Hg.), 175-195.
233. HEDGES, L.V., OLKIN, J. (1985): *Statistical Methods to Meta-Analysis*. New York: Academic Press.
234. HEEKERENS, H.P. (1988): Systemische Familientherapie auf dem Pruefstand. In: *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie* 17 (2), 93-105.
235. HEEKERENS, H.P. (1990a): Familientherapie bei Problemen von Kindern und Jugendlichen: Eine Sekundaerevaluation der Effektivitaetsstudien. In: *System Familie* 3 (1) 1-10.
236. HEEKERENS, H.P. (1990b): Familiendiagnostik und Evaluationsforschung. In: *Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie* 39, 2-5.
237. HEEKERENS, H.P. (1990c): Der Aufstieg der Familientherapie — Kontextuelle Ueberlegungen. Eine Polemik. In: *Kontext* 18, 71-86.
238. HEEKERENS, H.P. (1991(2)): *Familientherapie und Erziehungsberatung*. Heidelberg: Asanger.
239. HEIMANNSSBERG, B., SCHMIDT, Ch. (Hg.) (1988): *Das kollektive Schweigen. Nazivergangenheit und gebrochene Identitaet in der Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
240. HEINER, M. (1995): Systemtheoretische Modelle fuer eine Theorie professionellen Handelns. In: *Neue Praxis, Zeitschrift fuer Sozialarbeit, Sozial paedagogik und Soziale Arbeit* 25 (5), 427-441.
241. HEINL, P. (1987): Die Technik der visuellen Analyse von Familienstammbaeumen. In: *Familiendynamik* 12, 118-138.
242. HEINL, P. (1988): Kontext und Kommunikation: Koordinaten des Genogramms. In: *Integrative Therapie* 14 (4), 365-375.
243. HEINTEL, P., KRAINZ, E. (1990): *Projektmanagement*. Wiesbaden: Gabler.
244. HEISENBERG, N. (1955): *Das Naturbild der heutigen Physik*. Reinbek: Rowohlt.
245. HEITGER, B., SCHMITZ, Ch., GESTER, P. (Hg.) (1995): *Managerie, Systemisches Denken und Handeln im Management*. 3. Jahrbuch. Heidelberg: Carl Auer.
246. HEJL, P., SCHMIDT, S. (1992): Bibliographie. In: GUMIN, H., MEIER, H. (Hg.), 167-180.
247. HELLINGER, B. (1991): Schuld und Unschuld aus systemischer Sicht. In: *Systema* 5(1), 19-34.
248. HELLINGER, B. (1993): *Finden, was wirkt Therapeutische Briefe*. Muenchen: Koesel.
249. HELLINGER, B. (1994): *Ordnungen der Liebe. Ein Kursbuch*. Heidelberg: Carl Auer.
250. HELLINGER, B. (1995a): *Familien stellen mit Kranken. Lehrvideo (3 Baende und Begleitbuch)*. Heidelberg: Carl Auer.
251. HELLINGER, B. (1995b): «Wenn man den Eltern Ehre erweist kommt etwas tief in der Seele in Ordnung». Ein Interview. In: *Psychologie Heute* 6, 22-26.
252. HELLINGER, B. (1995c): *Was in Familien krank macht und heilt. Lehrvideo. Video-Cooperative Ruhr, Kielstr. 10, 44145 Dortmund*.
253. HENNIG, C., KNODLER, U. (1985): *Problemschueler — Problemfamilien*. Weinheim: Beitz.
254. HENNING, Th. (1987): Ein Interview mit Mara Selvini Palazzoli. In: *Systema* 1 (1), 2-20.
255. HERLTH, A., BRUNNER, E.J., TYRELL, H., KRIZ, J. (Hg.) (1994): *Abschied von der Normalfamilie. Partnerschaft kontra Elternschaft*. Berlin/Heidelberg: Springer.
256. HERZOG, W. (1984): *Modell und Theorie in der Psychologie*. Goettingen: Hogrefe.

257. HERZOG, W., KRONMUELLER, K., HARTMANN, M., BERGMANN, G., KROEGER, F. (1996): Family Perception of Interpersonal Behavior as Predictor in Eating Disorders: a Prospective Six Years Follow-Up-Study (Zur Veroeff. einger.).
258. HERZOG, W., SCHWEITZER, J. (1990): Gallenstein und Familienglueck. Systemisches in der Medizin — Medizinisches im System. In: Familiendynamik 15 (2), 156-166.
259. HERZOG, W., SCHWEITZER, J. (1992): Der Schizokokkus. Resultate und moegliche Konsequenzen der biologischen Schizophrenieforschung. In: Familiendynamik 17(2), 186-195.
260. HESS, Th., MULLER, A. (1985): Moeglichkeiten und Grenzen systemorientierter Arbeit in der Schulpsychologie. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 3 (4), 230-241.
261. HIPP, J. (1995): Evaluation von Professionalisierungsmassnahmen des Instituts fuer systemische Beratung Wiesloch. Trier: Unveroeffentlichte Diplomarbeit an der Universitaet.
262. HILDENBRAND, B. (1993): Eingefrorene Geschichten und auftauende Beschreibungen. In: System Familie 6 (3), 130-138.
263. HOEGER, Ch. (1994): Systemische Ansaetze in der ambulanten Kinder und Jugend psychiatrie In: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 43, 78-84.
264. HOEGER, Ch., TEMME, M., GEIKEN, G. (1994): Wem nuetzt systemische Therapie mit einem reflektierenden Team? In: Zeitschrift fuer Kinder und Jugendpsychiatrie 22, 16-22.
265. HOEGER, Ch., TEMME M. (1995): Systemische Therapie mit einem reflektierenden Team. Erste Annaeherungen an Wirksamkeit und Wirkweise. In: System Famihe 8, 51-61.
266. HOERMANN, G., KOERNER, W., BUER, F. (Hg.) (1988): Familie und Familientherapie. Probleme-Perspektiven-Alternativen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
267. HOFFMAN, L. (1975): «Enmeshment» and the too richly cross-jomed system. In: Family Process 14, 457-468.
268. HOFFMAN, L. (1982): Grundlagen der Familientherapie. Hamburg: Isko.
269. HOFFMAN, L. (1987): Jenseits von Macht und Kontrolle. Aut dem Wege zu einer systemischen Familientherapie «zweiter Ordnung». In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 5 (2), 76-93.
270. HOFFMAN, L. (1990): Constructing Realities: an Art of Lenses. In: Family Process 29(1), 1-12.
271. HOFFMAN-HENNESSY, L. (1992): Fuer eine reflexive Kultur der Familientherapie. In: SCHWEITZER, J. et al (Hg.).
272. HOFFMAN, L. (1996): Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflussnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie. Dortmund: Modenes Lernen.
273. HOLLING, H., LIEPMANN, D. (1995): Personalentwicklung. In: SCHULER, H. (Hg.), 285-316.
274. HOLLSTEIN-BRINKMANN, H. (1993): Soziale Arbeit und Systemtheorie. Freiburg: Lambertus.
275. HOSEMAN, D. (1987): Intuition — maennlich? weiblich? — Therapeutische Fachigkeiten und deren Bezug zu Maennern und Frauen. In: Familiendynamik 12(3), 212-223.
276. HOSEMAN, D., KRIZ, J., von SCHLIPPE, A. (Hg.) (1993): FamilientherapeutInnen im Gespraech. Freiburg: Lambertus.
277. HOSEMAN, D., KRUELL, M., MASSING, A., WELTER-ENDERLIN, R. (1987): Frauen ueber Frauen (und Maenner) in der Familientherapie. Editorial zum Themenheft der Familiendynamik. In: Familiendynamik 12(3), 209-211.
278. HUBSCHMID, T. (1983): Der Wohnungsgrundriss — ein Instrument in der Familien-therapie. In: Familiendynamik 8 (3), 221-234.
279. HUEFNER, J. (1987): Ist unsere Welt berechenbar? Komplexe Systeme aus der Sicht eines Physikers. In: von SCHLIPPE, A., KRIZ, J. (Hg.), 54-61.
280. HUSCHKE-RHEIN, R. (Hg.) (1989): Systemische Paedagogik. Band III. Koeln.
281. HUSCHKE-RHEIN, R. (Hg.) (1990): Systemische Paedagogik. Band IV. Koeln.
282. HUSCHKE-RHEIN, R. (Hg.) (1992): Systemisch-Oekologische Paedagogik. Band V. Koeln.
283. HUTTERER-KRISCH, R., KRIZ, J., PARFY, E., MARGREITER, U., SCHMETTERER, W., SCHWENTNER, G. (1996): Psychotherapie als Wissenschaft — Fragen der Ethik. Wien: Facultas.
284. IMBER-BLACK, E. (1992): Familien und groessere Systeme. Heidelberg: Auer.

285. IMBER-BLACK, E. (1993): Ritualthemen in Familien und Familientherapie. In: IMBER-BLACK, F. et al. (Hg.), 73-120.
286. IMBER-BLACK, E., ROBERTS, J., WHITING, R. (1993) Rituale in Familien und Familientherapie. Heidelberg: Auer.
287. JACKSON, D.D. (1957): The Question of Family Homeostasis. In: *Psychiatry Quarterly* 31, 79-90.
288. JACOBSON, N.S., FOLETTE, W.C., REVENSTORF, D. (1984): Psychotherapy Outcome Research: Methods for Reporting Variability and Evaluating Clinical Significance. In: *Behavior Therapy* 15, 336-352.
289. JAEGER, B., LIEDTKE, R., KUENSEBECK, W.-W., LEMPA, W., KERSTING, A., SEIDE, L. (1996): Psychotherapy with Bulimia nervosa: Evaluation and Long term Follow-up of two Conflict-oriented Treatment Conditions. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* (accepted for publication).
290. JANTSCH, E. (1982): *Die Selbstorganisation des Universums*. Muenchen: dtv
291. JAYNES, J. (1988): *Der Ursprung des Bewusstseins durch den Zusammenbruch der Bikameralen Psyche*, Reinbek: Rowohlt.
292. JONES, E. (1993): *Family Systems Therapy. Developments in the Milan-Systemic Therapies*. Chichester/New York: Wiley, dt.: 1995: *Systemische Familientherapie*. Dortmund: Modernes Lernen.
293. JUERGENS, G., SALM, H. (1984): Fuenf Freiheiten Familientherapie. In: PETZOLD, H. (Hg.) 1984a, 387-450.
294. KAISER, P. (Hg.) (1993): *Psycho-Logik helfender Institutionen. Beitrage zu einer besseren Nutzerfreundlichkeit der Organisationen im Sozial- und Gesundheits wesen*. Heidelberg: Asanger.
295. KANTOR, D., LEHR, W. (1977): *Inside the Family*. San Francisco: Jossey Bass.
296. KAUFMANN, R. (1990): *Die Familienrekonstruktion*. Heidelberg: Asanger.
297. KAMMERER, A., KLINGENSPOR, B. (Hg.) (1989): *Bulimie*. Stuttgart: Kohlhammer
298. KEENEY, B. (Hg.) (1987): *Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten*. Dortmund: Modernes Lernen.
299. KEENEY, B. (1987): *Aesthetik des Wandels*. Hamburg : ISKO.
300. KELLER, Th. (Hg.) (1988): *Sozialpsychiatrie und systemisches Denken*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
301. KELLER, Th. (1996): *Karrieren der Kooperation. Systemische Arbeitsformen im Alltag des Psychiatrischen Krankenhauses*. In: KELLER, Th., GREVEN, N. (Hg.): *Systemische Perspektiven in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (im Druck).
302. KEUPP, H., ZAUMSEIL, M. (1978): *Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens*. Frankfurt: Suhrkamp.
303. KIESER, A., KUBICEK, H. (1992): *Organisation* (3. neubearb. Auflage). Berlin, New York: DeGruyter.
304. KIM BERG, I. (1992): *Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und loesungsorientiertes Arbeitsbuch*. Dortmund: Modernes Lernen.
305. KIM BERG, I., de SHAZER, St. (1993): *Wie man Zahlen zum Sprechen bringt: Die Sprache in der Therapie*. In: *Familiendynamik* 18(2), 146-162.
306. KIMMBRLE, H (1988): *Derrida zur Einfuehrung*. Hamburg: Junius.
307. KIPHARD, E., OLBRICHT, I. (Hg.) (1995): *Psychomotorik und Familie*. Dortmund.
308. KIRSCH, W, zu KNYPHAUSEN, D. (1991): *Unternehmungen als «autopoietische» Systeme?* In: STAEHLE, W., SYDOW, J. (Hg.), 75-102.
309. KLIMECKI, R., PROBST, G., EBERL, P. (1991): *Systementwicklung als Management Problem*. In: STAEHLE, W., SYDOW, J. (Hg.), 103-162.
310. KLINGLMAIR, A. (1991): *Systemisch-evolutionaere Supervision in Institutionen*. In: BRANDAU, H (Hg.). 88-100.
311. KLOCKMANN, M. (1992): *Virginia Satirs Parts Party*. In: MOSKAU, G., MUELLER, G. (Hg.), 191-208.



312. KOECK, W. (1990): Autopoiese, Kognition und Kommunikation. Einige kritische Bemerkungen zu Humberto Maturanas Bio-Epistemologie und ihren Konsequenzen. In: RIEGAS, V., VETTER, Ch. (Hg.), 159-188.
313. KOENNING, J., SZCZEPANSKI, R., von SCHLIPPE, A. (Hg.) (1994): Betreuung asthmakranker Kinder im sozialen Kontext. Stuttgart: Enke.
314. KOENIG, E., VOLMER, G. (1993): Systemische Organisationsberatung. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
315. KOENIGSWIESER, R. (1990): Widerstände gegen systemische Unternehmensführung. In: KOENIGSWIESER, R., LUTZ, Ch. (Hg.).
316. KOENIGSWIESER, R., LUTZ, Ch. (Hg.) (1990): Das systemisch evolutionäre Management. Wien: Orac.
317. KOENIGSWIESER, R., PELIKAN, J. (1990): «Anders-gleich-beides zugleich». In: Gruppendynamik 21(1), 69-94.
318. KOERKEL, J. (Hg): Der Rückfall des Suchtkranken — Flucht in die Sucht? Heidelberg: Springer.
319. KOERNER, W. (1988): Zur Kritik Systemischer Therapien. In: HOERMANN, G. et al. (Hg.), 153-184.
320. KOERNER, W., ZYGOWSKI, H. (1987): Familientherapie. In: ZYGOWSKI, H. (Hg.), 159-181.
321. KOERNER, W., ZYGOWSKI, H. (1988): Im System gefangen. In: Psychologie Heute 15 (4), 38-45.
322. KOESEL, E. (1995): Die Modellierung von Lernwelten. Handbuch zu einer subjektiven Didaktik. Eltztal-Dallau.
323. KOLEVZON, M.S., GREEN, R.G., FORTUNE, R.G., VOSLER, N.R. (1988): Evaluating Family Therapy: Divergent Methods, Divergent Findings. In: Journal of Marital and Family Therapy 14 (3), 277-286.
324. KOOLMANN, G., SCHUSSER, G. (Hg.) (1996): Familie in besonderen Lebenssituationen — gestern und heute. Hamburg: Kovac.
325. KOPP, Sh. (1978): Triffst du Buddha unterwegs... Frankfurt: Fischer.
326. KRATKY, K., WALLNER, F. (Hg.) (1990): Grundprinzipien der Selbstorganisation. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
327. KRIZ, J. (1981): Artefakte in der empirischen Sozialforschung. Stuttgart: Teubner.
328. KRIZ, J. (1985): Grundkonzepte der Psychotherapie. München/Weinheim: Psychologie Verlags Union.
329. KRIZ, J. (1990a): Pragmatik systemischer Therapie Theorie II: der Mensch als Bezugspunkt systemischer Perspektiven. In: System Familie 3(2), 97-107.
330. KRIZ, J. (1990b): Erkennen und Handeln. Zum besonderen Verhältnis von (konstruktivistisch-systemischer) Theorie und Praxis in der Klinischen Psychologie. In: RIEGAS, V., VETTER, Ch. (Hg.), 189-204.
331. KRIZ, J. (1991): Probleme systemisch empirischer Forschung. In: System Familie 4, 236-242.
332. KRIZ, J. (1992): Chaos und Struktur. München: Quintessenz.
333. KRIZ, J. (1994a): Personenzentrierter Ansatz und Systemtheorie. In: Personenzentriert I, 1994, 17-70.
334. KRIZ, J. (1994b): Zur systemtheoretischen Konzeption von «Familie». In: HERLTH, A. et al. (Hg.), 31-41.
335. KRIZ, J. (1995a): Naturwissenschaftliche Konzepte in der gegenwärtigen Diskussion zum Problem der Ordnung. In: Gestalt Theory 17(2), 151-163.
336. KRIZ, J. (1995b): Die Macht der Sprache. In: SCHMIDT-LELLEK, Ch., HEIMANNS-BERG, B. (Hg.), 43-64.
337. KRIZ, J. (1996): Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In: HUTTERER-KRISCH, P. et al. (Hg.), 15-190.
338. KRIZ, J., LUECK, H., HEIDBRINK, H. (1987): Wissenschaftstheorie und Erkenntnistheorie. Opladen: Leske und Budrich.

391. McGOLDRICK, M., GERSON, R. (1990): Genogramme in der Familienberatung. Stuttgart: Huber.
392. MEAD, G.H. (1980): Geist, Identitaet und Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp (Original 1934).
393. MENGHAM, R. (1995): Im Universum der Worte. Ueber Ursprung, Funktion und Vielfalt menschlicher Sprache. Stuttgart: Klett-Cotta.
394. MENNE, K., ALTER, K. (Hg.) (1988): Familien in der Krise. Weinheim: Juventa.
395. METZMACHER, B., ROSS, J., VON SCHLIPPE, A., SCHMAUCH, R. (1982): Ein familientherapeutisches Konzept von Veraenderung. In: Integrative Therapie 8 (3), 173-192.
396. MEYER, A.E., RICHTER, K., GRAWE, J., V.D.SCHULENBURG, J., SCHULTE, B. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bonn: Bundesministerium fuer Gesundheit.
397. MINUCHIN, S. (1977): Familien und Familientherapie. Freiburg: Lambertus.
398. MINUCHIN, S., FISHMAN, H. (1983): Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg: Lambertus.
399. MINUCHIN, S., MONTALVO, B., GUERNEY, B., ROSMAN, B., SCHUMER, F. (1967): Families of the Slums. New York: Basic Books.
400. MINUCHIN, S., ROSMAN, B., BAKER, L. (1981): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
401. MOELLER, J., GRAU, U., ROHWEDDER, N. (1988): Beratung von Individuen in komplexen Systemen. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 6(4), 288-296.
402. MOLNAR, A., LINDQUIST, B., HAGE, K. (1985): Von der Moeglichkeit der Veraenderung problematischer Unterrichtssituationen — Unterricht als selbstreferentielles System. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 3 (4), 216-223.
403. MOLNAR, A., LINDQUIST, B. (1990): Verhaltensprobleme in der Schule. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
404. MOLTER, H. (1990): «Konvertervention» — zwischen Invention und Intervention, zwei Interviews mit G.CECCHIN und L.BOSCOLO. In: Systema 4 (2), 2-12.
405. MOLTER, H. (1993): Psychiatrie und systemische Sprache. In: ELLEBRACHT, H. und VIETEN, B. (Hg.), 63-66.
406. MOLTER, H. (1994): Alles und Nichts: 4711 systemische Vermerke zur Supervision. Vortrag auf dem Forum der Internationalen Gesellschaft fuer systemische Therapie. Heidelberg (unveroeff.).
407. MOLTER, H., von SCHLIPPE, A. (1991): Das Weinheimer Modell der Familien-therapie — ein Modell der Vielfalt. In: Systema 5 (2), 14-16.
408. MONTALVO, B. (1973): Aspects of Live Supervision. In: Family Process 12, 343-359.
409. MOON, S., DILLON, D., SPRENKLE, D.H. (1990): Family Therapy and Qualitative Research. In: Journal of Marital and Family Therapy 16 (4), 357-373.
410. MOSKAU, G., MUELLER, G. (Hg.) (1992): Virginia Satir. Wege zum Wachstum. Paderborn: Junfermann.
411. MOZZICATO, M., PEDRONI, G., ROMEO, M. (1993): Vermeidung stationaerer Einweisungen durch gemeindenahen Einsatz systemischer Familientherapie. In: ELLEBRACHT, H., VIETEN, B. (Hg.), 43-52.
412. MUELLER, G. (1992): Thema mit Variationen: Struktur und Prozess der Skulpturtechnik. In: MOSKAU, G., MULLER, G. (Hg.), S.139-162.
413. NASH DeWITT, K. (1980): Die Wirksamkeit von Familientherapie. In: Familiendynamik 5, 73-103.
414. NERIN, W.F. (1989): Familienrekonstruktion. Paderborn: Junfermann.
415. NERIN, W.F. (1992): Virginia Satirs Familienrekonstruktion: Ein Spiegel ihrer Personlichkeit. In: MOSKAU, G., MUELLER, G. (Hg.), 163-182.
416. NITSCH, J. (Hg.) (1981): Stress. Bern: Huber.
417. NUESE, R. (unter Mitarbeit von N. GROEBEN, B. FREITAG, M. SCHREIER) (1995): (2) Ueber die Erfindungen des Radikalen Konstruktivismus. Kritische Gegenargumente aus psychologischer Sicht. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

418. OBRECH, R.W. (1991): Zur Kritik des Konstruktivismus oder: eine andere Art systemisch zu denken. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 9 (4), 281-286.
419. OCHS, M. (1996): Buchbesprechung zu Schiepek u. Strunk «Dynamische Systeme». In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 14 (1), 60-62.
420. OLSON, D. (1972): Empirically Unbinding the Double-Bind: A review of Research and Conceptual Reformulations. In: Family Process 11, 69-94.
421. OLSON, D., MILLER, B. (Hg.) (1983): Family Studies Review Yearbook I. Beverly Hills: Sage.
422. ORLINSKY, D. (1994): «Learning from Many Masters». Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. In: Psychotherapeut 39, 2-9.
423. OSTERHOLD, G. (1994): Wandel und Entwicklung in Unternehmen. Konzept fuer eine Veraenderung. In: Systhema 8(1), 15-26.
424. OSTERHOLD, G. (1996): Veränderungsmanagement. Visionen und Wege zu einer neuen Unternehmenskultur. Wiesbaden: Gabler.
425. OSTERHOLD, G., ECKHARDT, W. (1985): Schulschwierigkeiten — auffaellige Kinder und Jugendliche zwischen Elternhaus und Schule. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 3 (4), 203-208.
426. OSTERHOLD, G., LENZ, G. (1994): Systemische Therapie bei Zwangsstörungen. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 7 (26), 107-112.
427. OSTERHOLD, G., MOLTER, H. (Hg.) (1992): Systemische Suchttherapie. Heidelberg: Asanger.
428. OSWALD, G. (1988): Systemansatz und soziale Familienarbeit. Methodische Grundlagen und Arbeitsformen. Freiburg: Lambertus.
429. OEZELSEL, M. (1995): Die Integration einer kulturspezifischen Sichtweise in therapeutische Rituale. In: Hypnose und Kognition 12(1), 63-71.
430. PALMOWSKI, W. (1995): Der Anstoss des Steines. Systemische Beratungsstrategien im schulischen Kontext Ein Einfuehrungs- und Lernbuch. Dortmund: Modernes Lernen.
431. PALMOWSKI, W., THONE, E. (1995): Zirkulaeres Fragen — was war das noch? In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 13 (2), 111-120.
432. PAPP, P. (1989): Die Veraenderung des Familiensystems. Stuttgart: Klett-Cotta.
433. PARSONS, B.V., ALEXANDER, J. (1973): Short Term Family Intervention: A Therapy Outcome Study. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 41, 195-201.
434. PEEK, C.J., HEINRICH, R.L. (1995): Building a Collaborative Care Organization. Vortrag auf der Family Health Care Coalition Conference, Washington, D.C., 19.-22.6.1995 (unveroff.).
435. PELIKAN, J., DEMMER, H., HURRELMANN, K. (Hg.) (1993): Gesundheitsfoerderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim: Juventa.
436. PELIKAN, J., LOBNIG, H., NOWAK, P. (1993): Das Wiener WHO-Modellprojekt «Gesundheit und Krankenhaus» — Konzepte, Strategien und Methoden. In: PELIKAN, J. et al. (Hg.)
437. PENN, P. (1983): Zirkulaeres Fragen. In: Familiendynamik 8 (3), 198-220/
438. PENN, P. (1986): Feed-Forward — Vorwaertskopplung, Zukunftsfragen, Zukunftsplaene. In: Familiendynamik 11, 206-220.
439. PENN, P., SHEINBERG, M. (1992): Gender Dilemmata, Gender-Fragen und Gender-Mantra. In: SCHWEITZER, J. et al. (Hg.), 233-257.
440. PERLESZ, A., YOUNG, J., PATERSON, R., BRIDGE, S. (1994): The Reflecting Team as a Reflection of Second Order Therapeutic Ideals. In: Australian and New Zealand Journal of Family Therapy 15(3), 117-127.
441. PETER, B., SCHMIDT, G. (Hg.) (1992): Erickson in Europa. Heidelberg: Carl Auer.
442. PETZOLD, E. (1979): Die Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia Nervosa. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
443. PETZOLD, E., KROGER, F., DETER, H.C., HERZOG, W. (1991): Zwanzig Jahre Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia Nervosa. In: System Familie 4, 158-167.
444. PETZOLD, H. (1984a): Wege zum Menschen. Methoden und Persoenlichkeiten moderner Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.



445. PETZOLD, H. (1984b): Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie. In: *Integrative Therapie* 10 (1-2), 73-115.
446. PETZOLD, H. (1988): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
447. PETZOLD, H. (1993): *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden fuer eine schuluebergreifende Psychotherapie* (3 Bde.). Paderborn: Junfermann.
448. PETZOLD, H., RAMIN, G. (Hg.): (1987): *Schulen der Kinderpsychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
449. PFEIFER-SCHAUPP, H.U. (1995): *Jenseits der Familientherapie. Systemische Konzepte in der sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus.
450. PFEIFER-SCHAUPP, H.U. (1996): Diskurs und Verantwortung in Beratung und Therapie — Ein Plaedoyer zur Rehabilitierung der Vernunft in systemisch-konstruktivistischer Praxis. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 14 (1), 33-46.
451. PINL, C. (1995): *Das faule Geschlecht*. Muenchen: dtv
452. PINSOFF, W.M. (1989): A Conceptual Framework and Methodological Criteria for Family Therapy Process Research. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53-59.
453. PITTMANN, F., DEYOUNG, C., FLOMENHAFT, K., KAPLAN, D., LANGSLEY, D. (1981): (im Orig. 1966): Crisis Family Therapy. In: GREEN, R., FRAMO, J. (Hg.).
454. PLEYER, K.H. (1983): Die Frage der Verantwortlichkeit als zentrales Problem in der stationaeren Therapie. In: W.ROTTHAUS (Hg.).
455. POHL, M. (1994): Notizen zum Systemischen Arbeiten mit Kindern in Heimgruppen. Unveroeffentlichte IGST-Kursarbeit.
456. PORTELE, H. (1992): *Der Mensch ist kein Waegelchen*. Koeln: Edition Humanistische Psychologie.
457. PORTELE, H., ROESSLER, K. (1994): *Macht und Psychotherapie. Ein Dialog*. Koeln: Edition Humanistische Psychologie.
458. PRIGOGINE, I., STENGERS, I. (1981) *Dialog mit der Natur* Muenchen Piper.
459. PUHL, H. (Hg.) (1994) *Handbuch der Supervision 2* Berlin Ed Marhold.
460. RAMIN, G. (Hg.) (1993): *Inzest und sexueller Missbrauch. Beratung und Therapie*. Paderborn: Junfermann.
461. RAPPE-GIESECKE, K. (1994): Gruppensupervision und Balintgruppenarbeit. In: PUHL, H. (Hg.), 72-84.
462. RAUEN, Ch. (1996): Coaching. In: IG Chemie-Papier-Keramik (Hg.): *Aktiv und selbstorganisiert Lernen*. Hannover: Bund, 107-118.
463. REESE-SCHAEFER, W. (1992): *Luhmann zur Einfuehrung*. Hamburg: Junius.
464. REICH, G. (1984): Der Einfluss der Herkunftsfamilie auf die Taetigkeit von Therapeuten und Beratern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und psychiatrie* 33, 61-69.
465. REICH, K. (1996): Konstruktivistische Didaktik — eine allgemeine zielbestimmung. In: VOSS, R. (Hg.).
466. REINECKER, H., SCHIEPEK, G., GUNZELMANN, T. (1989): Integration von Forschungsergebnissen Meta-Analysen in der Psychotherapieforschung. In: *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie* 17 (2), 101-116.
467. REISS, D. (1981): *The Family's Construction of Reality*. Cambridge: Harvard University Press.
468. REISS, D., OLIVIERI, M. (1983): Family Paradigm and Family Coping. In: OLSON, D., MILLER, B. (Hg.), 113-126.
469. REITER, L. (1988): Ueber die Anfange Ziele und Zielkonflikte in der internationalen Arbeitsgemeinschaft fuer Familienforschung und Familientherapie (AGF). In: *System Familie* 1 (1), 23-32.
470. REITER, L. (1991): Vom reflektierenden Team zum fokussierenden Team. In: *System Familie* 4, 119-120.
471. REITER, L., AHLERS, C. (Hg.) (1991): *Systemisches Denken und therapeutischer Prozess* Berlin-Heidelberg: Springer.

472. REITER, L., BRUNNER, E., REITER-THEIL, S. (Hg.) (1988): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin-Heidelberg: Springer.
473. REITER, L., STEINER, E., AHLERS, C., VOGEL, M., WAGNER, H. (1993): Das reflektierende Team als therapeutische Methode. Ergebnisse einer klinischen Evaluierung. In: System Familie 6, 10-20.
474. REITER-THEIL, S. (1984): Wissenschaftstheoretische Grundlagen zur systemorientierten Familientherapie. In: BRUNNER, E.J. (Hg.).
475. REITER-THEIL, S., EICH, H., REITER, L. (1991): Informed Consent in Family Therapy. Necessary Discourse and Practice. In: Changes 9(2) 81-90.
476. RETZER, A. (Hg.) (1991): Die Behandlung psychotischen Verhaltens. Heidelberg: Carl Auer.
477. RETZER, A. (1994): Compliance, Krankheitstheorien und familiäre Interaktion. In: Familiendynamik 19(2), 101-121.
478. RETZER, A. (1988): Systemische Therapie eines Paares mit somatischer Symptomatik. In: Familiendynamik 13 (4), 300-317.
479. RETZER, A. (1994): Familie und Psychose. Stuttgart: G. Fischer.
480. RETZER, A., SIMON, F., WEBER, G., STIERLIN, H., SCHMIDT, G. (1989): Eine Katamnese manisch-depressiver und schizo-affektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. In: Familiendynamik 14 (3), 214-235.
481. RICHARDSON, H.B. (1945): Patients have Families. New York: Commonwealth Fund.
482. RICHTER, H.E. (1963): Eltern. Kind. Neurose. Reinbek: Rowohlt.
483. RICHTER, H.E. (1972): Patient Familie. Reinbek: Rowohlt.
484. RICHTER, H.E., STROTZKA, H., WILLI, J. (Hg.) (1976): Familie und seelische Krankheit. Reinbek: Rowohlt.
485. RICHTERICH, L. (1993): Postmoderne Psychotherapie. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 11(1), 23-31.
486. RIEDL, R. (1981): Die Folgen des Ursachendenkens In WATZLAWICK P (Hg), 67-90.
487. RIEDL, R. (1981): (3) Die Biologie der Erkenntnis. Berlin: Parey.
488. RIEFORTH, J. (1993): Problemfamilien im Rahmen der Familienhilfe. In: KAISIR, P. (Hg.), 105-120.
489. RIEFORTH, J. (1996): Entwicklungsprozesse von beruflichen Fachkräften in einem neuen Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit. Qualitative Analyse der postgradualen wissenschaftlichen Weiterbildung «Familienhilfe als systemische Tätigkeit im psychosozialen Bereich». Universität Oldenburg: Dissertation (unveröff.).
490. RIEGAS, V., VETTER, Ch. (1990): Gespräch mit Humberto Maturana. In: RIKAS, V., VETTER, Ch. (Hg.), 11-90.
491. RIEGAS, V., VETTER, Ch. (Hg.) (1990): Zur Biologie der Kognition. Frankfurt: Suhrkamp.
492. RISAU-PETERS, J., v. SCHLIPPE, A., BROENNEKE, M. (1996): Heimerziehung als komplexes Auftragsgeflecht. Beschreibungen und Lösungen aus systemischer Sicht. In: System Familie (zur Veröff. eingereicht).
493. RISKIN, J., FAUNCE, E.E. (1972): An Evaluative Review of Family Interaction Research. In: Family Process 11, 365-455.
494. RITSCHER, W. (1991): Ein theoretischer Rahmen fuer die Arbeit mit Familien in Sozialarbeit und Familienberatung. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 9 (4), 287-297.
495. RITSCHER, W. (1991): Systemisch psychodramatische. Supervision: Eschborn: Klotz.
496. ROBERTS, J. (1993): Die Verwendung von Ritualen bei der Neudokumentierung psychiatrischer Fallgeschichten. In: IMBER-BLACK, E. et al. (Hg.), 323-354.
497. ROSEN, S. (1990) (2): Die Lehrgeschichten von Milton Erickson. Hamburg: ISKO.
498. ROSENSTIEL, L.v., REGNET, E., DOMSCH, M. (Hg.) (1993) (2): Führung von Mitarbeitern Handbuch fuer ein erfolgreiches Personalmanagement. Schaefer.
499. ROSMAN, B., BAKER, L. (1988): The «Psychosomatic Family» Reconsidered: Diabetes in Context-a Reply. In: Journal of Marital and Family Therapy 14(2), 125-132.



500. ROSMAN, B., MINUCHIN, S., LIEBMAN, R. (1976): Der «Familien Lunch» eine Moeglichkeit zur Einleitung einer Familientherapie bei Magersucht. In: *Familiendynamik* 1 (4), 334-347.
501. ROTHERMEL, A., FEIERFEIL, R. (1990): Zirkulaeres Fragen als Methode der systemischen Therapie. In: *Familiendynamik* 6, 123-139.
502. ROTTHAUS, W. (Hg.) (1983): *Systemische Familientherapie im ambulanten und stationaren Bereich*. Dortmund: Modernes Lernen.
503. ROTTHAUS, W. (1986): Der systemische Berater oder Therapeut im Spannungsfeld zwischen Familie und anderen beratenden Institutionen. In: GERLISHER, K., JUNGSMANN, J., SCHWEITZER, J. (Hg.).
504. ROTTHAUS, W. (1990): *Systemische Stationaere Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
505. RUECKER-EMBDEN-JONASCH, I., EBBECKE-NOHLEN, A. (1992): *Balanceakte*. Heidelberg: Carl Auer.
506. RUSSEL, C., OLSON, D., SPRENKLE, D., ATILANO, R. (1983): From Family Symptom to Family System: Review of Family Therapy Research. In: *The American Journal of Family Therapy*, 11 (3), 3-14 S.
507. SAAR, G. (1995): Von Familien und groesseren Unternehmen — Parallelen und Grenzen einer gemeinsamen systemischen Betrachtung. In: WAGNER, R. (Hg.), 89-124.
508. SANTA-BARBARA, J., WOODWARD, C., LEVIN, S., GOODMAN, J., STREINER, D., EPSTEIN, N. (1979): The McMaster Family Therapy Outcome Study: An overview of methods and results. In: *International Journal of Family Therapy* 1, 304-323.
509. SATIR, V. (1979): (4) Familienbehandlung. Freiburg: Lambertus.
510. SATIR, V. (1986): Familienrekonstruktion. Lehrfilm der Videocooperative Ruhr, Kielstr. 10, 44145 Dortmund.
511. SATIR, V. (1990): *Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz*. Paderborn: Junfermann.
512. SATIR, V., BALDWIN, M. (1988): *Familientherapie in Aktion*. Paderborn: Junfermann.
513. SCHIEPEK, G. (1986): *Systemische Diagnostik in der Klinische Psychologie*. Weinheim/Muenchen: Psychologie Verlags Union.
514. SCHIEPEK, G. (Hg.) (1987): *Systeme erkennen Systeme*. Weinheim/Muenchen: Psychologie Verlags Union.
515. SCHIEPEK, G. (1991): *Systemtheorie der Klinischen Psychologie*. Braunschweig: Vieweg.
516. SCHIEPEK, G. (1994a): Der systemwissenschaftliche Ansatz in der Klinischen Psychologie. In: *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie* 23 (2), 77-92.
517. SCHIEPEK, G. (1994b): Ist eine systemische Psychotherapieforschung moeglich? In: *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 42 (4), 297-318.
518. SCHIEPEK, G. (1996): Ausbildungsziel Systemkompetenz. In: REITER, L., BRUNNER, E., REITER-THEIL, S. (Hg.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. 2. voellig ueberarbeitete Auflage. Berlin: Springer.
519. SCHIEPEK, G., SCHUETZ, A., KOEHLER, M., RICHTER, K., STRUNK, G. (1995a): Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil I. Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse. In: *Psychotherapie Forum* 3(1), 1-17.
520. SCHIEPEK, G., STRUNK, G., KOWALIK, Z. (1995b): Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil II. Die Ordnung des Chaos. In: *Psychotherapie Forum* 3 (2), 86-107.
521. SCHIEPEK, G., STRUNK, G. (1994): *Dynamische Systeme. Grundlagen und Analysemethoden fuer Psychologen und Psychiater*. Heidelberg: Asanger.
522. SCHINDLER, H. (Hg.) (1996): *Systemisches Arbeiten in der Heimerziehung*. Dortmund: Modernes Lernen.
523. SCHLIPPE, A. v. (1984): *Familientherapie im Ueberblick — Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmoeglichkeiten*. Paderborn: Junfermann.
524. SCHLIPPE, A. v. (1988): Der systemische Ansatz — Versuch einer Praezisierung. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 6 (2), 81-89.



525. SCHLIPPE, A. v. (1990): «Hauptsache dem Therapeuten geht's gut»: Umgang mit problematischen Situationen in der Familientherapie. In: BRUNNER, E., GREITEMEYER, D. (Hg.).
526. SCHLIPPE, A. v. (1991): Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik. In: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 40 (10), 368-375.
527. SCHLIPPE, A. v. (1992): Moeglichkeiten der Selbst-Supervision. Eine Umsetzung des Satirischen Ansatzes. In: MOSKAU, G., MULLER, G. (Hg.), 233-242.
528. SCHLIPPE, A. v. (1995a): Therapie zwischen Begegnung und Macht. In: SCHMIDT-LELLEK, Ch., HEIMANNSSBERG, B. (Hg.), 229-238.
529. SCHLIPPE, A. v. (1995b): «Tu, was du willst». Eine integrative Perspektive auf die systemische Therapie. In: Kontext 26 (1), 19-32.
530. SCHLIPPE, A. v. (1996a): Familien leben in Sprache, Familien leben in Geschichten. Die Entwicklung des Bildes von Familie in Psychotherapie und Familientherapie. In: KOOLMANN, G., SCHUSSER, G. (Hg.), 91-107.
531. SCHLIPPE, A. v. (1996b): Das Auftragskarussell. In: SCHINDLER, H. (Hg.).
532. SCHLIPPE, A. v., FOREMANN, J., THEILING, St. (1994): Die Bewaeltigung chronischer Krankheit im Kontext sozialer Systeme. In: KOENNING, J. et al. (Hg.), 45-60.
533. SCHLIPPE, A. v., KRIZ, J. (Hg.) (1987): Familientherapie. Kontroverses — Gemeinsames. I. Weinheimer Symposium 1986 in Osnabrueck. Wildberg: Boegner-Kaufmann.
534. SCHLIPPE, A. v., KRIZ, J. (1993): Skulpturarbeit und zirkulaeres Fragen. Eine integrative Perspektive auf zwei systemtherapeutische Techniken aus Sicht der per sonzentrierten Systemtheorie. In: Integrative Therapie 19 (3), 222-241.
535. SCHLIPPE, A. v., KRIZ, J. (Hg.) (1996): Kontexte fuer Veraenderung. Systemische Perspektiven in Theorie und Praxis. Universitaet Osnabrueck: Forschungsbericht aus dem Fachbereich Psychologie (im Druck).
536. SCHLIPPE, A. v., LOB-CORZILIUS, Th. (1993): Chronische Krankheit im Kontext der Familie. In: Familiendynamik 18 (1), 37-55.
537. SCHLIPPE, A. v., MATTHAEL, Ch. (1987): Das Kind in der strukturellen und entwicklungsorientierten Familientherapie. In: PITZOLD, H., RAMIN, G. (Hg.), 323-357.
538. SCHLIPPE, A. v., MOLTER, H., BOEHMER, N. (1994): Zugaenge zu familiaeren Wirklichkeiten. Lehrfilm (und Begleittext) der Videocooperative Ruhr, Kielstr. 10, 44145 Dortmund.
539. SCHLIPPE, A. v., SCHRAMER, K.W. (1993): Kontextbezogene Arbeit in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. In: WEIG, W., WIEDL, K.H. (Hg.) Forschung im Psychiatrischen Krankenhaus. Universitaet Osnabrueck: Forschungsberichte aus dem Fachbereich Psychologie Nr 95.
540. SCHLIPPE, A. v., SCHWEITZER, J. (1988): Familienforschung per Fragebogen. In: System Familie I, 124-136.
541. SCHMELZER, J. (1995): Vision, Mission, Sozioethik: Steuerung von Teams in Netzwerken. In: BUCHNER, D. (Hg.), 83-95.
542. SCHMID, B. (1992): Ganzheitlichkeit und Komplexitaetssteuerung — Gedanken aus der Perspektive der systemischen Organisationsberatung. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 10(2), 135-138.
543. SCHMIDT, G. (1985): Systemische Familientherapie als zirkulaere Hypnotherapie. In: Familiendynamik 10 (3), 241-264.
544. SCHMIDT, G. (1988): Rueckfaelle von als suchtkrank diagnostizierten Patienten aus systemischer Sicht. In: KOERKEL, J. (Hg.): Der Rueckfall des Suchtkranken — Flucht in die Sucht? Heidelberg: Springer.
545. SCHMIDT, G. (1989): Bulimie aus systemischer Sicht. In: KAEMMERER, A., KLINGENSPOR, B. (Hg.): Bulimie. Stuttgart: Kohlhammer.
546. SCHMIDT, G. (1992): Systemische und hypnotherapeutische Konzepte fuer die Arbeit mit als psychotisch definierten Klienten. In: PETER, B., SCHMIDT, G. (Hg., 1992): Erickson in

- Europa. Heidelberg: Carl Auer.
547. SCHMIDT, S.J. (Hg.) (1992): Kognition und Gesellschaft. Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Frankfurt.
  548. SCHMIDT-LELLEK, Ch., HEIMANNSBERG, B. (Hg.) (1995): Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie. Koeln: Edition Humanistische Psychologie.
  549. SCHMITZ, Ch. (1988): Beobachtung der Organisation und Organisation der Beobachtung. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 6 (4), S.247-254.
  550. SCHMITZ, Ch. (1992): Erfolg und Vielfalt. Zum Nutzen systemischen Denkens und Handelns im Management. In: SCHMITZ, Ch. et al. (Hg.), 41-69.
  551. SCHMITZ, Ch., GESTER, P., HEITGER, B. (Hg.) (1992): Managerie. Systemisches Denken und Handeln im Management. I. Jahrbuch. Heidelberg: Carl Auer.
  552. SCHNEEWIND, K. (1991): Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
  553. SCHNEEWIND, K., BECKMANN, M., ENGFER, A. (1983): Eltern und Kinder. Umwelteinflüsse auf das familiaere Verhalten. Stuttgart: Kohlhammer.
  554. SCHNEIDER, K.(Hg.) (1983): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn: Junfermann.
  555. SCHOENIG, W., BRUNNER, E. (Hg.) (1993): Organisationen beraten. Impulse fuer Theorie und Praxis. Freiburg (Lambertus).
  556. SCHREYOEGG, A. (1992) (2): Supervision. Ein Integratives Modell. Paederborn: Junfermann.
  557. SCHRFYOEGG, A. (1994): Coaching und seine potentiellen Funktionen. In: PUHL, H. (Hg.), 173-187.
  558. SCHROEDER, K. (1991): Therapeutische Arbeit mit Familien am Landeskrankenhaus. Osnabrueck: Unveroff. Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Universitaet.
  559. SCHUCH, H.W. (1988): Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung. In: Integrative Therapie 14(2/3), 108-131.
  560. SCHUG, R., HAHN, R., KAMMER, H. (1985): Systemische Arbeit in der Schulpsychologie. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 3 (4), 196-202.
  561. SCHULER, H. (Hg.) (1995): Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern: Huber.
  562. SCHULTE, Ch. (1995): Von den vielfaeltigen Formen des Machtmissbrauchs in Therapien oder: Risiko Therapie fuer Frauen. In: SONNTAG, U. et al. (Hg.), 27-54.
  563. SCHULZ-v.THUN, F. (1989): Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persoenlichkeitsentwicklung. Rembek: rororo
  564. SCHUMACHER, B. (1995): Die Balance der Unterscheidung. Heidelberg: Carl Auer.
  565. SCHWEITZER, J. (1984): Systemische Jugendpsychiatrie. In: Familiendynamik 9 (2), 96-107.
  566. SCHWEITZER, J. (1987a): Therapie dissozialer Jugendlicher bin systemisches Behandlungsmodell. Weinheim: Juventa.
  567. SCHWEITZER, J. (1987b) Die Familie-Heiter-Konferenz als systemtherapeutisches Setting. In: SCHLIPPE, A.v., KRIZ, J. (Hg.), 250-252.
  568. SCHWEITZER, J. (1989): Professionelle (Nicht)-Kooperation. Ihr Beitrag zur Eskalation dissozialer Karrieren. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 7 (4), 247-254.
  569. SCHWEITZER, J. (1992a): Oekologische Politik als Interaktionsprozess. In: SCHWEITZER, J. et al. (Hg.), 346-367.
  570. SCHWEITZER, J. (1992b): Beduerftigkeit oder Bedarf? Zwei wohlfahrtsstaatliche Ideen und ihre therapeutischen Konsequenzen. Vortrag beim Kongress «Die Wirklichkeit des Konstruktivismus». Heidelberg 15-18.10.1992.
  571. SCHWEITZER, J. (1992c): Wie dekonstruiere ich meinen Job? (Audio-Kassette eines Workshops). Heidelberg: Carl Auer.
  572. SCHWEITZER, J. (1993): Systemische Familientherapie bei chronifizierten Psychosen. In: Integrative Therapie 19 (3), 203-221.
  573. SCHWEITZER, J. (1995a): Kundenorientierung als systemische Dienstleistungsphilosophie. In: Familiendynamik 20(3), 292-313



574. SCHWEITZER, J. (1995b): Kooperation in Gesundheits- und Sozialberufen. Heidelberg: Unveroeffentliche Habilitationsschrift an der Medizinischen Fakultae der Universitaet.
575. SCHWEITZER, J. (1996): Teamsupervision — Opium fuer das Volk? In: BENDNER, A., PETERSEN, S.J. (Hg.), 159-170.
576. SCHWEITZER, J., ARMBRUSTER, J., MENZLER-FROEHLICH, K.H., REIN, G., BUERGY, R. (1995): Der ambulante Umgang mit «Pathologie» und «Chronizitaet» in einem Sozialpsychiatrischem Dienst mit betreutem Wohnangebot. In: SCHWEITZER, J., SCHUMACHER, B. (Hg.).
577. SCHWEITZER, J., HERZOG, W. (1990a): Homo Therapeuticus Familiarum. In: Familiendynamik 15(1), 72-84.
578. SCHWEITZER, J., HERZOG, W. (1990b): Viel Feind — viel Ehr? Ein Drama in fuenf Akten. In: Familiendynamik 15 (4), 363-375.
579. SCHWEITZER, J., JUNGSMANN, J., SCHUCH, P., ORTS, J. (1986): Kontraproduktivitaet. Widersprueche psychosozialer Interventionen bei dissozialen Jugendlichen am Beispiel einer Jugendpsychiatrischen Fallstudie. In: GERLICHER, K., JUNGSMANN, J., SCHWEITZER, J. (Hg.).
580. SCHWEITZER, J., REUTER, D. (1991a): Systemisches Denken in der Heimerziehung Anregungen fuer Paedagogik, Beratung und Organisation. In: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie 40, 171-176.
581. SCHWEITZER, J., REUTER, D. (1991b): Wenn der Kunde Koenig waere. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 9 (4), 269-275.
582. SCHWEITZER, J., RETZER, A., FISCHER, H.R. (Hg.) (1992): Systemische Praxis und Postmoderne. Frankfurt: Suhrkamp.
583. SCHWEITZER, J., SCHUMACHER, B. (1995): Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur Dekonstruktion von Chronizitaet. Heidelberg: Carl Auer.
584. SCHWEITZER, J., WEBER, G. (1982): Beziehung als Metapher die Familienskulptur als diagnostische, therapeutische und Ausbildungstechnik. In: Familiendynamik 7, 113-128.
585. SELL, S.P., SMITH, T.E., SPRENKLE, D. (1995): Integrating Qualitative and Quantitative Research Methods. A Research Model. In: Family Process 34, 199-218.
586. SELVINI, Matteo (Hg.) (1992): Mara Selvinis Revolutionen, die Entstehung des Mailaender Modells. Heidelberg: Auer.
587. SELVINI PALAZZOLI, M. (1982): Magersucht. Stuttgart: Klett.
588. SELVINI PALAZZOLI, M. (1983): Die Wahrheit interessiert mich nicht, nur der Effekt. Interview in: Psychologie Heute 10 (5).
589. SELVINI PALAZZOLI, M. (1983/4): Die Notwendigkeit langer Abstaende zwischen den Sitzungen. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 1(4), 49-56.
590. SELVINI PALAZZOLI, M. (1986): Das Problem des Zuweisenden: Geschwister als Zuweiser. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 4(1), 47-61.
591. SELVINI PALAZZOLI, M., ANOLLI, L., DiBLASIO, P., GIOSSI, I., RISANO, J., RICCI, C., SACCHI, M., UGAZIO, V. (1984): Hinter den Kulissen der Organisation. Stuttgart: Klett.
592. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1977) Paradoxon und Gegenparadoxon Stuttgart Klett.
593. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1981): Hypothesisieren, Zirkularitaet, Neutralitaet: drei Richtlinien fuer den Leiter der Sitzung. In: Familiendynamik 6, 123-139.
594. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1983): Das Problem des Zuweisenden. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 1(3), 11-20.
595. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1979): Gerade und ungerade Tage. In: Familiendynamik 4 (2), 138-147.
596. SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORRENTINO, A. (1987): Das Individuum im Spie. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 5 (3), 144-152.
597. SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M., SORRENTINO, A. (1992): Die psychotischen Spiele in der Familie. Stuttgart: Klett.



598. SELVINI PALAZZOLI, M., PRATA, G. (1985): Eine neue Methode zur Erforschung und Behandlung schizophrener Familien. In: STIERLIN, H. et al. (Hg.), 275-282.
599. SEIKKULA, J. (1994): When the Boundary opens: Family and Hospital in Co-Evolution. In: Journal of Family Therapy 16 (4), 401-414.
600. SEIKKULA, J. (1995): Psychose — eine Stimme ueber den gegenwaertigen Dialog. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 13(3), 183-192.
601. SHADISH, W.R., MONTGOMERY, L.M., WILSON, P., WILSON, M.R., BRICHT, I., OKWUMABUA, T. (1993): Effects of Family and Marital Psychotherapies: A Meta-Analysis. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 61 (6), 992-1002.
602. SHADISH, W.R., SWEENEY, R.B. (1991): Mediators and Moderators in Meta Analysis: There's Reason We Don't Let Dodo Birds Tell Us Which Psychotherapies Should Have Prizes. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 59 (6), 883-893.
603. SHAZER, St. de (1986): Ein Requiem der Macht. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 4 (4), 208-212.
604. SHAZER, St. de (1989a): Der Dreh. Ueberraschende Wendungen und Loesungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Auer.
605. SHAZER, St. de (1989b): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett.
606. SHAZER, St. de (1988c): Therapie als System. Entwurf einer Theorie. In: REITER, L. et al. (Hg.), 217-229.
607. SHAZER, St. de (1992a): Muster familientherapeutischer Kurzzeittherapie. Paderborn: Junfermann.
608. SHAZER, St. de (1992b): Aus der Sprache gibt es kein Entrinnen. In: SCHWEITZER, J., RETZER, A., FISCHER, R. (Hg.), 64-77.
609. SHAZER, St. de, KIMBERG, S., LIPCHIK, E., MUNALLY, L., MOLNAR, A., GINGERICH, W., WEINER-DAVIES, M. (1986): Kurztherapie — zielgerichtete Entwicklung von Loesungen. In: Familiendynamik 11 (3), 192-205.
610. SHAZER, St. de, MOLNAR, A. (1983): Rekursivitaet: Die Praxis-Theorie-Beziehung. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 1 (3), 2-10.
611. SHERMAN, R., FREDMAN, N. (1986): Handbook of Structured Techniques in Marriage- and Family Therapy. New York: Brunner & Mazel.
612. SIMON, F.B. (1988a): Unterschiede, die Unterschiede machen. Berlin/Heidelberg: Springer
613. SIMON, F.B. (Hg.) (1988b): Lebende Systeme. Berlin/Heidelberg: Springer.
614. SIMON, F.B. (1990): Meine Psychose, mein Fahrrad und Ich. Heidelberg: Carl Auer.
615. SIMON, F.B. (1991a): Radikale Marktwirtschaft. Verhalten als Ware oder: wer handelt, der handelt. Heidelberg: Carl Auer.
616. SIMON, F.B. (1991b): Chronifizierung von Problemmustern in Supervisionen. In: BRANDAU, H. (Hg.), 244-250.
617. SIMON, F.B. (1993): Die Kunst der Chronifizierung. In: System Familie 6 (3), 139-150.
618. SIMON, F.B. (1995): Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl Auer.
619. SIMON, F.B., RETZER, A. (1995): Das Hellinger Phaenomen. In: Psychologie Heute 6, 8-31.
620. SIMON, F.B., STIERLIN, H. (1984): Die Sprache der Familientherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
621. SIMON, F.B., WEBER, G. (1987): Vom Navigieren beim Driften. Die Bedeutung des Kontextes der Therapie. In: Familiendynamik 12, 355-362.
622. SIMON, F.B., WEBER, G. (1988a): Das Ding an sich. Wie man «Krankheit» erweicht, verflüssigt, entdinglicht. In: Familiendynamik 13 (1), 56-61.
623. SIMON, F.B., WEBER, G. (1988b): Zwischen Allmacht, Ohnmacht und «macht nichts». In: Familiendynamik 13 (3), 270-274.
624. SIMON, F.B., WEBER, G. (1988c): Konjunktivitis. In: Familiendynamik 13 (4), 364-372.
625. SIMON, F.B., WEBER, G. (1988d): Das Invalidenmodell der Sozialpsychiatrie. In: KELLER, Th. (Hg.).
626. SIMON, F.B., WEBER, G., STIERLIN, H., RETZER, A., SCHMIDT, G. (1989): Schizoaffective Muster: eine systemische Beschreibung. In: Familiendynamik 14 (3), 190-213.

627. SKYNNER, R., CLEESE, J. (1995) (6): ...Familie sein dagegen sehr. Paderborn: Junfermann.
628. SMITH, T., YOSHIOKA, M., WINTON, M. (1993): A Qualitative Understanding of Reflecting Teams I: Client Perspectives. In: *Journal of Systemic Therapies* 12, 28-43.
629. SNYDER, D., WILLS, R. (1989): Behavioral Versus Insight Orientated Marital therapy: Effects on Individual and Interpersonal Functioning. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57.
630. SNYDER, D., WILLS, R., GRADY-FLETCHER, A. (1991): Long-Term Effectiveness of Behavioral Versus Insight Orientated Marital Therapy: A 4-year Follow-up Study. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 138-141.
631. SONNTAG, U., HAERING-LEHN, J., GERDES, U., ACHE, E., KEMPE, F., HARMS, H., OLTMANN, H., SCHUBERT, H. (Hg.) (1995): Uebergriffe und Machtmissbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern. Phaenomene — Strukturen — Hintergruende. Tuebingen: DGVT-Verlag.
632. SPFNGLER, Ch. (1992): Systemische Familientherapie im psychiatrischen Krankenhaus. In: *Familiendynamik* 17 (3), 229-245.
633. SPERLING, E. (1983): Die Mehrgenerationen-Familientherapie. In: SCHNEIDER, K. (Hg.), 301-313.
634. STAEHLE, W., SYDOW, J. (Hg.) (1991): Managementforschung I. Berlin: deGruyter.
635. STAUB-BERNASCONI, S. (1989): Systemische Sozialarbeit und Familientherapie. Ein Interview von Wolf Ritscher mit Sylvia Staub-Bernasconi. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 9 (4), 276-280.
636. STEINBUCH, P.A. (1988) (7): Organisation. Ludwigshafen: Kiehl.
637. STEINER, E., ROSSLER, E., WOLF (1991): Zum Gebrauch der Theorie autopoietischer Systeme in der Familientherapie. In: FISCHER, H.R. (Hg.).
638. STERN, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Sauglings. Stuttgart: Klett.
639. STIERLIN, H. (1975): Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart: Klett.
640. STIERLIN, H. (1976): Psychosomatische Erkrankungen als Störungen der Differenzierung-Integration. Ein Ausblick auf die «Familienpsychosomatik». In: *Familiendynamik* 1, 272-293.
641. STIERLIN, H. (1978): Delegation und Familie. Frankfurt: Suhrkamp.
642. STIERLIN, H. (1979): Status der Gegenseitigkeit: die funfte Perspektive des Heidelberger familiendynamischen Konzepts. In: *Familiendynamik* 4, 106-116.
643. STIERLIN, H. (1980): Eltern und Kinder. Das Drama von Versoehnung und Trennung im Jugendalter. Frankfurt: Suhrkamp.
644. STIERLIN, H. (1984): Psychosomatische und schizopraesente Familien: Wechselfaelle der bezogenen Individuation. In: *Familiendynamik* 9 (3), 278-294.
645. STIERLIN, H. (1987): Ko-Evolution und Ko-Individuation. In: STIERLIN, H. et al. (Hg.), 126-138.
646. STIERLIN, H. (1988): Familie als Ort psychosomatischer Erkrankungen. In: *Familiendynamik* 13 (4), 288-299.
647. STIERLIN, H. (1988a): Prinzipien systemischer Therapie. In: F.B.SIMON (Hg.).
648. STIERLIN, H. (1988b): Systemischer Optimismus — Systemischer Pessimismus. In: *Familiendynamik* 13(1), 69-75.
649. STIERLIN, H. (1988c): Zur Beziehung zwischen Einzelpersonen und System der Begriff «Individuation» in systemischer Sicht. In: REITER, L. et al. (Hg.), 3-20.
650. STIERLIN, H. (1990): Zwischen Sprachwagnis und Sprachwirmis. In: *Familiendynamik* 15 (3), 266-275.
651. STIERLIN, H. (1993): Generationenwechsel bei Familientherapeuten. In: *Familiendynamik* 18 (2), 180-189.
652. STIERLIN, H. (1994): Ich und die anderen. Stuttgart: Klett-Cotta.
653. STIERLIN, H., RUECKER-EMBDEN, I., WETZEL, N., WIRSCHING, M. (1977): Das erste Familiengespraech. Stuttgart: Klett-Cotta.



654. STIERLIN, H., SIMON, F., SCHMIDT, G. (Hg.) (1987): *Familiaere Wirklichkeiten*. Stuttgart: Klett.
655. STIERLIN, H., WEBER, G., SCHMIDT, G., SIMON, L. (1986): Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffectiven Psychosen. In: *Familiendynamik* 11 (4), 267-282.
656. STIERLIN, H., WIRSCHING, M., HAAS, B., HOFFMANN, H., WEBER, G., WIRSCHING, B. (1983): Familienmedizin mit Krebskranken. *Familiendynamik* 8 (1), 48-68.
657. STIERLIN, H., WYNNE, L., WIRSCHING, M. (Hg.) (1985): *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie*. Heidelberg/Berlin: Springer.
658. SZAPOCZNIK, J. (1989): *Breakthroughs in Family Therapy with Drug Abusing and Problem Youth*. New York: Springer.
659. SZAPOCZNIK, J., RIO, A., MURRAY, E., COHEN, R.S., SCOPETTA, M., RIVAS-VASQUEZ, A., HERVIS, O., POSADA, V., CURTINES, W. (1989): Structural Family Versus Psychodynamic Child Therapy for Problematic Hispanic Boys. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57 (5), 571-578.
660. TALMON, M. (1990): *Single Session Therapy*. San Francisco: Jossey Bass.
661. TELFENER, U. (1987): Einige Anmerkungen zur Entwicklung des Mailaender Ansatzes. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 5 (3), 162-169.
662. THEILING, St. (1995): Eine familienmedizinische Perspektive im Kontext chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in einem Kinderkrankenhaus. In: *Systema* 9(2), 20-34.
663. THEILING, St., SZCZEPANSKI, R., SCHLIPPE, A. v., LOB-CORZILIUS, Th. (1994): Interdisziplinaritaet. In: KOENNING, J. et al. (Hg.), 152-161.
664. THIEL, R. (1995): Wer will was vom Psychologen auf der Kinder-Krebsstation? Systemische Reflektionen eines algedienten Psycho-Onkologen. In: *Systema* 9 (2), 35-63.
665. THIERSCH, H. (1986): *Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik*. Weinheim u. Muenchen: Juventa.
666. TOMM, K. (1983): The Old Hat Doesn't Fit. In: *Family Therapy Networker* 7, 39-41.
667. TOMM, K. (1984): Der Mailaender familientherapeutische Ansatz — ein vorlaufiger Bericht. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 1 (4), 1-24.
668. TOMM, K. (1988a): Das systemische Interview als Intervention. Teil I: Strategisches Vorgehen als vierte Richtlinie fuer den Therapeuten. In: *System Familie* 1 (3) 145-159.
669. TOMM, K. (1988b): Das systemische Interview als Intervention, Teil II: Reflexive Fragen als Mittel zur Selbstheilung. In: *System Familie* 1 (4), 220-243, 1988.
670. TOMM, K. (1989a): Das systemische Interview als Intervention, Teil III: Lineale, zirkulaere, strategische oder reflexive Fragen? In: *System Familie* 2(1), 21-40, 1989.
671. TOMM, K. (1989b): Das Problem externalisieren und die personlichen Mittel und Moeglichkeiten internalisieren. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 7 (3), 200-206.
672. TOMM, K. (1994): Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie. Heidelberg: Carl Auer.
673. TREACHER, A. (1987): Der Mailaender Ansatz, eine erste Kritik. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 5 (3), 170-175.
674. TROESCHER-HUEFNER, U. (1989): Die weibliche Therapeutin als «Beschuetzer» der Maenner — der maennliche Therapeut als «Bekaempfer» der Frau/Mutter. In: *Systema* 3 (1), 15-24.
675. TROESCHER-HUEFNER, U. (1991): Blicke ueber den Zaun: Einladung in den Weinheimer Garten. In: *Systema* 5 (2), 2-13.
676. TSCHACHER, W. (1990): *Interaktion in selbstorganisierten Systemen. Grundlegung eines dynamisch-synergetischen Forschungsprogramms in der Psychologie*. Heidelberg: Asanger.
677. TSCHACHER, W., BRUNNER, E.J. (1995): *Empirische Studien zur Dynamik von Gruppen aus der Sicht der Selbstorganisationstheorie*. Jena: Manuskript der Universitaet.
678. TSCHACHER, W., GRAWE, K. (1996): Selbstorganisation in Therapieprozessen. Die Hypothese und empirische Pruefung der «Reduktion von Freiheitsgraden» bei der Entstehung von Therapiesystemen. In: *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie* 25/1 (im Druck).



679. ULLRICH, G. (1995): Anregungen aus ungewohnter Perspektive. Erfahrungen aus der Feldforschung als hilfreicher Bezugsrahmen fuer psychosoziale Versorgung im Krankenhaus. In: *Systema* 9 (2), 8-19.
680. ULRICH, H., PROBST, G. (1988): Anleitung zum ganzheitlichen Denken und Handeln. Ein Brevier fuer Fuehrungskraefte. Bern/Stuttgart: Paul Haupt.
681. VARELA, F. (1981): Der kreative Zirkel, Skizzen zur Naturgeschichte der Rueckbezuglichkeit. In: WATZLAWICK, P. (Hg.).
682. VELDEN, M. (1994): Psychophysiologie. Eine kritische Einfuehrung. Muenchen: Quintessenz.
683. VOLLHARD, Ch., KELLER, Th. (1990): Einige Hinweise zur Entfaltung systemischer Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 8 (4), 248-253.
684. VOSS, R. (Hg.) (1996): Die Schule neu erfinden. Neuwied: Luchterhand.
685. VOSS, R. (1996b): Lebenserfahrung passiert, wenn Geschichten zu Personen passen. Supervision mit berufs- und lebenserfahrenen LehrerInnen. In: VOSS, R. (Hg.).
686. WAGNER, R. (Hg.) (1995): Praxis der Veraenderung in Organisationen. Was Systemtheorie, Psychologie und Konstruktivismus zum Verstehen und Handeln in Organisationen beitragen koennen. Goettingen: Verlag fuer Angewandte Psychologie.
687. WAHLSTER, A. (1995): Die Angst des Rechtsbrechers vor der Freiheit — Autonomie in der forensisch-psychiatrischen Vollversorgung. In: J. SCHWEITZER, SCHUMACHER, B. (Hg.).
688. WALTER, J., PELLER, J. (1994): Loesungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch. Dortmund: Modernes Lernen.
689. WALTERS, M., CARTER, B., PAPP, P., SILVERSTEIN, O. (1991): Unsichtbare Schlingen. Die Bedeutung der Geschlechterrollen in der Familientherapie. Eine feministische Perspektive. Stuttgart: Klett-Cotta.
690. WANSCHURA, E., KATSCHNIG, H. (1986): Familientherapie in den Ferien. Stuttgart: Klett.
691. WARNECKE, H.J. (1996): Die Fraktale Fabrik. Revolution der Unternehmenskultur. Reinbek: rororo
692. WATZLAWICK, P. (Hg.) (1981): Die erfundene Wirklichkeit. Muenchen: Piper.
693. WATZLAWICK, P. (1983): Anleitung zum Ungluecklichsein. Muenchen: Piper.
694. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., JACKSON, D. (1969): Menschliche Kommunikation. Stuttgart: Huber.
695. WATZLAWICK, P., KRIEG, P. (Hg.) (1991): Das Auge des Betrachters. Muenchen: Piper.
696. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. (Hg.) (1980): Interaktion. Bern: Huber.
697. WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., FISCH, R. (1974): Loesungen. Stuttgart: Huber.
698. WEAKLAND, J.H. (1969): «Double-Bind»-Hypothese und Dreier-Beziehung. In: BATESON et al. (Hg.), 221-244.
699. WEAKLAND, J., FISCH, R., WATZLAWICK, P., BODIN, A. (1974): Brief Therapy: Focused Problem Resolution. In: *Family Process* 13, 141-168.
700. WEBER, G. (1988): Ueber die Bedeutung von Zeitimplikationen und die Veraenderung von Zeitvorstellungen in der systemischen Therapie. In: *Familiendynamik* 13 (1), 40-52.
701. WEBER, G. (Hg.) (1993): Zweierlei Glueck. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers. Heidelberg: Carl Auer.
702. WEBER, G., RETZER, A. (1991): Praxis der Systemischen Therapie psychotischen Verhaltens. In: RETZER, A. (Hg.).
703. WEBER, G., SIMON, F. (1987): Systemische Einzeltherapie. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 5(3), 192-206.
704. WEBER, G., SIMON, F., STIERLIN, H., SCHMIDT, G. (1987): Familientherapie bei manisch-depressivem Verhalten. In: *Familiendynamik* 12(2), 139-161.
705. WEBER, G., STIERLIN, H. (1989): In Liebe entzweit: die Heidelberger Therapie der Magersucht. Reinbek: Rowohlt.
706. WEDEKIND, E., GEORGI, H. (1990): Im Bauch des Walfischs. Zur Verdaulichkeit psychoanalytisch-systemischer Ansätze im stationaeren Psychiatrie-Alltag. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 8 (4), 225-237.

707. WEIDLICH, M. (1995): Vertrauen: Die Basisressource im Team. In: BUCHNER, D. (Hg.), 133-154.
708. WEINER-DAVIS, M., SHAZER, St. de, GINGERICH, W. (1987): Using Pretreatment Change to Construct a Therapeutic Solution: A Clinical Note. In: *Journal of Marital and Family Therapy* 13, 359-363.
709. WEISS, Th. (1988): *Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten.* Muenchen: Koesel.
710. WEISS, Th. (1989): Psycho-Kurztherapie auch in der Sprechstunde des Allgemein arztes moeglich? Ein Interview. In: *Psychosomatik in der Praxis* 2, 6-8.
711. WELSCH, W. (1991)(3): Unsere Postmoderne Moderne. Weinheim: VCH, Acta Humaniora.
712. WELTER-ENDERLIN, R. (1987): Familismus, Sexismus und Familientherapie. Heisst «systemisch» auch «politisch»? In: *Familiendynamik* 12 (3), 261-281.
713. WELTER-ENDERLIN, R. (1992): *Paare — Leidenschaft und lange Weile.* Muenchen: Piper.
714. WELTER-ENDERLIN, R., HILDENBRAND, B. (1996): *Systemische Therapie als Begegnung.* Stuttgart: Klett-Cotta.
715. WETZIG, L. (1992): Erfahrungen mit dem reflektierenden Team. Miteinander uebereinander reden. Osnabrueck: Unveroeff. Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Universitaet.
716. WHITAKER, C. (1991): *Das David und Goliath Syndrom. Manifeste eines Familientherapeuten.* Paderborn: Junfermann.
717. WHITAKER, C., KEITH, D. (1981): Symbolic-experiential Family Therapy In: GURMAN, A., KNISKERN, D. (Hg.).
718. WHITE, M. (1989): Der Vorgang der Befragung: eine literarisch wertvolle Therapie? In: *Familiendynamik* 14(2), 114-128.
719. WHITE, M. (1992): Therapie als Dekonstruktion. In: SCHWEITZER, J. et al. (Hg.), 39-63.
720. WHITE, M., EPSTEIN, D. (1990): *Die Zachtung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken.* Heidelberg: Auer.
721. WILLI, J. (1976): *Die Zweierbeziehung.* Reinbek: Rowohlt.
722. WILLI, J. (1991a): Was haelt Paare zusammen? Der Prozess des Zusammenlebens in psychooekologischer Sicht. Reinbek: Rowohlt.
723. WILLI, J. (1991b): Ueber die Entwicklung des eigenen Denkens in der Kooperation mit der somatischen Medizin. In: H.E.RICHTER, M.WIRSCHING (Hg.): *Neues Denken in der Psychosomatik*, 21-28. Frankfurt/M.: S.Fischer.
724. WILLKE, H. (1983): Methodologische Leitfragen systemtheoretischen Denkens: Annaeherung an das Verhaeltnis von Intervention und System. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 1 (2), 23-37.
725. WILLKE, H. (1987): Systembeobachtung, Systemdiagnose, Systemintervention. In: SCHIEPEK, G. (Hg.), 94-114.
726. WIMMER, R. (1988): Das Herstellen einer tragfaehigen Arbeitsbeziehung zwischen Berater- und Klientensystem. In: *Zeitschrift fuer systemische Therapie* 6 (4), 267-278.
727. WIMMER, R. (1992): Der systemische Ansatz — mehr als nur eine Modeerscheinung? In: SCHMITZ, Ch. et al. (Hg.), 70-104.
728. WINNICOTT, D. (1989) (5): *Vom Spiel zur Kreativitaet.* Stuttgart: Klett.
729. WINTER, J., FERREIRA, A.J. (1967): Interaction Process Analysis of Family Decision-making. In: *Family Process* 6, 155-172.
730. WIRSCHING, M. (1983): Unmoeglicher Auftrag — Psychosomatische Konsiliararbeit aus analytisch-systemischer Sicht. *Familiendynamik* 8(1), 3-16.
731. WIRSCHING, M. (1990): *Krebs — Bewaeltigung und Verlauf.* Stuttgart: Klett-Cotta.
732. WIRSCHING, M. (1995): Familientherapie im Wandel des Versorgungssystems. In: *Kontext* 26 (1), 33-49.
733. WIRSCHING, M., STIERLIN, H. (1981): Familientherapie bei Krebsleiden. In: *Familiendynamik* 6(1), 2-23.
734. WIRSCHING, M., STIERLIN, H. (1982): *Krankheit und Familie.* Stuttgart: Klett-Cotta.



735. WITTMANN, E. (1988): Das Prinzip des aktiven Lernens und das Prinzip der kleinen Schritte in systemischer Sicht. In: Beitrage zum Mathematikunterricht. Bad Salzdetfurth, 338-342.
736. WITTMANN, W., MATT, G.E. (1986): Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivitaet von Psychotherapie. In: Psychologische Rundschau 37, 20-40.
737. WOODWARD, C.A., SANTA-BARBARA, J., STREINER, D.L., GOODMAN, J., LEVIN, S., EPSTEIN, N. (1981): Client, Treatment, and Therapist Variables Related to Outcome in Brief, Systems-Oriented Family Therapy. In: Family Process 20, 189-197.
738. WRIGHT, L.M. (1990): Research as a Family Therapy Intervention Technique. In: Contemporary Family Therapy 12 (6), 477-484.
739. WYNNE, L. (1988): Zum Stand der Forschung in der Familientherapie: Probleme und Trends. In: System Familie 1(1), 4-22.
740. WYNNE, L. (1991): Systemkonsultation bei Psychosen. Eine bio-psychosoziale Integration systemischer und psychoedukativer Ansaetze. In: RETZER, A. (Hg.), 53-76.
741. WYNNE, L., SINGER, M. (1965): Denkstoerung und Familienbeziehung bei Schizophrenen. In: Psyche 19, 82-95.
742. ZANDER, B. (1994): Familientherapieforschung im Spiegel der Kluft zwischen Empirie und Praxis. In: Kontext 25 (1), 114-117.
743. ZANDER, B., STRACK, M., WALLMODEN, C.V., ANTON, S., CIERPKA, M., BALCK, F., CONEN, M.L., HIS, I., MICHELMANN, A., SCHEIB, P., SEIDE, L., WIRSCHING, M. (1995): Kurzbericht ueber die Pilotphase der «Multizentrischen Studie zur Versorgungsrelevanz und Effektivitaet der Familientherapie». In: Kontext 26 (1), 60-66.
744. ZITTERBARTH, W. (1994): Unfrisierte Gedanken zu Grafts Konstruktivismuskritik. In: Zeitschrift fuer systemische Therapie 12(1), 57-60.
745. ZUNDEL, E., ZUNDEL, R. (1987): Leitfiguren der Psychotherapie — Leben und Werk. Muenchen: Koesel.
746. ZYGOWSKI, H. (Hg.) (1987): Psychotherapie und Gesellschaft. Therapeutische Schulen in der Kritik. Reinbek: rororo

Иерархия семейных отношений и их влияние на развитие личности ребенка. В. В. Зыковский. М.: «Психологическое общество России». 2000. 110 с.

Создание образа «Я» в процессе развития личности. В. В. Зыковский. М.: «Психологическое общество России». 2000. 110 с.

Жизнь и творчество В. В. Зыковского. В. В. Зыковский. М.: «Психологическое общество России». 2000. 110 с.

Ведущий специалист по системным расстройкам в российском пространстве. Ученый Б. Хеллингера и В. Вебер. Является сертифицированным международным тренером IAG (Международное общество системных решений «Б. Хеллингера») в институте Б. Хеллингера

<http://www.hellinger.com/db/International.php?de.0.186.0>

Предварительная запись ОБЯЗАТЕЛЬНА

☎: (495) 513-2564, (495) 126-3366 (с 10 до 19 ч.)

E-mail: [rasstanovka@yandex.ru](mailto:rasstanovka@yandex.ru)

☎ [www.moskva.org](http://www.moskva.org)