

Френк Фаррелли, Джеффри Брандсма

ПРОВОКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

О КНИГЕ

В оригинальной манере авторы рассказывают о своей методике работы с пациентами. Материал изложен в удобной форме не только для профессионального изучения, но и простого знакомства с данной проблемой. Книга представляет интерес для психотерапевтов, социологов и всех, кто интересуется проблемами психотерапии.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие: Фрэнк Фаррелли.
Предисловие: Джеффри Брандсма.
Начала провокационной терапии.
Предположения и гипотезы.
Роль терапевта.
Юмор и провокационная терапия.
Четыре языка терапевта.
Стадии провокационной терапии.
Групповая и семейная терапия.
Вопросы и ответы.
Список сеансов провокационной терапии.

ПРЕДИСЛОВИЕ 1

Я никогда не доверял предисловиям, они казались мне скучным занятием. Но после того, как мы с Джеффом написали эту книгу, я склонен перефразировать трусливого льва из книги «Волшебник из страны Оз» и воскликнуть. «Я доверяю предисловиям, я в них верю!». Есть много различных способов написания подробного предисловия, но я ограничусь лишь несколькими фразами о том, как начиналась эта книга.

Спустя несколько лет после зарождения провокационной терапии мой друг и коллега из больницы Мендота начал убеждать меня «написать книгу по своей системе терапии» и предложил мне помощь в описании сотен лечебных сеансов, запись которых я вел все эти годы. Передо мной встала огромная задача, я с благодарностью принял его помощь, и мы встречались каждую неделю. Вместе с Джун и Донной Готер (невестой Рэнди) мы в течение года отбирали и сортировали записи моих психотерапевтических бесед, которые адекватно иллюстрировали систему, но отнюдь не были пригодны для книги.

После отъезда из города Рэнди и Донны я почувствовал себя покинутым, однако продолжал хранить записи и обдумывать книгу. Со временем огромная кipa записей разбивалась по отдельным категориям, из которых в дальнейшем вышли главы книги, и в это время мы встретились с Джеффом Брандсма.

Он появился в больнице Мендота вместе с другими психологами-интернами Гарри Эммануэлем и Брэнтом Дэвисом летом 1969 года. Вскоре мы организовали семинар по провокационной терапии и вместе провели несколько историй болезни. В то время энтузиазм «трех мушкетеров» воодушевил меня, и в мае 1971 года Джефф написал мне из Университета Кентукки о завершении работы над совместной книгой. Ему очень нравилась идея о соав-

торстве, я же был в нерешительности: в целом принимая эту идею, я боялся разделить с кем-то «свое детище», волнуясь при мысли о скором появлении книги, я в то же время боялся построить последнюю точку в описании провокационной терапии. Но самым сильным чувством было чувство собственности, обладания; провокационная терапия была только моей и ничьей больше!

Увещевания Джун и Джеффа привели меня к решению: я выслал шесть с половиной фунтов рукописей, и началось написание и переписывание. Я преследовал три цели: ясность, ясность и еще раз ясность. И в этом, я полагаю, мы добились успеха.

В процессе работы стало ясно, что я отдал себя в руки очень грамотного и умного человека Саймона Легри. Помню четырнадцатичасовые рабочие дни, когда я писал, писал и писал, а Джефф безжалостно говорил: «О'кей, теперь я передам это Мери Гилберте, а ты начнешь...». Меня воодушевлял его неослабевающий интерес, его энтузиазм и стремление к победе. Его юмор, содействие, способность подстроиться под мой стиль работы и настроению весьма скоро показали, что он был не только соавтором, но братом и другом.

Сейчас книга завершена, и полагаю, мы имеем вполне достойное руководство по провокационной терапии. Однако сам я до сих пор удивляюсь этому акту. На днях студентка, проявившая интерес к этому виду терапии, заявила: «Я работала с несколькими „безнадежными больными“, и меня преследовало чувство, будто я их ломаю». «Стоп! – схватился за голову я. -Минуточку! Провокационная терапия – не „ломка“ пациентов!»

Почему я так сказал, станет ясно впереди.

Фрэнк Фаррелли 26 августа 1973 года

ПРЕДИСЛОВИЕ 2

Надеюсь, что эта книга будет соответствовать своему названию. Мы стремились, чтобы она была в меру провокационной и волнующей, но прежде всего внушающей надежду. Мы уверены, что такой подход принесет пользу и пациентам, о которых пойдет речь в книге.

На этих страницах предпринимается попытка уловить удивительную сущность человеческой природы. В таких видах искусства, к которым относится и психотерапия, не много истинных художников, но Фрэнк Фаррелли, безусловно, один из них. Благодаря своим устремлениям, опыту, ярким поступкам и неизбежным ошибкам, его философия искусства исцеления стала притягательной для многих клиницистов, не нашедших еще «истинного пути» в лечебном деле. Провокационная терапия способствует выявлению социологических, межличностных отношений, каждодневных проблем, а так же реалий существующего общества.

Моим заветным желанием было претворение в жизнь идей и мыслей этого ученого. В разное время я был организатором, критиком, руководителем, респондентом и исполнителем его замыслов; вместе мы обдумывали и доводили до совершенства его концепции. Мы решили не обременять читателя излишними ссылками на научные труды, но полагаем, что наши утверждения и заявки достойны внимания на стоящих и будущих исследователей в этой области медицины.

Возможно, чтение данной книги будет похоже на участие в процессах провокационной терапии, но этого не избежать. Очень надеюсь, что такое участие будет полезным и приятным.

Джеффри М. Брандсма 26 августа 1973 года

БЛАГОДАРНОСТЬ

Попытка на нескольких страницах принести слова благодарности людям, которые за последние двадцать лет моей профессиональной деятельности стали необходимыми для меня, кажется мне невыполнимой задачей. Просто перечислить их имена – значит, не воздать им должное. Мне всегда сопутствовали их поддержка, доброта и понимание.

Называя их имена, я вспоминаю, что именно они мне говорили, время и место, даже их интонации, но, к сожалению, невозможно все это описать в пределах одной книги.

Итак, называю их имена, не только коллег и сотрудников, но и друзей: Дом Джером («Джим») Хейден, О.СБ., Кэтлин Коул, почившие Джон Паласиос и Чарли Труа, Карл Роджерс, Джек Райли, Шарлотта Хаббард, Форест Опп, Джо Биледдо, Джин Гендлин, Алин Роберте, Вильма Гинсберг, Ли Лемастерс, почившая Вирджиния Фрэнке, Билл Джексон, Джон Томас, Эви Овенс, Рэнди и Донна Паркер, Дик Россман, Арн Людвиг, Карл Витакер, Ленни Штайн, Сэл Гамбаро и Ли Экланд.

В этот список следует включить имена моих студентов, тренеров и работников социальных служб и реабилитации, а также психиатрии, психологии, медсестер, всех, кто более десяти лет задавал мне жесткие вопросы, бросал мне вызов и способствовал тем самым выбору моего собственного пути.

Хочется поблагодарить персонал больницы Мендота, переименованной недавно в институт Психического Здоровья Мендота. Многие из персонала больницы помогли мне как врачи и не давали упасть духом после бесед с пациентами и их родственниками.

Но более всего мне хотелось бы поблагодарить Господа нашего – Бога. На первый взгляд, благодарность Богу не совсем уместна в книге такого рода, однако, мне не хочется, чтобы книга казалась статичной и лишённой своеобразности стиля. Всю ответственность за это я беру на себя. Я не хочу восславить Его, ибо Он имеет славы с избытком, я же нуждаюсь в оной едва ли чуть– чуть. Следует добавить, что его советы временами запаздывали.

Хотелось бы сказать слова благодарности и нашим секретарям Мери Гилберте, Соне Иохансен и Яну Дугласу за их терпение при разборе наших иероглифов и за их выносливость при таком огромном количестве работы.

И, наконец, хотим поблагодарить наших жен Джун и Анну за их долготерпение, за помощь в нашем питании и за... Впрочем, мы поблагодарим их непосредственно, когда вернемся домой.

Фрэнк Фаррелли Джефф Брамдска Институт Психического Здоровья Мендота, Мэдисон, Висконсин

Глава 1 НАЧАЛА ПРОВОКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Студентам, изучающим психотерапию, предоставляется много способов и приемов овладения специальностью. Некоторые лучше воспринимают предмет, читая книги по теоретическим системам психотерапии и овладевают, по крайней мере, элементарной когнитивной основой, что дает им возможность определить клинический феномен, а в дальнейшем применять эту основу в сеансах с больными. Другие же подтверждают истину, что «подражание – быстрый способ обучения человеческого существа» и предпочитают наблюдать за работой терапевтов-практиков. Третьи отдают предпочтение аудио-стимулам, то есть прослушиванию пленок терапевтических бесед, четвертые – видеозаписей. В результате одни прогрессируют, быстро учась в действии, оказывают терапевтическую помощь больным и советуясь «post mortems» по каждому случаю с квалифицированными консультантами.

Я (Ф.Ф.) овладевал терапией всеми этими методами, вплоть до представления самого себя пациентом; и самым эффективным для меня оказался метод непосредственной работы с клиентами. На протяжении многих лет, проведя беседы с больными, я понял, что истинными моими учителями являются сами пациенты. И если я овладел профессией, то только благодаря их урокам.

Эта глава будет хронологическим, глубоко личным описанием клинического опыта и уроков, которые я извлек. Не могу сказать с определенностью, что опыт накапливался в результате четких логических шагов, неделя за неделей, могу только подчеркнуть, что опыт накапливался в результате многочисленных клинических случаев, несколько из них уместно не упоминать в данной «саге».

Имена и характеристики больных изменены с целью сохранения конфиденциальности, но имена студентов–помощников, наблюдателей и коллег остались настоящими, поскольку именно эти люди оказали большую помощь в формировании и точном описании моих мыслей в ходе опытов.

Я могу не совсем точно запомнить названия продуктов, которые жена поручает мне купить в бакалейной лавке по пути домой, но мне не трудно вспомнить точные детали места, времени, ситуации, выражения лица, изменения в голосе и формы построения предложений, которые произносили больные во время бесед в ходе терапевтической практики. Следует добавить, что освежить мою память помогли аудиозаписи, поскольку я записал 90% своих сеансов с больными.

Самый первый клиент

Я начал свою клиническую практику в 1995 году в детском центре школы социальной помощи в Лауреле при Католическом университете (Мэриленд). Нас было 6 или 8-студентов, посещавших школу 3 раза в неделю под руководством Кэтлин Коул. Мне не терпелось начать работу, и я с волнением ждал своего первого пациента. Ознакомившись с историей болезни, моя наставница выбрала пациента и провела предварительную беседу. Когда я поинтересовался, о чем же мне говорить с больным, она посоветовала «исследовать семейный ансамбль». На чистом листе она написала примерный перечень вопросов. С волнением и страхом я начал первую в своей жизни беседу с бывалым на вид белым пятнадцатилетним парнем из трущоб Вашингтона. Я представился, мы сели, и я сказал, что хотел бы поговорить о его «семейном ансамбле».

Клиент (К): (с отсутствующим выражением лица) У– гу?

Терапевт (Т): (очень напряженно, стараясь казаться спокойным) Ну, значит, я хотел бы поговорить о твоей семье.

К: (Кивая) Да-а, конечно, почему бы не поговорить?

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

К: (Резко) Все в порядке.

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

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

К: (Пожав плечами и уставившись в окно) Ну, мы деремся с ней, но она – ничего.

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

К: (Резко) Хорошо.

Этот диалог длился 30-60 секунд, и я впал в замешательство, так как запас вопросов кончился. Клиент, громко чавкая жевательной резинкой, уставился в окно, и остаток отведенного на беседу часа прошел в гробовом молчании. Я понял, что бес еда не состоялась по моей вине и сделал вывод, что нужно учиться и учиться тому, как разговаривать с клиентом, как вызвать его реакцию и расширить круг вопросов. Я решил для себя, что никогда более не допущу такого провала.

Случай Джоя

Другого парня приблизительно такого же возраста, как и мой первый клиент, звали Джой. Он был чернокожим, тоже из трущоб Вашингтона, не хотел посещать школу и по этой причине был прислан в наш центр. Я быстро выяснил, что он родился на юге, в каком-то маленьком селении и никогда не видел неоновой рекламы, множества машин на улицах и суеты большого города. Сначала он ходил в школу, но, оглушенный всем незнакомым и удивив-

тельным, растерялся и стал пропускать занятия. Его родители не могли взять в толк, зачем нужна эта суета со школой, поскольку сами не осилили и четвертого класса, а Джой уже умел «читать, писать и знал цифры».

С самого начала беседы Джой разговорился и не переставал болтать, за что я был ему признателен; со слезами на глазах я уже готов был обнять его, но это было бы «непрофессионально» (Боже милостивый! Послал же ты мне живого клиента!). С ним было весело работать, и мы встречались по три раза в неделю. Похоже, Джою не нужна была помощь психотерапевта, но я увлекся, он же помог мне тем, что стал «образцовым парнем в своем доме». Ему льстило, что он помогает мне в моей помощи, он скоро изменил свое поведение (начал посещать школу, выполнять домашнее задание) и вскоре был снят с учета. Его случай воодушевил меня и убедил, что моя помощь нужна, что я обладаю всеми необходимыми для такой работы качествами, и что есть особые случаи, которые мне легче, чем кому-либо понять и оказать помощь.

Случай Рэйчел Штейн

На следующий год я работал в больнице св. Елизаветы в Вашингтоне (округ Колумбия). Первой пациенткой была Рэйчел Штейн, лучший из случаев, какой только могла представить больница для душевнобольных: она перенесла лечение электрошоком, терапию инсулиновой комой, оздоровительный отдых, занятия арт-терапией, оздоровление в семье, временную выписку из больницы и проч., проч., а результат этих усилий – нулевой.

Прежде чем встретиться с нею, я прочитал толстую историю болезни (почти 5 фунтов машинописных страниц). Очень скоро я пришел к заключению, что этот случай как раз для меня, и, как выразился один из студентов: «Они считают, что мы не причиним вреда, но вполне можем принести некоторую пользу». Я побаивался пациентки, поскольку прочитал в истории болезни, что она имеет плохую привычку время от времени срывать с себя всю одежду. Помню, мы проводили беседы всю осень и зиму, и я постоянно боялся, что эта огромная, толстая, смуглая девица что-нибудь сотворит со мной. Она садилась у окна, а я ближе к двери, чтобы в любой момент можно было добежать до комнаты медсестер, если она вдруг начнет стриптиз.

После семи месяцев безрезультатных встреч по 2 раза в неделю я должен был показать пациентку на собрании наших терапевтов. Все хвалили меня за прекрасную презентацию, сочувствовали и предлагали помощь, сокрушались о том, «как ужасно работать с душевнобольными» и посоветовали довести до сведения ее семьи «неутешительный прогноз», а пациентку перевели в одну из дальних палат.

Мягко сказать, что я был подавлен всем этим, мой руководитель даже предостерег меня от того, чтобы «чрезмерная чувствительность к ней не захватила меня» и чтобы я начал закружаться с этой «историей болезни». Двое из моих приятелей – студентов, которые выслушивали мои излияния по поводу Рэйчел, настоятельно посоветовали мне почитать «Client-Centered Therapy» (терапия, направленная на клиента) Карла Роджерса; они (Франк Хьюс и Мэгнус Сенг) внимательно прочитали монографию, обсудили и с успехом применяли в работе с больными. Они заявили, что с применением клиент – центрированной терапии их пациенты начали беседовать о более значительных вещах, их родители отмечают большую контактность с другими больными в палате, больничным персоналом отмечается появление более осмысленной реакции при выполнении обязанностей по уборке палат и т.д. Один из больных Фрэнк был избран в своей палате «пациентом месяца» – титул, присуждаемый за явные показатели выздоровления в течение месяца. Мэг и Фрэнк наседали на меня: «Почитай Роджерса, почитай Роджерса». И, в конце концов, чтобы избавиться от них, я согласился прочитать пару глав из их «новой Библии».

Вначале я остался совсем равнодушным, но, чтобы избавиться от них, я согласился прочитать пару глав из их «новой Библии».

Книга показалась мне неглубокой и полной суеверий, прямой противоположностью евангелия Фрейда, которое я штудировал во время подготовки к карьере психотерапевта. Но затем я натолкнулся на описание некоторых сеансов, и вдруг меня осенило: *"Это на самом*

деле происходит так, эти незаконченные предложения, эти «ах-х», грамматические ошибки, недопонимание и попытки преодолеть, исправить его и все остальное". Неожиданно книга ожила, и, готовясь к «последнему сеансу» с Рэйчел, я заявил Фрэнку и Мэгу: «В этой беседе я сам буду Карлом Роджерсом».

Я был решительно настроен понять Рэйчел с ее точки зрения (с ее уровня восприятия), начать с самого начала и помочь ей шаг за шагом и достигнуть уровня «эмпатического понимания». Я начал сеанс и тотчас почувствовал, что все шло не так, как мне хотелось, а через пару часов я закруглился с беседой. В голове была одна мысль: «Какого черта!»

Теперь я по-новому смотрел на пациентов и клиентов. Впервые за семь месяцев я взглянул на положение вещей ее глазами, а не больничного персонала, ее семьи и общества в целом. Она вела себя сообразно ее собственному мировосприятию. Это было пугающее, но и влекущее открытие – войти в мир другого человека, «частичку вселенной», заполненную только ею (как я после сказал Фрэнку и Мэгу), и увидеть людей, вещи, чувства, мысли и образы, отношения с ее точки зрения. И тогда ее поведение приобрело смысл, все сошлось и стало «рациональным».

Никогда мне не забыть возбуждения тех дней; многое, чему я учился ранее, казалось мне ненужным, многие семинары и лекции лишены смысла... Мы подолгу говорили с Фрэнком и Мэгом, и я начал по-новому осмысливать многие вещи, которым меня учили, видел их в другом свете и стараться по-иному применить. Клиент-центрированная терапия отныне стала для меня силой, интегрирующей все приобретенное в ходе учебы знания, и возможностью применения их в работе с пациентами. Сеансы с Рэйчел стали для меня желанными. Я отчетливо помню, как однажды после очередного сеанса я с энтузиазмом делился до 2 часов ночи с моей бедной женой Джуной своими мыслями и идеями новых подходов лечения больных, пока не опомнился, увидев, что жена уже уснула. Я немного обиделся, но со временем осознал, что как бы жена не старалась, она не сможет полностью разделить мой восторг от «нового открытия».

После шести сеансов спустя 2 недели, больничная медсестра сообщила, что терапевт, лечащий Рэйчел средствами арт-терапии, интересуется, «не происходит ли чего-нибудь нового с его подопечной», поскольку она по-новому стала делать рисунки. Медсестра ответила, что точно не знает, но в палате их пациентка стала вести себя более адекватно больше обращает внимания на свою внешность (до сих пор она по-детски пользовалась косметикой), вызывалась что-нибудь сделать в палате, без напоминаний вставала с постели по утрам, стала ладить с другими больными, по своей воле посещала синагогу, и в целом проявляла общительность. Говоря коротко, все это было похоже на «воскрешение». Позже медсестра позволила, чтобы справиться, не происходит ли чего-нибудь нового во время наших сеансов. Я с радостью рассказал ей о «новом я и новой Рэйчел».

Случай с Рэйчел Штейн был одним из самых значительных в моей профессиональной практике. Анализируя его сейчас, спустя почти 15 лет, я не могу с уверенностью сказать, извлекаю ли я сейчас особый смысл из этого опыта, или же наоборот, придаю ему особое значение, точно ли интерпретирую происходившее в то время, или же с возрастом и опытом придаю тому времени большее значение, чем это было на самом деле. После долгого размышления я прихожу к выводу, что *так* все и происходило, что именно *тот* случай и последующий приобретенный опыт сформировал мое мировоззрение.

Самое главное, что я выяснил для себя, что опытные, хорошо подготовленные, умные и признанные «эксперты» могут ошибаться, а я – неопытный, не совсем обученный и не совсем уверенный в себе студент – мог оказаться «правым». Я также понял, что повторное лечение и дополнительные процедуры с отдельными больными могут повторять одинаковые ошибки и не иметь успеха. И еще я понял, что если больной не излечивается, то не обязательно причина в нем (например, «бессознательное сопротивление»), дело может быть в ошибочном подходе к лечению. Мне неожиданно открылось, что независимо от того, как долго и насколько тяжело болен пациент, он может вылечиться и вылечиться полностью, если ему будут созданы эффективные условия. Я был достаточно вознагражден, получил пре-

красный подарок на будущее – понимание того, что если больной не поддается одному способу лечения, необходимо вернуться к исходной точке и выбрать другой, более приемлемый способ.

Не могу сказать, намеренно или нет мой руководитель, ныне покойный Джон Паласиас, внушал мне мысль о том, что человек должен стремиться быть правым. Он приводил в пример случай с выпускницей, которая наблюдала пожилого хронического больного и провела с ним сеанс в присутствии всех врачей отделения. Было решено приостановить лечение ввиду его бесперспективности. Студентка рассердилась и огорчилась, услышав такое решение, и в слезах рассказала об этом больному. Последний был так ошарашен тем, что кто-то беспокоится о нем, даже открыто плачет, что успокоил студентку и пообещал выйти из больницы и никогда не возвращаться. Он сбежал, нашел работу и не захотел вернуться. В этих случаях с Рэйчел и старым хроником скрывалась какая-то странная логика. Студентка делала все «неправильно», но, как выяснилось, эффективно, а я проник в мир «святая святых» Рэйчел, в результате чего она стала возвращаться в реальный мир.

Невозможно передать на бумаге чувство открытия и возбуждения, которые я тогда испытал. Я был окрылен «освобождением», переполнен энергией. Я был способен в два счета защитить выпускной диплом и думал, что все идет мне навстречу. Важность того опыта для меня можно иллюстрировать строками из моего письма к Карлу Роджерсу: «У меня такое чувство, словно я бреду по колено в алмазах».

Меня охватила настоящая жажда все большего клинического опыта, причем с пациентами специальных больниц для душевнобольных. Если раньше я сражался, чтобы меня не посылали в такие больницы, теперь же я считал, что должен работать с самыми тяжелыми больными. Поэтому добился места в больнице Мендота, город Мэдисон, штат Висконсин. Добивался я этого по многим причинам: быть поближе к семье на Среднем Западе, работать с госпитализированными больными и быть в непосредственном контакте с Карлом Роджерсом и его группой, которая имела долгосрочный проект лечения клиент–центрированной терапией в больнице Мендота.

Вхождение в группу профессионалов стало для меня решающим по многим причинам. Очень полезными оказались собрания врачей с прослушиванием записей терапевтических сеансов. Такие собрания-сессии проводились каждую неделю с 1958 по 1960 годы. Прослушивания помогали мне понять чувства пациентов, их реакцию на применяемую методику и во многом способствовали моему профессиональному росту. Я убедился, что приглашение коллег на прослушивание клинических случаев – прекрасный способ продемонстрировать свои достижения, а также воспользоваться неиссякаемым источником профессионального опыта

Случай симулянта

Обосновавшись в больнице Мендота, я начал вести мужскую палачу вновь поступивших. Мне предложили заняться пациентом, который уже неоднократно госпитализировался. Он получал пособие ветерана, так как сумел убедить военное ведомство, что пребывание в армии в течение 6 месяцев «свело его с ума». С тех пор он не работал, жизнь превратилась для него в сплошное чередование больниц для душевнобольных, причем на военном счете уж накопилось несколько тысяч долларов, которые он время от времени тратил на пустяки и недельные запои. Я начал применять клиент–центрированную терапию, но становилось все труднее с ним ладить, поскольку он был одержим идеей разрушить всю эту систему".

К этому времени он написал несколько неприличных писем секретарше из администрации больницы. Когда я узнал, что он автор таких непристойных писем, я «выбросил терапию в окно» (так я сказал себе), здорово рассердился и заявил, что если он напишет хотя бы строчку в таком же духе, сам запру его в изоляторе и выброшу ключ. В запальчивости он выкрикнул: «Я не могу отвечать за свои поступки, я – душевнобольной!». Я опешил, по-

сколько никогда не видал, чтобы больной так явно осознавал и скрывал то, что оправдывать его поведение. Я понял, что своим «взрывом» я притупил его тщательно скрываемое чувство самоконтроля, когда под личиной душевнобольного можно было делать что угодно, когда угодно и где угодно. Мне стало ясно, то он «гарантированный больной», потерявший «чувство реальности» пациент, очень точно понявший конечную цель применяемого лечения, и что возможное «все равно не поможет» освобождало его от ответственности за свои поступки.

Однако, отбросив все свои теоретические познания и рекомендации клинической литературы (которые, кстати, действительно до сих пор), я заявил: «Думаешь, что можешь не отвечать за свои действия, да? Попробуй, дружок, и увидишь еще как ответишь». Я продолжал говорить, что я плевал на него, плевал на то, может ли он нести ответственность, что он лично думает об этом, и что я заставляю его кричать. И когда после этого в течение нескольких месяцев о самой выписки из больницы он не написал таких писем, пришел к выводу, что подобные «душевнобольные» совсем не теряют «чувства реальности», наоборот, они прекрасно осознают свои действия и умно анализируют окружающие условия. От этой мысли я не пришел в восторг и отложил ее на некоторое время, подобную реакцию на происходящее я испытывал еще в некоторых клинических случаях.

Трагедия повторяется

В 1959 году я начал консультировать 1 раз в неделю, помимо практики в больнице. Одной из самых первых консультаций стала беседа с женой одного из наших пациентов. Врачи полагали, что больной страдал паранойей в результате неверности жены, и передо мной стояла задача собрать ин формацию и выяснить истинное положение вещей. При передаче истории болезни мой коллега сказал: «Я подозреваю, что она изменяет мужу, но в беседах она отрицает это». Я отправился повидать ее в качестве консультанта. И в первый же день – это был понедельник – я проспал. Джун разбудила меня, сказав, что совсем забыла завести будильник. В спешке я оделся, уже на пороге выпил чашку кофе, впрыгнул в машину и быстро поехал в отдаленный сельский дом, где жила эта женщина. Помню, я очень волновался и все время думал о том, что я теперь консультант, что должен сделать так, чтобы беседа оказалась полезной, и все зависит теперь от меня самого.

Трагедия повторяется

В 1959 году я начал консультировать 1 раз в неделю, помимо практики в больнице. Одной из самых первых консультаций стала беседа с женой одного из наших пациентов. Врачи полагали, что больной страдал паранойей в результате неверности жены, и передо мной стояла задача собрать ин формацию и выяснить истинное положение вещей. При передаче истории болезни мой коллега сказал: «Я подозреваю, что она изменяет мужу, но в беседах она отрицает это». Я отправился повидать ее в качестве консультанта. И в первый же день – это был понедельник – я проспал. Джун разбудила меня, сказав, что совсем забыла завести будильник. В спешке я оделся, уже на пороге выпил чашку кофе, впрыгнул в машину и быстро поехал в отдаленный сельский дом, где жила эта женщина. Помню, я очень волновался и все время думал о том, что я теперь консультант, что должен сделать так, чтобы беседа оказалась полезной, и все зависит теперь от меня самого.

Наш разговор происходил в гостиной. Женщина сидела напротив, на кушетке. Наклонившись вперед и поставив локти на раздвинутые колени, я пытался направить разговор в нужное русло, так как непременно хотел добиться правды. Если она действительно ведет себя честно, следовательно, ее муж параноик, если она лжет, то мы напрасно держим ее мужа в больнице. Во время всего разговора она избегала смотреть мне в глаза, невидящим взглядом уставилась на мой галстук, при этом лицо ее сохраняло озабоченное выражение. К моему великому удивлению, она созналась во всех грехах и долго рассказывала, с кем она имела связь как до, так и после госпитализации мужа.

На обратном пути меня распирало чувство душевного подъема, своей важности и победы настоящего специалиста, *Я* торжествовал при мысли, что мои коллеги безуспешно работали целый год, а я всего за одну беседу смог установить истину. «Да, только настоящие профессионалы побеждают», – думал я.

Эйфория переполняла меня, пока я не добрался до окружного суда. Войдя в туалет справить малую нужду, я обнаружил, что брюки расстегнуты и не были застегнуты во время беседы с женщиной. Покраснев от смущения, как дурак, я оглушено просидел в туалетной минут пять. Вернувшись в больницу, я честно рассказал моим сотрудникам обо всем, что со мной произошло. Они оглушительно и долго хохотали над моим «новым подходом» к лечению и назвали его «терапией открытой ширинки». Друзья психологи с важностью заявили, что этот случай доказывает истину: «Измени стимул и ты изменишь реакцию». (Следует добавить, что пациент был выписан вскоре с рекомендацией амбулаторного лечения для обоих супругов).

Из этого досадного случая можно извлечь несколько уроков: что в психиатрии боль, трагедия и смех идут рядом, и комическое нередко сменяется трагическим. *Я* научился смеяться над самим собой, над своими ошибками, не утаивать промахи в работе от коллег-клиницистов, а они всегда, если быть честным в профессиональной работе, поддержат и ответят сочувствием.

Эксперимент на соответствие

В том же году (1959) я вел переговоры с психологом отделения о том, чтобы провести эксперимент на мне самом. *Я* поделился с ним мыслью о необходимости и пользе сочувственного, бережного и щадящего отношения к пациентам и старательном уходе за ними. Незадолго до этого я прочитал вышедшую в 1957 году книгу Карла Роджерса «Необходимые и достаточные условия выздоровления психотерапевтических больных» и жаждал провести эксперимент, который максимально соответствовал бы условиям лечебного сеанса с последующим обсуждением полученных результатов. *Я* надеялся выбрать всеми отвергнутого больного и записать на пленку каждую беседу с ним (включая и получасовые сеансы), причем во время беседы не скрывать от него своих мыслей, давать ему высказываться открыто.

Предполагалось, что мы должны точно соответствовать пациентам, то есть вести себя как пациенты не только с больными, но и между собой. Если бы один из нас сказал пациенту то, что не понравилось бы другому, нам срочно следовало бы собраться всем вместе, попросить пациента находиться здесь же, в одной с нами комнате и обстоятельно обсудить все происходящее.

Едва я огласил суть эксперимента, в комнату вошел один из больных и с порога спросил: «Уже записывается все это?». У него был необычный, неподражаемый вид: беззубый рот, торчащие надо лбом рыжие волосы, как будто через него прошел электрический разряд. Вдобавок глаза у него были косые и маленькие, как у поросенка, нос картошкой, а говорил он, как Кошей бессмертный (Красный скелет Клем).

Я вдруг впал в истерический хохот, от смеха у меня заболели бока, и слезы потекли по щекам. Наш психиатр замер, съездившись от страха, потом нахмурился и выдавил из себя: «Фрэнк, так нельзя! Что ты делаешь?» Между приступами смеха мне удалось произнести: «Не могу сдержаться, он необычайно смешной!»

«Клем» по очереди оглядел нас и констатировал: «Ничего, все в порядке, всегда так бывает. Иногда хочу заставить людей смеяться, но они смеются, когда я не хочу этого, а я обижаюсь, схожу с ума и начинаю делать глупости». Bingo! Очко!" (Наш эксперимент продолжался с сеансами 1 раз в неделю; этот пациент здорово продвинулся в лечении, и через пару месяцев его выписали).

Я определенно запомнил следующее: абсолютная конгруэнтность, если ее последовательно доводить до конца, очень полезна в сеансах с больными; над пациентами можно смеяться без вреда, а часто и с пользой для них; смех не обязательно «унижает их достоинство». И еще: в таких сеансах *я* чувствовал себя свободным, «не скрипел сцеплением», мои мысли и чувства не расходились с реакциями по отношению к пациенту.

Случай опасного психопата

В 1959 году мне по случаю пришлось работать с больным, который проходил по уголовному делу и считался опасным. Я тщательно расспросил его семью и составил для себя картину его общественного поведения. Он узнал, что я разговаривал с его женой и матерью и должен подготовить медицинское заключение. Прежде чем увидиться со мной, он посоветовался со своими психиатром и психологом. Продуманно, хорошо сформулированными фразами, проникновенно, и с большой долей искренности, в течение 20 минут он рассказывал мне о том, что в больнице у него было время обо всем подумать, что в жизни он наделал много ошибок, что необходимо наладить супружеское согласие в семье, что он надеется все поправить, когда выйдет отсюда. Он признал, что ему нужно время, чтобы научиться какому-нибудь делу по торговой части и т.д. Я молча сидел и слушал его разглагольствования, пока он не спросил: «Ну, мистер Фаррелли, что вы думаете о моем деле?». И в этот момент, словно на школьной доске, я увидел написанное: «Поскольку я не собираюсь лечить этого больного, я могу позволить себе быть с ним честным». Смешавшись на минуту, я спросил, выигрывая время: «Вы действительно хотите знать, что я думаю по этому поводу?». Пациент кивнул и серьезно заметил: «Да, сэр, именно поэтому я и спрашиваю». Я вздохнул глубоко и сказал: «Видите ли, я думаю, что это самое большое надувательство, которое мне когда-либо всучивали в моей практике». Наклонившись ко мне, он с яростью прошипел: «Мне очень хочется послать вас на..., встать и выйти отсюда». На что я ответил: «Почему же не сделать это?». – «Но я хочу разделаться с тобой!» – и на глазах он стал превращаться в другого человека. Примерно полчаса он бросал отрывистые предложения, перескакивал от одного к другому, употреблял грубые слова, его голос вибрировал, и, совсем потеряв контроль, он явно потерял рассудок. Одним словом, налицо был очевидный контраст между первым и вторым человеком, что является безошибочным признаком душевного заболевания.

Я объяснил, что мне нужно переехать в другое здание больницы. В машине он спросил: «Меня привлекут или отпустят?». «Не знаю, – ответил я, – но вы будете первым, кто узнает решение административного совета». Однако он продолжал: «Если я выйду отсюда, могу я рассчитывать на ваше лечение?». «Зачем?». – задал я вопрос. Царапая сиденье машины, он спокойно ответил: «В общем, я интересуюсь психологией». Я не мог скрыть раздражения: «Да бросьте, почему я?». Он помолчал, а затем смиренно изрек: «Я постараюсь изложить вам доступно...» – «Оставьте это! Я вам не нужен, вы ведь не доверяете мне».

Путем конфронтации и приема «эмоциональной честности» я обнаружил, что мне удалось построить доверительные отношения в течение часа лучше, чем это удавалось с некоторыми больными за многие месяцы бесед и внушений.

Случай распущенной девственницы

В 1960 году я проводил терапию при больнице с группой из 10 женщин. Одна из пациенток, которую я особенно запомнил, была молодая, лет двадцати, девушка, находившаяся в пограничном состоянии. Она в основном говорила о том, как ей нравится в больнице Мендота, что обожает ходить в кино, на танцы и в столовую, что в оздоровительной терапии ей нравятся боулинг, плавание, бейсбол, волейбол, баскетбол и теннис, и все хотела знать, когда «мы здесь начнем ездить верхом». Женщины из группы открыто смеялись над ней, а я сердился и обвинял ее в том, что у нее «синдром сельского клуба». Ранее я уже наблюдал у больных с невысоким уровнем образования и не расположенных к «терапии разговоров по душам» благоприятные результаты лечения разнообразными методами физического развития (extensive activity therapies). Я замечал, что при попытке «ущемлять» желания пациентов, они от этого только возрастали, а внутреннее состояние в результате усугублялось. Примером тому мог бы служить «синдром сельского клуба». Я настойчиво внушал ей, что она лечится успешно, что ей надо осознать, почему она оказалась в больнице, и как выйти отсюда. Она расплакалась и призналась, что огорчается из-за того, что «здешние парни называют ее

беспутной, но она хорошая, и даже девственница». Я уже был готов снова «выбросить терапию в окно» и заявил ей: «Но ты разговариваешь, как распутница, одеваешься, как распутница и выглядишь, как распутница. Ты сама говоришь, что рассказываешь похабные анекдоты в столовой, поэтому парни и думают: „Черт побери, если она при всех ведет себя так, то какова же она, когда ее никто не видит?“. Это не значит, малышка, что ты действительно такая, это – образ, который ты создаешь, и люди относятся к тебе соответственно их представлению о тебе».

Пациентка испуганно проговорила: «Но я не плохая девушка». И тогда другие женщины из группы сказали ей: "Джорджи, а ведь Фрэнк прав! Мы знаем, что ты не такая, но те парни из столовой не знают! Некоторые из них взяли на заметку, что ты носишь блузку на несколько размеров меньше (а поскольку объем груди у нее не на 44 размер, создается впечатление, что все пуговицы вот-вот оторвутся), что ты влезла в слишком узкую юбку; дюймов на шесть короче, чем принято (это были годы, когда мини-юбки еще не вошли в моду), и что «она ведет себя как девочка определенного сорта».

Шмыгая носом, пациентка стала спрашивать у женщин, что же ей делать, ведь она «не такая девушка». Они предложили помочь ей с одеждой, манерами, речью, что она с радостью приняла. Через неделю она носила нужного размера блузку, которая шла ей, волосы были уложены, косметика разумной, а юбка по моде тех лет доходила до колен. Она двигалась так, что никто не думал о ее непутевом прошлом, не рассказывала «пошлых анекдотов» и, в целом, вела себя, как привлекательная «молодая леди», по выражению одной из женщин группы.

Благодаря огромной помощи группы, она стала выздоравливать, депрессия исчезла, кардинально изменилось по ведение, сплетни вокруг нее затихли. Она стала искать новых друзей, постепенно учась быть сердечной и дружелюбной, не упуская случая и понравиться, почувствовала «само уважение и уважение других». Ее семья обрадовалась переменам, захотела забрать ее домой, а недели через две она нашла работу поблизости от дома, и была выписана из больницы. Больше она туда не возвращалась.

Я парил в небесах. Джорджия преобразилась. Это было так очевидно, имело глубокий смысл и совсем не казалось «таинственным перевоплощением», как раз наоборот, казалось доступным, измеримым и легко видимым. По крайней мере, десятки людей (персонал больницы, пациенты, мужчины и члены семьи) соглашались, что это была разительная перемена.

Из этого случая «распущенной девственницы» я усвоил несколько уроков. Прежде всего, люди могут полностью и окончательно вылечиться. Во-вторых, они могут сделать это за сравнительно короткий срок. В-третьих, можно и нужно менять прежде всего тот порочный круг чувств, отношений и поступков, которые ухудшают состояние больного, менять на благоприятную цепную реакцию, состоящую из 1) здорового поведения, 2) похвалы и поощрения, 3) перемены отношения и чувства. На эти ведущие факторы, которые, в свою очередь, приводят к взаимопониманию больного и общества. Далее, я усвоил, что группа людей обладает властью менять человека. Ранее я думал, что групповая терапия – это что-то поверхностное, неглубокое, хотя экономически оправданное и применимое для индивидуального лечения. Опыт с данной группой вытеснил мое неправильное представление об этом. Он со всей очевидностью показал, что если «включить» пациента в игру, показать, как другие люди думают о нем, и показать каким образом можно избежать отрицательных оценок окружающих людей, пациент может кардинально измениться и выздороветь за короткий срок. И, наконец, я получил доказательства того, что люди относятся к тебе в соответствии с тем впечатлением, которое у них сложилось о тебе, то есть субъективно, а не каков ты есть «объективно». Задачей врача-терапевта и является ввести больного в соприкосновение с окружающим миром, вызвать его реакцию посредством 1) внушения самого врача, 2) предложения пациенту спонтанно прослушать мнения о нем других людей (его реакция при этом будет самым мощным двигателем излечения и должна фиксироваться каждый час и день), 3) наконец, поощрением пациента реагировать на эту информацию.

Ответная реакция

В начале 1960 годов настоящим пугалом в клинических кругах был девиз «остерегайтесь отвечать пациенту тем же». К тому времени у меня уже был некоторый опыт, радикально изменивший мое представление о поведении врача-клинициста.

Я вел пациента, который опрокидывал все представления о правилах поведения и постоянно оправдывался тем, что он «душевнобольной». Хорошо помню, что тогда произошло. Он стоял сверху на лестнице, а я делал ему очередное внушение о нарушении правил, о том, что все сыты по горло его выходками. И тут он выкрикнул: «Вы рассуждаете совсем как мой отец!» (В беседах он говорил, что именно отец довел его до сумасшествия). Терапевт (несколько смутившись): О боже! Я напомнил ему прошлое! А затем, не ожидая от себя, словно кто-то за моей спиной, а не я сам, выпалил: «Ну, тогда мы с твоим отцом прекрасно поладили бы, сынок».

В последствии я повторял такие приемы с больными, а в личной жизни случалось также, что я неожиданно и неосторожно говорил как раз противоположное тому, что думал. Случай на лестнице впервые навел меня на мысль, что эти спонтанные «сдачи» часто являлись более действенными, чем спланированные, профессиональные приемы.

Однажды, разговорившись за обедом с одним из наших социальных работников, я поведал ему о своих «скоропалительных высказываниях», о желании «дать сдачи» и смутном подозрении, что такие приемы срабатывают, они действенны. На что он возразил: «А я всегда пытаюсь сдерживать раздражение на своих сеансах». Я не удержался: «Знаешь, что я понял? Лучше не сдерживать чувства, пусть больной видит наши эмоции. Это даже лучше, чем наша заученная профессиональная реакция».

Затем я рассказал ему, что иногда почти физически испытываю желание взяться за голову, снять ее с плеч и положить рядом на стул, вот так меня переполняло желание «дать сдачи» на некоторых сеансах с больными. С большим трудом, по крупицам собирал я для себя арсенал поведенческих приемов, которые можно было бы использовать при работе с больными. Большинство из них оказались очень эффективными.

Я поделился с ним своим наблюдением о том, что часто люди боятся и становятся подозрительными по отношению к другим только потому, что не имеют представления чувств и реакциях, какие они вызывают у этих людей

Семьи пациентов часто рассказывают, что они чувствуют по отношению к родственнику, находящемуся в больнице. Очень хорошо помню один случай, когда жена пришла с рыданиями и злостью на мужа и после долгих расспросов изложила свои проблемы. Она боялась того, как он поведет себя, когда она впервые придет к нему в палату, очень сокрушалась, что он попал в больницу, и скучала без него дома.

Рассказав о муже подробно и дав его социальный портрет, она спросила: «Как вы думаете, что мне сказать ему при встрече?» Я указал на сделанные записи и посоветовал: «Почему бы вам не рассказать ему все это? Как вы скучаете о нем, сердитесь и раздражаетесь, сожалеете и чувствуете вину за то, что он в больнице, что не могли больше выносить его поведение и хотите его скорейшего возвращения домой и т.д.». Женщина опешила, и мне вдруг пришла мысль, что не зря наш пациент был подозрителен, боязлив и смущен. У него был повод подозревать! Ведь он чувствовал, что «за спиной у него что-то происходит!» Так оно и было.

Когда я рассказал о «сеансе на лестнице» моим коллегам по проекту (при больнице), они отослали меня к монографии Стэндела и Корзини «Критические случаи в психотерапии». Читая книгу, я поражался, что все описанные случаи, словно эхо повторяли мои опыты. Во многих случаях авторы также «выбрасывали терапию в окно», не сдерживали негодования и набрасывались на пациента, последнему это помогало. Единственное, что отличало нас, авторы писали не об «ответной реакции», а о необходимой и своевременной информированности пациента о возможных последствиях.

Мне также посоветовали почитать исследования Вайхорна о методах А и Б при обра-

щении с больными. Это также укрепило мое стремление показывать больному мою реакцию на его поведение. Я еще более убедился, что мой опыт, хотя я и не был известным работником социальной сферы, приобрел ценность для меня. Его уже можно использовать как дополняющие кусочки «клинической шарады».

Терапевт в роли садовника, акушера или...

В 1961-63 годах, когда я участвовал в проекте Роджерса при больнице Мендота, мы устраивали еженедельные собрания – планерки административных работников и лечащего персонала. Сидя на одной из таких планерок, я задумался о новом подходе к лечению больных, о новой роли врача в этой ситуации.

Реальное значение для Карла имели в то время только два образа, две роли лечащего врача – акушера и садовника. Помнится, он не раз повторял, что роль садовника обеспечивает надлежащие условия для выращивания семян. То но так же, по его мысли, и терапевт должен обеспечить рост (выздоровление) своего пациента. (Ср.: «Необходимые достаточные условия для психотерапии личности», 1957). Акушер, вторая аналогия в его теории, не создает человека, но помогает его рождению.

Я уже начал разочаровываться в методе «клиент–центрированной терапии», устал ждать, когда пациент начнет менять свое поведение. Хорошо запомнилось собрание, на котором я наконец-то высказал свои сомнения: "Я сыт по горло попытками быть садовником и акушером. Я не гожусь на эти роли. Единственное, чего я хочу, так это раскрыть раковину, в которой прячутся эти люди, добраться до сути, впрыснуть немного жизни (говоря это, я развел руки, выбросил вперед кулак и показал пальцами, как я «впрыскиваю немного жизни» пациентам). Элин Роберте хмыкнула и изрекла: «Фрэнк, ты божественен!».

Казалось все более очевидным, что пассивная всепонимающая и традиционная роль терапевта – не для меня. Я решительно не был способен выслушивать больного, принимая во внимание громкие и настойчивые сигналы моей внутренней реакции и ту информацию, что я получаю родных больного, нашего больничного персонала и товарищей по палате. Я все-таки хотел получить «весь пирог», хотел использовать в лечебных сеансах не просто чувственно-эмоциональное понимание переживаний пациента, но картину того, как посторонние люди воспринимают его, хотел показать ему отношение других и вызвать этим его обратную реакцию.

Больные при желании могут вылечиться, но каким образом?

В 1963 году я работал с палатой взрослых женщин. Однажды я проводил последний сеанс с одной из пациенток, которой предстояло выписываться. Мы говорили о том, как ей вести себя по возвращении домой. Она сказала с затаенным страхом: «Домашние будут следить за каждым моим шагом». Чтобы поддержать ее, я возразил: «Нет, не будут». Но вдруг меня словно озарило: "Да, вы правы, они будут следить за вами словно коршуны. Им ведь интересно, какая вы после больницы. Всю первую неделю они будут фиксировать час за часом, каким образом вы ведете себя, как жена, домашняя хозяйка, мать и кухарка, а ваш муж будет проверять вас как сексуальную партнершу и присматриваться к выражению ваших чувств и гнева. На второй неделе они продолжают «наблюдение», но, вероятно, отметят про себя, если вы не сорветесь и останетесь спокойной: «Она, по-видимому, контролирует себя, потому что мы наблюдаем за ней. На третьей неделе они наверняка скажут: „Это слишком хорошо, чтобы быть правдой, разве возможно, чтобы она так переменилась?“ На четвертой они скажут, когда вы не слышите: „Она точно переменилась, выздоровела, но надолго ли?“ А на пятой неделе они прямо нам заявят: „Ты поправилась, слава Богу!“ В течение шестой недели они совсем перестанут присматриваться к вам, и с этого времени они будут обращаться с вами как обычно. Только от вас зависит, как изменить представление о себе у вашей семьи. Старайтесь поддерживать „репутацию здорового человека“, для этого не нужно прилагать особые усилия, ведите себя естественно».

Для себя я отметил, что часто выводы и формулировки самого пациента более точны, чем наши – врачебные. Я также убедился (в последующем эта пациентка следовала всем моим советам и свято в них поверила), что она полностью вылечилась. Ее семья сочла это за чудо. Из этого и некоторых других случаев я понял, если больной выберет для себя путь на выздоровление, он вылечится.

Я хорошо помню выражение лица пациентки, когда я объяснял ей поведение в семье: сначала страх при моем заявлении, что семейство будет следить за ней, как коршуны, затем интерес и оживление, когда я предсказывал их поведение в случае, если она не сорвется и поведет себя естественно. Именно тогда меня осенило дать ей простой и здравый совет, который оказался верным. Не было необходимости искать истоки где-то в греческой мифологии, чтобы все это объяснить ей и ее семейству. В основе своей все просто и легко понятно, что люди «заикливаются», и надо просто помочь им выйти из этого состояния. В том, как приспособились друг к другу моя пациентка и ее семья, я видел закономерный процесс взаимодействия. Вместо того, чтобы придать этому процессу громоздкое «это – сложно – понять – и – вряд – ли – ты – это – поймешь», проще оказалось вывести ситуацию на практический уровень и объяснить больной, как ко всему относиться.

Сам собой напрашивался вывод: не следует наблюдать за людьми «пять дней в неделю в течение семи лет», как настоятельно рекомендовали клиницисты для больных с резко нарушенной психикой. Я подумал, что во многом эти рекомендации несостоятельны и, следовательно, не обязательны. Мы обязаны найти другой и более короткий путь помощи таким людям.

Как я отбросил клиент-центрированную терапию

С 1961 по 1963 год один раз в неделю я наблюдал молодую пациентку, которая 36 раз обращалась за помощью в шести разных округах страны. В течение 25-30 сеансов я применял клиент – центрированную терапию. Примерно на 30-м сеансе больная неожиданно использовала технику «Ответь», сбивая меня с моей отражающе – воспринимающей роли (позднее я сам использовал этот метод в своих сеансах с другими больными, когда они уклонялись от ответов на важные вопросы). Я же научился «делать перерыв», успокаивая себя: «Иногда выигрывая, в чем-то проигрываешь», и начинал атаку, пока они не переходили к открытому обсуждению острых вопросов или же совсем отвергали их. 99% предпочитали обсудить волнующие их темы.

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

Т: (Кивая головой) М-м, это важно для вас.

П.: (Ровно) Ответьте.

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

П.: (Громко, спокойно) Отвечайте на вопрос.

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

К: (Тверже) Отвечайте.

Т: (Мотая головой) Вам действительно хочется узнать мнение постороннего человека, не так ли?

К: (Ровно, как робот) Отвечайте

Т: (Хмыкая) Я думаю, вы уверены: «Я заставлю вас сказать мне», верно?

К.: (ровным голосом) Отвечайте.

Т: (подумав «Черт с ней, врежу-ка я» и очень раздраженно) Вы в самом деле хотите знать?

К: (Слабо улыбнувшись, тем же ровным голосом) Отвечайте.

После этих 10-15 минут, которые я посвятил ее особе, я сказал ей, что она у всех, как бельмо на глазу. Я не выбирал слова и не пытался следить за интонацией. Я был зол и хотел,

чтобы она поняла это. В конце моей тирады она улыбнулась и сказала, как бы убеждая себя: «Я так и знала». Было ясно, что неподдельный гнев может благоприятно отразиться на пациенте. В тот момент она думала, что все люди (не только я) раздражаются и сердятся на нее. Показав открыто свой гнев, я как бы перевел лечение на доверительную основу.

Спустя несколько месяцев я выезжал в отпуск за пределы штата. По возвращении из первой же беседы с нею (к тому времени она была выписана и лечилась амбулаторно) я понял, что она снова близка к тому состоянию, из-за которого попала в больницу. Я разозлился на нее и закричал: «Черт побери! Стоит мне выехать в отпуск на пару недель и вот тебе! Снова в этом дерьме! Вы же были здоровы! Что так вселилось в вас?» В ответ на несдержанные слова пациент лишь улыбнулась и опустила голову. Как она рассказала мне все лечившие ее врачи, как только ей становилось лучше, сокращали число лечебных сеансов, объясняя, что не хотят «подавлять» ее. По-прежнему сердито я заявил ей, чтобы она бросила эти штучки, которые она проделывала, чтобы встречаться со мной. Если она хочет, я буду видеться с нею каждую неделю до тех пор, пока мне не исполнится 94, а ей 82 года, и мы будем вместе в доме престарелых, а я буду брюзжать на нее беззубым ртом. Она засмушалась, облегченно улыбалась и сразу же стала новым, совсем другим человеком. Из всего этого я заключил, что нельзя оставлять лечение до тех пор, пока пациент в нем нуждается. Я понял, что больные намеренно могут включать и выключать «сумасшедшее поведение» по своему желанию.

В последующие месяцы клиентка сделала определенные и заметные успехи. Ее состояние стабилизировалось, и казалось, что повторные госпитализации не нужны. Она сама решила, что пора прекратить наши встречи. В последней беседе я спросил, помнит ли она нашу первую встречу, как я рассердился на сеансе «отвечайте» и поинтересовался, что ей более всего помогло. Она поколебалась, а потом, посмотрев мне в глаза, сказала: «Давайте скажем так: мне не хочется совершать каждую неделю путешествие в 300 миль, чтобы стать самой собой».

Барт Старр, который в начале 60-х годов был защитником в футбольной команде Green Bay Packer, вспоминал как однажды, будучи в эпицентре игры, вдруг почувствовал, словно пелена спала с глаз, и он явственно увидел защиту противника. Мне пришло в голову, что это описание точно передает мой собственный профессиональный опыт с больными, как будто пелена спадает, как будто кто-то включает свет, словно долго исследуемый мною клинический случай вдруг приобретает сфокусированный объем.

Каждое новое открытие приводило меня в трепет, но иногда накатывало и отчаяние; хотелось все бросить, ибо я считал, что немногие, кроме моих единомышленников-физиологов (Фореста Орра, Чарли Труа, Элин Роберте, Джини Генделин, Джо Билледо) говорили «на моем языке» и позволяли себе понять, о чем же я, черт возьми, толкую.

Иногда мне помогало замечание Торо: «Если человек не идет в строю в ногу со всеми, возможно, он слышит другого барабанщика. Пусть он шагает под музыку, которую слышит, только в другом месте». Иной раз оно казалось мне верхом поэтической глупости. Звучит красиво, но внутренним взором я часто представлял такую картину, будто я марширую вдоль одной дороги, в то время как весь мир идет по другой. От этого «моя музыка» превращалась в какофонию и я чувствовал себя бегущим за людьми с криками: «Эй, парни, подождите меня!» Сказать, что я чувствовал себя временами изоляции – не совсем правильно. Я не чувствовал себя покинутым, так как знал, что самостоятельно выбрал эту «дорогу». Иногда мне казалось, что мне навязали ее, что за спиной у меня непомерный груз. Бременами я просто сходил с ума, чем досаждал Джун, и это был просто ад!

Однако с каждой новой находкой кусочка шарады я испытывал одинаковые чувства: подъем и возбуждение, невероятную «удачливость» и везение. Вместе с тем у меня было сильное чувство, что я справедливо заслужил все это, я *знал*, что кусочки шарады *должны* сойтись. Я делился своими «находками» с Джун и коллегами, демонстрируя последним на сеансах с пациентами, как эти «кусочки сходятся». Мы подолгу все это обсуждали и спорили до изнеможения. А затем снова шли в комнату для бесед, нашу лабораторию", и проверяли

свои предположения на возможно большем количестве пациентов, на группах, семьях и отдельных больных, проверяли до тех пор, пока я не приходил к уверенности, что все кусочки идеально сходятся, что данная версия верна для многих клинических случаев.

Реакция на мои открытия у коллег была неоднозначными. Одни поощряли и поддерживали меня, другие вежливо интересовались и недоумевали, третьи разделяли мои восторги. Четвертые же справедливо возмущались моими догматическими предположениями и заявками на «правду». Джек Теплинский, молодой психиатр из группы Роджерса, однажды спросил меня раздраженным тоном, когда же я, наконец, покажу хоть чуточку профессиональной скромности. На что я возразил: «Еще не могу себе позволить. Если бы мне было 60 лет, мои книги были бы переведены на энное количество языков, и я бы был удостоен такими же почестями, как Карл, тогда и я смог бы быть мягким, спокойным и сдержанным научным работником.» Он рассмеялся и дружески заметил: «Когда тебе будет 60, Фрэнк, ты ко всему будешь относиться с пониманием». Тогда я понял, что получаю пожалуй, больше уроков от людей, которые не согласны со мной (поскольку они провоцируют и стимулируют мысль), чем от моих единомышленников. Я почувствовал себя на «правильном пути», что собираю крупинки настоящего опыта, что шарада медленно, но верно сходится и складывается то, что мы называем сегодня "Провокационной Терапией"

Начала Провокационной Терапии

В июле 1963 года я еще принимал участие в проекте Карла Роджерса (при больнице Мендота) по лечению хронических шизофреников. На 91-м сеансе с пациентом, назовем его Б, я «натолкнулся» на что-то, что еще окончательно не выкристаллизовалось, но осело в моем сознании. В то время я еще четко не сформулировал основной предмет моих поисков, возможно потому что был связан задачей проекта. Однако я чувствовал, что-то удерживает меня от метода клиент – центрированной терапии при лечении этого больного. Я вразумительно изложил ему три основных установки: 1) ты стоящий и нужный 2) ты можешь вылечиться, 3) вся твоя жизнь изменится.

Он в свою очередь, настойчиво внушал мне свои установки: 1) я никчемный 2) я безнадежен и никогда не выйду отсюда, 3) моя жизнь всегда будет сплошным психическим эпизодом и пребыванием в клинике. Было ясно, что методы эмпатического понимания, внушения, ласкового обращения и конгруэнтности с этим пациентом были недостаточны и ни к чему бы не привели. Тогда я все «отбросил» и заявил ему: «О'кей, я согласен. Ты безнадежен. А теперь давай начинать этот 91-й сеанс. Попробуем согласиться с тобой и со всем, что ты думаешь о себе».

Почти через минуту он начал протестовать, заявлять о том, что он не *такой* безнадежный. Начала действовать легко наблюдаемая и измеряемая внутренняя терапия (in-therapy). Его речь, например, заметно ускорилась, голосовые характеристики от низких, медленных и монотонно-сонных перешли к более нормальным тонам, заметным сразу. Его самоконтроль ослабел, разговор стал более непосредственным с заметным выражением юмора, смущения и раздражения. С очень смущенным видом он говорил о своем «регрессе» (любимое слово его лексикона), но чувствовал, что я могу помочь ему. Я отозвался: «Помочь? Проклятье, я начал лечить тебя полтора года назад в закрытой палате, потом тебя перевели в открытую, а после совсем выписали. Сейчас ты снова здесь, в закрытой палате. Если бы я мог тебе помочь, если бы ты мог вылечиться, но ты двигаешься со скоростью черепахи, застрявшей в бетоне».

Он покраснел и выкрикнул, что я не должен ожидать слишком многого: «Может, мне надо провести здесь 2 или 3 года, прежде, чем я смогу выйти.» Сердце у меня замерло, но сдержался и спокойно заметил: «Да, теперь я вижу, как медленно мы продвигаемся к 91-му сеансу. Ты будешь больше „регрессировать“, как и утверждаешь, до тех пор, пока я кормлю тебя из рожка, как младенца». Затем притворным тоном добавил: «Ну, давай, Билли, поешь еще кашки». Сначала он побагровел, а потом расхохотался. Я же продолжал: «Возможно, у

тебя расстройство желудка, ты не умеешь проситься на горшок (он еще более покраснел), и мне надо сменить тебе пеленки. Но их надо сделать из целой простыни, потому что у тебя такой толстый зад, что пока кончиться время нашего 91-го сеанса, у нас будет целая история болезни». Больной смешался, а потом осторожно спросил: "Что вы имеете ввиду?" «Черт побери, Билл, если ты будешь продолжать эту игру в „регресс“, ты будешь первым новорожденным в мире, у кого растут волосы на лобке».

Далее я стал говорить, что он, вероятно, прав и что проведет остаток дней в лечебнице. Через 6 сеансов он попросился на выписку. Когда он вернулся в больницу год спустя, я немедленно отправился к нему, с распростертыми объятиями вошел к нему в палату и громко закричал, что мое пророчество сбылось: «Называй меня Фрэнк Исайя Фаррелли!» Через две недели он улетучился и никогда не возвращался в клинику.

Именно после 93-го сеанса с Биллом я вдруг увидел, что кусочки клинической головоломки стали сходиться. Я бы твердо убежден, что нахожусь на пороге открытия, как думал тогда и продолжаю думать сейчас, открытия взаимодействия «если-тогда» между врачом и пациентом. (См главу Предположения и Гипотезы). Я обрел себя в это взаимодействие и целиком был открыт и свободен для помощи больным.

Случай отвратительной домохозяйки

После сеанса с Биллом я заинтересовался возможностью использовать такой подход при первой беседе с новым пациентом. Коллеги, с которыми я в то время советовался, соглашались только с тем, что мне удалось применить такой подход с Биллом, возможно, из-за его переживания «неожиданного периода ремиссии», либо из-за того, что «латентное взаимодействие наконец начало проявлять себя.» Меня такие заявления не удовлетворили, и поэтому я решил доказать, что смогу сделать нечто подобное с совершенно новым клиентом.

Как раз в это время меня попросили дать консультацию в отделе соцобеспечения нашего округа по случаю одной молодой замужней домохозяйки, убежденной, что ей нужна госпитализация. Она не переставала твердить: «Меня нужно запереть в психушке, а ключ выбросить». Персонал пребывал в недоумении, поскольку в остальном она вела себя нормально, как жена, домохозяйка и мать. Мне показалось, что представляется великолепная возможность испытать мой метод с амбулаторной больной, и я согласился встретиться с ней. Тщательно убрав окурки из пепельницы, разделяющей нас за столом, я беседовал с ней примерно час. Трудно было сохранять серьезное выражение лица, скрывать удивление, глотать смех, лгать и соглашаться со всеми ее явно негативными оценками самой себя.

Слушая ее, не мог отделаться от чувства униженности и конфронтации к ней и в конце беседы спросил, не может ли она уделить мне пять минут своего времени, чтобы я мог выяснить, как она относится ко мне и каково ее отношение ко мне, как к консультанту. Задал я этот вопрос, потому что считаю важным отношение к себе собеседника, чувства самого клиента ко мне, поскольку от этого зависят его после дующие действия в процессе лечения. Именно поэтому я расспрашивал ее, и ее ответ мне никогда не забыть: «Вы – самый понимающий из всех людей, с кем мне приходилось встречаться. Только вы понимаете, как тяжело я больна и как я отвратительна». В первую минуту я даже не понял, что она всецело верит моим словам, сам-то я не верил и одной десятой того, что ей наговорил за время беседы.

В годы после случаев с «распущенной девственницей», «сеанса на лестнице» и «опасного психопата» я старался демонстрировать пациентам искренность участия и внимание, т.е. то, что я называл терапией «эмоциональной честности». Это часто помогало больным, хотя некоторые и говорили, что это «слишком хорошо, чтобы быть правдой», или «вас специально учили так обращаться с нами, Фрэнк», или же «вам платят за заботу о нас», или «вы ко всем так относитесь».

Так же, как и с Биллом, с этой больной я избрал тактику «мрачного» отношения к ней и даже пошел дальше, согласившись, что она действительно права в том, что такая «отврати-

тельная». Ей, возможно, трудно поверить словам мужа о любви и привязанности. Неожиданным результатом моего честного отношения к пациентам было доверие, а результатом «лживого» – вера. Поистине, титаническая работа – это сумасшествие, мир шиворот-навыворот, страна чудес Алисы.

Я был просто заинтригован открывающимися возможностями моего нового подхода. Вечером дома я мерил к комнату шагами и все время повторял Джун: «Теперь я знаю, что чувствовал Колумб, когда открыл Америку». Я сравнивал разные подходы к лечению клиентов и противопоставлял их, обдумывал, как начать новые беседы и сеансы был уверен в победе. Она была сладка и превышала заплаченные цены: слезы, потуги, рвоту, бессонницу, усталость и перерабатывание.

С тех пор я начал экспериментировать с группами, семьями и целыми палатами больных, создавая из них «группы мышления» (group think). У пациентов были различные диагнозы (шизофреническая реакция, психоневротическая реакция и психопатия); здесь были госпитализированные и амбулаторные больные от дошкольников до престарелых. Спустя 4 месяца, после 91-го сеанса с Биллом, я стал применять этот метод и в частной практике. Я видел, как мои клиенты уходят, обвиняя меня в небрежном отношении, и бормочут сквозь стиснутые зубы: «Какого черта я должен здесь торчать и выслушивать ваши оскорбления, когда я могу пойти домой и выслушать это от своей собственной жены (мужа, супруга). Да и платить не надо будет». Ожидания мои не сбывались, причины чего будут описаны в главе 4.

С накоплением опыта применения нового метода становилось ясно, что одной моей личности, как терапевта, недостаточно, важна была также техника и методическая разработка этого подхода. В литературе по психиатрии приводились описания решающих сеансов, в которых терапевты находили свои индивидуальные техники, даже теоретические системы. Например, Фрейд «натолкнулся» на технику «трубочиста», когда он работал с истериками; Альберт Эллис рассказывает об одном сеансе, во время которого он открыл рационально-эмотивную психотерапию; Карл Рождерс (1961) в своих записках «Это я» рассказывает о решающей беседе с матерью невыпеченного больного и, наконец, у меня был 91-й сеанс с Биллом. Как прекрасно писал Блангард в 1970 году: "В ученном мире существует практика заявлять о новой теории, как будто она медленно и неизбежно возникала из аналитического накопления фактов. Ученого рисуют, как с трудом бредущего к своему методу, суммирующего разрозненные результаты экспериментов и близоруко их рассматривающего, пока он не наткнется на порог теории. Фактически гораздо чаще теория вдруг выплывает в представлении ученого, как дикая догадка или предположение, и он тратит большую часть своего времени на поиски подтверждающих ее фактов.

Здесь нужно выделить две мысли: (1) новые системы в психотерапии не всегда формулируются терапевтами в отрыве от опыта, приобретенного в психотерапевтическом процессе. В резком противоречии с мифическим поведением ученого, который предположительно сидит в своей башне из слоновой кости и планирует предположения человеческого поведения, а затем дедуктивным методом отделяет, какое поведение является терапевтическим, я опытным путем пришел к выводу, что терапевтические системы развиваются индуктивно, путем накопления опыта, при этом терапевту приходится буквально сражаться за извлечение какого-нибудь смысла из всех случаев. (2) Терапевты, а не открыватели терапевтических систем могут и эффективно используют эти системы в своей практике с клиентами, хотя они как бы накладывают свою индивидуальную печать при работе с больными.

Называем дитя

В моих попытках сформулировать новый подход к лечению больных большую помощь оказал Рэнди Паркер, занявший в 1966 году пост председателя реабилитационной комиссии. Он помог мне собрать воедино отдельные факты из моей огромной фонотеки записей бесед с пациентами. Он и заставил меня задуматься о названии новой терапии: «Если ты дашь ей

название, тогда она обретет собственную жизнь. Это – твое дитя, Фрэнк, а каждому ребенку нужно имя». Мы начали придумывать разные названия, составили целый список таких названий, как терапия протеста, терапия смешки, подстрекательства, юмора и т.д. В конечном счете мы начали обалдевать и пополнили список такими названиями, как отвратительная терапия, терапия греха, атаки и т. Ни одно из них не устраивало нас, казалось недостаточно.

Вскоре Арн Людвиг предложил мне назвать мою систему. Я откровенно сознался, что мы уже пытались, но безуспешно. На следующий день, когда мы с Рэнди работали Арн пришел ко мне в комнату и возбужденно заявил, что нашел название – «Провокационная терапия». Мы сказали, что уже думали об этом названии, но отвергли его. Я прибавил: "Мне оно не понравилось. Люди решат, что оно подразумевает *сексуальную* провокацию, и что мы только этим и думаем". На это Арн возразил, "Черт возьми, о чем тут много говорить, вот название в точку!". Я тоже видел, что оно подходит, поскольку задача терапевта – спровоцировать у клиента определенные реакции, но все-таки продолжал сопротивляться. Арн убедительно доказывал, что одна лечебная техника, цель или философия не могут полностью быть выражены двумя – тремя словами названия. Когда Рэнди согласился с Арном, я перестал сопротивляться. Провокационная терапия. Дитя обрело имя.

Глава 2 ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ И ГИПОТЕЗЫ

Однажды президент Кеннеди спросил своего советника по науке, почему ученые (предполагается, что «все знают») весьма часто приходят к совершенно разным заключениям по одной и той же проблеме или явлению. Ответом было то, что ученые могут изучать одно явление, они могут подходить к нему с разными предположениями. Именно по этой причине журналисты и конгрессмены в тиши обдумывают репортаж или выступление в соответствии со своими пристрастиями и ценностями.

Данные примеры также проходят долгий путь, прежде объяснить, почему терапевты, имея дело в основном с одинаковым типом человеческого поведения, прибегают к совершенно разным подходам. Это происходит вследствие того, что они обладают разным набором предположений о веке, обществе, средствах языка и поведения. Харпер (1951) описал 36 таких терапевтических систем, причем имела хотя бы незначительную разницу в предположениях. Так, различные терапевты «видят», организуют и реагируют на клинические данные своих пациентов совершенно различным образом. Например, те терапевты, на которых большое впечатление производит хрупкость и незащищенность пациента, скорее обратятся к «благословенной постепенности» при лечении. С другой стороны, те, кто поддаются впечатлению, производимому внутренней силой и мощью человека, захотят скорейшей мобилизации всех ресурсов – и его самого, и окружения.

При окончательном анализе всегда создается путаница из конфликтующих друг с другом теорий при оценке человеческого поведения, его мотивации и смысла жизни. Провокационная терапия не придерживается однозначно какой-либо из этих теорий. Дело в том, что не существует и не может существовать обобщенной теории человеческого поведения. Мы также осознаем тот факт, что все наши предположения провокационной терапии не могут быть объединены в рамках какой-либо версии, претендующей на определенную теорию. Мы допускаем, что при общении одного человека с другим, он волей-неволей должен выработать какие-то предположения общения с ним. Человек не может не делать предположений, приступая к работе. Каким образом он их делает, другой вопрос. В любом случае, мы стараемся сейчас изложить свои предпосылки так, как понимаем их в настоящий момент. Полагаем, что наши предпосылки влияют на понимание и организацию клинических данных, на отношение терапевта к больному и желательную реакцию, которую он хотел бы вызвать у больного.

Ответная реакция на провокационный вызов

Есть много способов и путей как люди адаптируют, познают окружающий мир и выздоравливают. Одним важных путей является провокационный вызов больному, от которого он не сможет уклониться. А если вызвать еще и конструктивный гнев на себя, выздоровление наступит быстрее. Конструктивный гнев на себя (не без помощи терапевта) является мощной мотивацией для выздоровления. Основная задача терапевта – бросить вызов больному, конечно в разумных пределах (этот вопрос обсуждается на собрании врачей), чтобы спровоцировать его на новый вид поведения, реакция «борись» с проблемами, а не «избегай» их наиболее предпочтительна в таких случаях. Поэтому с первых встреч с пациентом очень важным становится вопрос, какого уровня можно доводить реакцию пациента на вызов.

Мы пытаемся в своем лечении спровоцировать у пациента определенный тип гнева на себя. Многие люди сердятся на себя, совершают самоубийства или делают менее угрожающие, но не менее неподдающиеся разуму поступки; такого гнева на самого себя мы не допускаем. Мы стремимся вызвать гнев, который можно в целом охарактеризовать, как «Достаточно, хватит!», или «Так я дальше не могу!», или «Хватит, сыт по горло своими действиями, я должен изменить свою жизнь». Подобное раздражение приводит пациента к желанию «взяться за ум». В беседе студент колледжа заявил мне: «Вы пытаетесь как-то абстрагировать мои мысли. Это же смешно! Я должен вылечиться, ничего больше!» Думается, что это самая обычная и желаемая реакция, которую должен вызывать терапевт.

Многие врачи стараются удерживать пациента в ровном, спокойном состоянии, используя для этого ровный, хорошо модулированный тон речи. В провокационной терапии мы, в определенном смысле, стремимся к обратному, то есть мы стремимся создать предпосылки, при которых больной не может избежать острых реакций, он вынужден воспринимать навязываемое ему чувство и реагировать на него. Один из коллег (Дик Россман) после наблюдения за сеансом провокационной терапии сказал мне: "Вы преувеличиваете разнообразие причин и условий, при которых срабатывает провокационная терапия. Знаете, после услышанного у меня создается впечатление, что, по крайней мере с несколькими пациентами можно было обойтись менее жестко. Вы добиваетесь своего, потому что у вас чертовски громкий голос, Фрэнк".

Суммируя сказанное, можно сделать вывод, если провокационный вызов предлагается в разумных пределах, пациент вынужден отвечать на него, и тем самым побуждается к позитивному психосоциальному поведению. Так показывает наш опыт работы с больными. Если при этом провоцирует дополнительно самораздражение пациента, это неизбежно ведет к его решению как можно скорее исцелиться.

Больные могут вылечиться, если захотят этого

Мы допускаем, что больные не вылечиваются, если у них не *сформировалось желание* этого, и что больные вылечиваются, если они захотят этого. Каждый человек отвечает за свои чувства и поведение, он может их изменить (о формировании восприятий и чувств речь будет впереди) по выбору или по желанию – если захочет. В настоящее время в философии и психологии понятие желания не пользуется большой практикой, мы тоже не намерены избыточно и волюнтаристски толковать его. Мы также не хотим сказать, что все подвластно «силе воли». Тем не менее в психотерапии идея желания до сих пор является существенным понятием, поскольку на практике людям, осознающим свое место в жизни и желающим вылечиться, просто необходимо понимать это. Большинство наших клиентов смогут излечить радикальным образом, если они захотят этого.

Большинство терапевтов, подводя психологическую основу, искали возможность избавить своих пациентов от избыточного, ненужного, на их взгляд, чувства вины. Делалось это ценой подавления личности, когда заявлялось, что человек не свободен, что он – жертва. Когда больному упорно внушалась эта мысль, к сожалению, он воспринимал ее декодируя, как отчаяние: «Тут не поможешь», или «Если не смог помочь себе в прошлом, не сможешь и в

будущем. Нечего обвинять себя, ведь ты беспомощен».

Т: (Устало) Ух, начнем. Что, что, ты думаешь, отличает тебя от других людей? Ведь нельзя отрицать, что ты не такая, как другие. Скажи, твои сестры шесть раз лежали в больнице?

К: (После паузы) Нет.

Т: (Быстро) Почему нет? А ты лежала в больнице?

К: (Автоматически) Мой брат лежал.

Т: (Настойчиво) Сколько раз он лежал?

К: (Спокойно) Не считала, но немного.

Т: («Объясняя») О, да! Может быть, ты похожа на брата, а сестры не похожи на вас... и вы с братом... наверное, слабая половина семьи, а они – сильная.

К: (Соглашаясь): Ну, они уже не были маленькими, когда заболела мама (душевной болезнью).

Т: («Поддерживая» ее) Видишь, что мы имеем. Я так и знал! Если только поискать... К. (Продолжая) И что, я...

Т: (Не слушая ее) Это твоя мать испортила тебе жизнь! Она не совсем здорова, и твои дети могут быть не совсем здоровы. Понимаешь, что я имею ввиду? Психологический детерминизм... Как на картах, все было предопределено.

К: (Подавленно) О-о-о...

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

К: (Чугь веселее) Это... ужасно слышать.

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

К: (Протестующе) Ну, я думала...

Т: (Со значением) Ну и?

К: (Протестующе) Но я, я, вы ведь согласны, что...

Т: (Перебивая) Я бы не сказал.

К: (С протестом) Я не так здорова, как вы, и у меня эти... упаднические, плохие мысли...

Т: (С силой) Так!

К: (Безжизненно) Но у меня есть надежда, мистер Фаррелли?

Т: (Смеясь) Ты можешь думать об этом, но я тебе этого не говорил, хорошо? Так о чем будем говорить?

К: (Озадаченно) Хм-м?

Т: (Быстро объясняя) Ты говоришь, я говорю... послушай, ты думала обо всей этой чепухе, но не хочешь, чтобы я говорил об этом вслух. Чего же ты хочешь?

К: (Чуть заинтересованно) Не люблю, когда вы соглашаетесь со мной.

Т: (Перебивая) В чем?

К: (Закончив) Что нет надежды.

Кроме психотерапевтов немногие люди понимают, что человек не отвечает за то, что совершает, он не выбирает поведение, он пассивен. И даже эти терапевты, когда они находятся не на работе, в каждодневном общении с людьми не всегда помнят это. У разумного человека много возможностей организовать в группы, однако нет ни одной группы, которая не учитывала бы интересов своих членов, которые, в свою очередь, определяют выбор, ответственность и сознание того, что они – члены группы, общества.

Терапевт призван помочь пациенту в соблюдении *прав* и всего необходимого. Помощь должна быть всем иной, даже если он ограничивается терапевтическим общением с глазу на глаз с пациентом. Однако часто даже в этом случае помощь терапевта бывает односторонней, когда он оставляет больного один на один с реальностью. Как только терапевт начинает семейную терапию или групповую, чего никогда делал Фрейд (Ср.: Статья Броди от 1970 г. об ограниченных и уклончивых описаниях истории болезни Фрейдом) перед ним сразу встает проблема прав и нужд других людей.

Никогда не существовало группы людей, где бы права предоставлялись без каких-либо

обязательств. Однако, очень часто пациенты думают сначала о своих нуждах, а об обязательствах в последнюю очередь. Терапевт же, занимающийся провокационной терапией сразу скажет: "Послушай Шалтай-болтай, я знаю, это не в твоём стиле, но говорили тебе когда-нибудь, что время от времени тебе придется считаться с нуждами других *во-первых*, *во-вторых* и *в-третьих*, а уж потом они станут считаться с твоими".

Когда речь заходит об извечной проблеме детерминизма свободной воли, терапевты провокационной терапии встают на позицию рационального подхода, поскольку считают, что ответственность людей за свои поступки придает им достоинство и надежду: "Ты можешь быть виновным, но имеешь право выбора и можешь вылечиться, твоя жизнь станет другой. Ты не беспомощный слепец, полная жертва «БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО» (психологически изысканный термин 20-го века для слова «дьявол»). Пока мы смеемся над наивной, ставшей классической комедией Флипа Вильсо «Черт заставил меня сделать это», врачам смиренно приходится кивать и соглашаться с пациентами, когда они заявляют: «Дьявол внутри меня заставил сделать это».

Несколько слов о вине, стыде и страхе. Страх переживается, как «Я сделал что-то ужасное и теперь боюсь, что вы накажете меня». Стыд – «Я сделал плохое и боюсь вашего неодобрения.» Вина – «Что я наделал, об этом сожалею, ведь я хочу быть совсем не таким.» В моем опыте клиенты, в своем большинстве, переживали страх и стыд, но не вину. Единственным механизмом психологической защиты являются установки: «Это не я. Это или МАТЬ, или ОТЕЦ, или ОБЩЕСТВО». Или же «Я не делал этого», либо иная версия отрицания в попытке спрятать лицо и избежать стыда. А ведь каждое отрицание – это тоже выбор. (Представляет интерес тот факт, что основная масса клинической литературы о взаимоотношениях мать-дитя написана теоретиками-мужчинами, при этом не без основания матерей обвинили, что по их вине чаще всего происходят функциональные расстройства в поведении больных).

Если клиент твердо намерен вылечиться, то терапевт рано или поздно и независимо от того, какой теории он придерживается, должен будет внушить больному: «Хватит валять дурака, включай скорость». Некоторые терапевты пытаются сделать это деликатно, но в конце концов все же вынуждены сказать: «Думаю, мы обсудили это на сто рядов, этого твоего дьявола, что сидит у тебя внутри. Настало время тебе самому использовать то, чему научился».

Даже последователи и ученики Б.Ф.Скиннера вынуждены полагаться на выбор и волеизъявление, несмотря на противоположные заявления Скиннера (О свободе и достоинстве, 1971). Возьмем такой пример. Если пациент систематически не посещает собраний и оправдывается, что «какая-то сопротивляющаяся сила не пустила меня», ему приходится выбирать: либо освободиться от этой силы непредвиденных обстоятельств, либо прекратить лечение.

Если клиент не перестает твердить, что он «ничего не может поделать», мы его запираем в лечебницу для душевнобольных или в тюрьму, либо же общество подвергает остракизму. Его не выпустят из тюрьмы или будут лечить как несостоятельного чокнутого до тех пор, пока он сможет что-то сделать. И опять, некоторые терапевты рассуждают на этот счет, но общество просто наводит рядок: «Если не можешь платить, убирайся!»

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

1. Я НЕ ФУНКЦИОНИрую
2. ПОТОМУ ЧТО
3. Я НЕ МОГУ
4. Я НЕ ХОЧУ

Клиент подчеркивает «Я не могу». Терапевт уверен, что клиент не хочет, весело с ним соглашается и в попытке вызвать его на действие, реакцию делает "мрачные сообщения психологического детерминизма, этим он хочет заставить признать клиента, что тот просто не желает. Если же клиент признает 1 на таблице, он хочет объяснить свое поведение для себя, понять его, найти причину «почему» 2, что неизбежно приведет его к 3. В этом случае задача терапевта подвести клиента к тому, чтобы он признал 4 с тем, чтобы затем он мог иметь вы-

бор и, следовательно, свободен. Никто не даст ему свободу, кроме него самого.

Уверенность и знание, что мы отягощены наследственностью (окружающая среда все-таки не дает нам наших гениталий), уверенность, что есть большой выбор детерминант поведения человека – экономических, социальных, психологических и культурных, что риск представляется нам правым делом – все это учитывается в провокационной терапии, тем не менее, исходная посылка опирается на то, что клиент сам отвечает за свое поведение. Одно из самых трудных допущений для любого человека можно иллюстрировать примером «Я сделал это маленьким топориком». Признать, ответственность за свое поведение и не взваливать ее на других людей, «систему» в целом – очень трудная, но необходимая задача. Многим людям кажется наивным и лишеным оснований предположение о том, что люди испытывают трудности, потому что сами захотели этого, но мы делаем такое допущение с лечебной целью и стремлением изменить восприятие, отношение и, наконец, поведение больного. «Правомерно» это или нет, доказывает наш клинический опыт, который подтверждает, что это – самая действенная, функциональная предпосылка для возбуждения у больного стремления выздороветь и актуализировать все свои потенциальные возможности.

У клиента гораздо больше потенциальных возможностей адаптироваться в жизни, чем он сам и большинство клиницистов думают «Мрачные» прогностические установки в отношении недостатка способностей или возможностей клиента слишком суровы в клинической области и являются, возможно, скорее субъективной реакцией терапевта на беспомощность и безнадежность в целом, чем любая объективная установка на клиента. Терапевты, как и большинство людей, не любят признавать свои неудачи, и очень часто они не могут избежать искушения и простое чувство неадекватности превращается для них в научный факт, который можно применить к больному: «Мне не удалось, значит, ты безнадежен» или «Если я не помог тебе, не сможет никто». Многие из нас, кто проработал какое-то время в социальной сфере, могут припомнить какого-нибудь уважаемого, интеллигентного, хорошо обученного врача с большим опытом, который сделал или предполагал сделать заключение: «Этого человека не вылечить». И вот приходит какой-нибудь студент или новичок, который не знает об этом, и помогает человеку вылечиться. Думается, это явление лучше всего можно объяснить следующим образом: прогностические утверждения становятся самоисполняющимися пророчествами. В конце концов, кто захочет работать с клиентом, у которого, как выясняется, «безнадежный прогноз»?

Возможно, для нас, профессионалов, это прозвучит несколько унижительно, но мы должны признать, что в случаях, когда мы не способны помочь клиенту, это может сделать другой, даже новичок в нашем деле. Однажды я давал консультацию по трудному случаю в подростковой палате пациентке было 17 лет, из них 10 лет она была госпитализирована и имела ворох других проблем. Одна из ассистенток воскликнула: «Ну, если Фрэнк Фаррелли не сможет ее вылечить, значит, никто не вылечит». Я возразил: "О, нет. Я не сказал бы так". Хотя я поблагодарил ее за дружескую поддержку, все-таки сказал, что ни одного из терапевтов нельзя отнести к категории исцелителей любого больного. Только научное исследование может со временем определить, почему так происходит. Если верить высказыванию «пища для одного человека, но яд для другого», тогда в результате наших опытов, можно заключить, что «возмездие, судьба для одного человека – возможность для другого», хорошо что это так для наших клиентов. Молодым терапевтам это придает надежду и побуждает их к наступлению там, где «эксперты» пасуют.

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

Большинство больных разгуливают с наклеенными на них ярлыками «Осторожно, хрупкое стекло!» К сожалению, слишком часто наши клиницисты верят этим ярлыкам и соответственно реагируют: «Руками не трогать». Часто можно слышать: «Она еще не готова к

этому» или «Было бы ужасно предположить». Многие педагоги и врачи, читающие лекции и проводящие семинары по детской психиатрии, часто не могут сдержаться, чтобы не поразить слушателей рассказами о том, какие случаи бывают с детьми во время их роста. Под впечатлением от психопатологических фактов они недоумевают: «Удивительно, как это еще люди вырастают наполовину здоровыми!» Такое обучение предписывает начинающему врачу уделять внимание изучению предпосылок для лечения того или иного пациента, его силы и здоровья, психопатологии и отклонения в социальном общении. Терапевт провокационного лечения, пародируя традиционный подход в попытке спровоцировать проявление положительного хорошего в пациенте, иногда излишне переоценивает его отклонения.

Было бы намного уместнее для терапевта всегда помнить о том, что пациент действует самым худшим образом, на что он способен (Например, Якобсон и др., 1965, подтверждают, что 75% их клиентов находились в состоянии экстренного кризиса, когда их начали лечить). Если же терапевт будет ориентироваться только на переоцененные, завышенные отклонения (т.е. дисфункциональное, кризисное поведение), он получит искаженную картину состояния клиента. Разумеется, нужно учитывать психологические и физические пределы больных, но в целом мы должны относиться к ним более требовательно; в большинстве своем они ведут себя так, как от них ожидают и отнюдь не являются хрупким дрезденским фарфором.

Клиент излечим независимо от сложности его состояния

В клиниках принято считать: каким образом предскажет больничный персонал исход заболевания пациента, таким он и будет. Если персонал ожидает выздоровления больного, последний стремится к исцелению, если же персонал предскажет, что ничего с пациентом не произойдет, так и случается. Почему это так? Ответ найти нетрудно: обычно персонал руководствуется точными предпосылками на основе системы убеждений. Если они поверят и будут ждать, что больной выздоровеет, они будут использовать все доступные им средства и сдерживать его негативные проявления.

Такое предположение отнюдь не поверие или байка, а часто встречающийся клинический факт. У нас много примеров такого типа, что доказывает основательность нашего предположения. Нет нужды говорить, что псевдонаучный и непродуманный ярлык «спонтанная ремиссия» не объясняет значительных изменений в поведении больного, считавшегося ранее «хроническим». Кажется удивительным, что такие случаи еще не получили детального изучения. Мы занимаемся изучением процесса заболевания, каким образом больной становится социально небезопасным (социальные отклонения), но не изучаем «безнадежные» случаи, где пациенты требуют таких усилий врачей, какие он потратил бы на копание вечной мерзлоты простой чайной ложкой. Думается, пациенты проходят через определенный процесс, заметной фазой которого является выбор пациентом пути на исцеление.

Опыт взрослой жизни так же, если не более важен, чем опыт детства, для формирования у клиента системы ценностей, установок и поведения

Е.Е. Ле Мастере, бывший декан школы социальной помощи при университете Висконсин (Общение Личности 1966), отмечал, что в противовес преобладающей в сельской местности еще несколько поколений назад идеи семьи, семейственности, современные родители являются для своих детей скорее опекунами, чем созидателями и воспитателями характера и личности ребенка. Доступное общение с равными себе, средства массовой информации, ценности нашего реалистического общества, система поощрения и собственный выбор – вот что формирует ребенка во взрослого человека не менее, чем влияние мамы и папы. Далее Ле Мастере (1970) пишет: «Окружение сравнялось по своей значимости с влиянием родителей. Одно дело предположить, что личность – результат общественных отношений и культурной среды, но совсем другое дело предположить, что общественный мир ребенка – результат взаимоотношений с родителями. Верно, что в раннем возрасте окружающий мир воспринимается только через семью, но, как говорил Клин, существуют силы, такие, как юношеские

группы, родственные связи и средства массовой информации. Родительское влияние не является синонимом семейному влиянию, не говоря уже о социальном окружении. Конечный результат такого взгляда на проблему – связать отца и мать полной ответственностью за формирование личности их ребенка». Возможно, психологи не достаточно строго указывали родителям на их вину и этим позволяли клиентам также уходить от ответственности.

Кинси (1948) также отмечал переоценивание раннего опыта, как детерминанты взрослого поведения: «Познание и приспособляемость к жизни, конечно, являются каждодневным опытом человека. К ним можно присовокупить первый опыт, более яркие впечатления и самые последние впечатления, которые могут оказать максимальный эффект (влияние) на последующее поведение человека. Фрейд, психиатры и психологи в целом делали упор на важность опыта человека, но не следует забывать, что человек познает и приобщается к новым видам ситуаций в течение своей жизни. Будет неправильно умалять важность всего этого за исключением детского опыта для развития взрослых паттернов поведения».

Мы часто поддаемся совершенно нереальному чувству ожидания чего-то важного от родителей, особенно от матерей. В этой связи хочется сделать несколько замечаний касательно родительской ответственности. Отметим: если ученый в роли ученого должен вырастить ребенка, он сдастся. Существует огромное количество возможностей, которые нельзя контролировать и предвидеть. Даже между здоровыми и людьми общение бывает не всегда ровным и ясным. Каким же представляется общение родителя и ребенка, у которых совершенно различный жизненный опыт, различные потребности и умение общаться? У них даже набор ожиданий различен. Все люди, даже государственные деятели и ученые, не могут утверждать что-то определенно при недостаточных данных (возможно, это основной человеческий недостаток). А дети в дополнение к тому, что им приходится делать выводы на основе малого опыта, тяготеют, как и взрослые, делать негарантированные и слишком общие заключения. Естественно, они начинают вести себя в соответствии с тремя типами заключений:

- 1) заключения, основанные на неправильных примерах,
- 2) ничем не оправданные заключения, выведенные из искаженного восприятия этих правильных примеров,
- 3) супергенерализация на основе, как неправильных примеров, так и нарушенного восприятия. (Пример: «Мама не дала мне бутерброд, она больше не любит меня. Я, наверное, никчемная»).

Посредники оказываются бессильными, если не могут выразиться обычным языком, использовать обычные средства коммуникации. А мы в таких сложных ситуациях задаем родителям трудную задачу. Подавляющее большинство родителей имеют благие намерения и хотят своим детям только добра. Но при личных неприятностях и нежелательных враждебных обстоятельствах, когда обычно и идет оценка отношений, они (ребенок и родитель) застигнуты в самый неприятный момент.

Некоторые авторы пишут о «нездоровых» сигналах, которые родители передают своим детям. Мы считаем, что родители посылают миллионы сигналов своим детям. Эти сигналы в *большинстве* определяются поведением детей. Одновременно с этим ребенок отбирает, что ему воспринимать и на что реагировать, а уже во взрослом возрасте он опять отбирает те сигналы, реакцию на которые он хочет продолжить. Мой отец – ирландец очень ярко выразил отношение к своим двенадцати детям, как, впрочем, выразили бы многие родители: «Я бы не взял миллион ни за одно из них, но не отдал бы и гроша за чужого». Ребенком я оценил обе части этого мудрого высказывания. Когда я сам стал отцом, я уже смог осознать всю мудрость этого изречения, понять тот опыт родителя, на который он опирался.

Рассуждая о матерях, мы можем с долей остроумия сообщить, что от них следует ожидать только зачатия, вынашивания и рождения ребенка, присмотра за вскармливанием и совершением туалета, обучения его правильно пользоваться столовыми приборами в соответствии с родной культурной средой, обучения его вести умные разговоры, чтобы достигнуть желаемого, и присмотра, как бы не сломались его косточки при определенных жизненных

обстоятельствах. Если бы ребенок был эскимосом, мать должна была бы внушать ему еще один жизненный урок: «Не ешь желтый снег». В заключение можно подчеркнуть, что взрослые люди обладают большим жизненным опытом, из которого можно делать обобщения, и большим потенциалом для менее эгоцентрического отношения к миру. Если терапевту удастся пробиться к пациенту и использовать все его концептуальные, позиционные и эмоциональные умения, которыми обладают взрослые, тогда вероятность выздоровления резко возрастает.

Поведение клиента с терапевтом – точное отражение его привычных паттернов общественного и межличностного общения

Это прочный принцип микрокосма групповой терапии, и он во многом влияет и определяет ход лечения. Терапевт провокационной терапии помогает созданию социального микрокосма несколькими путями: 1) частым доведением до сведения клиента оценок врача уважаемыми людьми, 2) обыгрыванием ситуаций, в которых юмористически показываются негативные последствия отрицательного поведения отношения клиента к общественной жизни, 3) отсылкой клиента к тем нормам поведения, которые ему известны с матриц его общественных взаимоотношений. (Плевать, что ты думаешь о себе, Балда. Важно, что другие думают о тебе. Вот что важнее всего. У меня есть целый набор мнений для тебя, но... Если бы я был на твоем месте, я бы старался избежать этого, потому что если бы ты знал, что люди *действительно* думают о тебе, ты бы впал в такую депрессию, из которой уже не выбрался бы).

В ответ на эти сильные стимулы клиент начинает применять ряд защитных маневров, которые он привычно использует в жизни. Он начинает демонстрировать свою «самую лучшую технику» (т.е. часто используемую, но не адекватную), которую только может показать эмоционально перегруженный человек. На сеансах их общественная функция раскрывается довольно быстро, а терапевт выбирает определенные защитные стратегии клиента, на которых фокусирует свое внимание.

Клиенты приходят на сеанс со своим стереотипным мышлением, но после значительного заряда новой информации и доведения до кондиции, они начинают обобщать свои эмоциональные познания и вести себя соответственно ситуации. Один из коллег однажды выразился «Если она научится ладить с тобой, то наверняка научится и сможет поладить с мужем и семьей!» Мы не стремимся «загримировать» эмоциональную ущербность клиента, наша цель – приучить к навозу, к рогаткам и стрелам, то есть к превратностям жестокой судьбы, а, следовательно, помочь им выработать более приемлемые пути наладить социальные отношения.

Люди обладают разумом; человек – чрезвычайно логичное и понимающее существо.

Все люди, с кем я разговаривал, и кто рассказывал мне о себе, создавали мнение. Все, что мне рассказывали, находило во мне отклик, и переживания моего собственного жизненного опыта. Это подтверждается людьми, приходящими на приемы к психологу. Они были понятны. Гарри Стэк Салливан предполагает, что мы – самые человечные, нежели кто-либо; мы полагаем, что у нас гораздо больше общего, что объединяет нас, чем различий, разделяющих нас. Сравнительно легко понять другого человека, если он выкладывает все свои проблемы. За многие годы я убедился, если человек переоценивает трудности понимания другого, это происходит по нескольким причинам: 1) он должен что-то понять, хотя его не совсем поняли (если он контролирует прием информации, он контролирует и поведенческий выход), 2) у него есть политические, экономические или профессиональные причины усугублять трудности понимания других. Нет людей (даже с серьезными нарушениями психики), кото-

рых невозможно понять, они не скрытны. Если же мы считаем так, и наша реакция такова, это потому, что не мы обладаем всеми данными, необходимыми для их понимания. Так, в провокационной терапии клиентов подвергают допросу с пристрастием и классическому «третьей степени», чтобы получить необходимую для понимания информацию.

Выражение терапевтической ненависти и веселого садизма по отношению к клиенту заметно идет ему на пользу

Еще задолго до первых сеансов провокационной терапии стало ясно, что бросающаяся в глаза причина «душевной болезни» в том, что больной отвергаем и нелюбим, и это действительно так. Ясно, что если он ненавидит себя, его ненавидят другие, то это частично из-за того, что его поведение вызывает ненависть. Очевидно также, что показываемая нескрываемая терапевтом ненависть намного полезнее клиенту, чем показное и сдерживаемое приятие. Но прежде чем мы подробно поговорим об этом, примите во следующие примеры, которые, по нашему мнению, внесут больше чувства и понимания в излагаемое.

(1) Август Эйчор (1935) пишет об одном талантливом враче: после прихода в больницу у него резко снизилась активность лечения. Когда его попросили объясниться, он признался, что пытался изобразить из себя такого здоровяка – папашу Эйчорна, который своей любовью смягчал сердца своих деток. Тогда Эйчорн спросил, как же молодой врач разрешал эти проблемы до прихода в его больницу, на что последний заявил, что давал «хорошенько по башке». Тогда Эйчорн, сопоставив и оценив ситуацию с больными, разрешил врачу продолжать его практику.

(2) В хронической палате группа больных занимается физзарядкой. У одного из больных сваливаются штаны до самых щиколоток (оказывается, белья на нем нет). Эйд (громко): «Эй, давай-ка наденем штаны, хорошо? (После паузы) Давай, чего ждешь?» Больной не обращает внимания. Другой больной оборачивается, тыльной стороной ладони бьет по плечу своего собрата (грубо восклицает): «Черт побери, натяни-ка свои штаны!» «Бесконтактный» больной быстро надевает и застегивает штаны.

(3) Дело происходит в конце ужина. Отец торопится поехать за матерью. Дочери четыре года, она неожиданно решила проявить характер и волю:

Отец (нежно): Давай, ласточка, допей молоко. Дочь (с чувством): Нет! Отец: Ну, давай, дорогая! Дочь (хныча): Нет!

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

Дочь: Нет, я не хочу его.

Отец (более настойчиво): Я хочу, чтобы ты выпила молоко. (Пытается увещевать): Как же ты вырастешь большой и здоровой, как твоя мама?

Дочь: Не хочу быть, как мама.

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

Дочь (несокрушимо): Нет!

Отец (ровно): Я посчитаю до трех и, если ты не начнешь пить, отшлепаю тебя.

Дочь: Нет!

Отец (уговаривая себя): Не обращай внимания... Надо что-то сделать... так не пойдет... Нет, черт со всем этим. Что, мне сидеть тут до утра? Этот ребенок должен выпить молоко! Но ведь можно травмировать маленьких детей, заставляя делать их что-то насильно. (Затем громко, стараясь перекричать ее плач и ударяя ее по руке.) Потом, когда тебе исполнится 21 год, посоветуешься с врачом. Один, два, три! – Нет! (шлепок) – Один, два, три! Нет! (шлепок).

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

После семи наказаний он уже называет себя садистом, принудителем, не понимающим

своего ребенка, его независимости, восприятия мира и т.д. Дочь продолжает плакать, отец вытирает ей слезы и уговорами заставляет выпить. По дороге дочь хнычет на заднем сидении машины: «Папочка, если я буду пить молоко, ты не будешь меня шлепать?» Отец останавливает машину, поворачивается к дочери и сжимает ее в объятьях: «Наконец-то ты поняла, моя сладкая!»

(4) Восемнадцатилетний неграмотный юнец постоянно на всех нападал, тыкал в людей карандашами, бросил однажды телевизор в беременную женщину. На первом сеансе провокационной терапии: «Я вышибу тебе зубы и засуну их в глотку!»

Терапевт (спокойно глядя на пациента): Да? И что, ты думаешь, я буду делать, пока ты будешь «вышибать мои зубы и засовывать их мне в глотку»?

Пациент (мрачно): Укусишь меня за ногу.

Терапевт (кивая и улыбаясь): Ты правильно меня понял, сукин ты сын! (Пр.№ 4)

(5) Иаар Ловасс решил применить принципам обучения к аутентичному ребенку, который из своих одиннадцати лет провел к кровати в течение семи лет, иначе он избивал себя и бился головой. Вооружившись «шилом» (электростимулятором), которое не поражает ткани, но очень болезненно колет, он развязал ребенка. Тот осмотрелся и тут же начал грызть сам себя. «Нет, Билли!» – сказал Ловасс и сильно уколол ребенка. Мальчик опешил, но, не придав значения снова начал грызть. Тут же последовал новый укол. Через минуту-две после серии болевых уколов поведение ребенка изменилось, он стал реагировать на окружающее (по крайней мере, в присутствии Ловасса), после этого можно было начинать более общее лечение.

(6) Долгое время девятилетний ребенок справлял большую нужду на ковер в гостиной, когда сердился на родителей. Его показывали врачам детской больницы, частным терапевтам и школьным консультантам. С ним занимались игровой психотерапией, привлекали лепкой кукол из глины, но все безрезультатно. Друг его матери посоветовал вымазать ребенку нос фекалиями. На следующий раз, а это случилось вскоре после совета, отчаявшаяся мать поступила таким образом. Велико было удивление ребенка, когда он поднялся с ковра с выпачканным лицом (По «сценарию» это не было запланировано. Как можно назвать такое лечение?) С тех пор ковер в гостиной оставался чистым.

(7) За лечением обратилась большая семья. Дом представлял собой полный хаос, а обрванная мама сердилась, то чувствовала себя виноватой и уже была на грани нервного срыва. Ее спросили, как она на конкретном примере представляет помощь детей по дому. Она решила, что ей было бы легче, если бы дети убрали за собой свои вещи.

Терапевт: Я научу вас, как быть веселым садистом.

Мать: Как это?

Терапевт: Как причинить боль, наказать их и не строиться при этом.

В присутствии всех детей, с долей юмора и довольно убедительно терапевт учил мать не давать им пищи до тех пор, пока одежда не будет убрана: «Кто не работает – тот не ест!» Потребовалось всего пять раз отказать детям в еде в течение двух дней, чтобы каждый из них тщательно следил за своими вещами.

В заключение можно сказать, что в клинической практике, как и в жизни, можно провести различие между коротким словом «жестокость» и длинным «доброта», с одной стороны, и напротив, коротким словом «доброта» и длинным – «ущерб», с другой. В практике лечения доминирует миф о том, что наказание, отрицательное подкрепление и раздражение по отношению к воспитаннику обязательно приводят к негативному эффекту. И все же социализация детей в любой культуре неизбежно осуществляется любовью, нежностью, а также противостоянием, насилием, наказанием, лишением пищи, насильной изоляцией и методом «воспитания послушной собаки». (Ср. Азрин и Хольц, 1966; Аронфрид, 1971; Джонстон, 1972): На наш взгляд (Ср. Людвиг и Фаррелли, 1967) наказание нужно применять; вопрос в том, будет ли оно полезным или нет. В любом случае, в жизненных коллизиях всегда окажутся садисты, включая ситуации лечения душевных болезней. Следует разграничивать, однако, садизм и удовольствие от перемен в пациенте в результате долгого, справедливого гне-

ва в процессе лечения. Если недостаточно одной любви, недостаточно и одного наказания; вместе они могут быть эффективны.

Наиболее важные сообщения между людьми – невербальные

Есть народная мудрость "Важно не *что* сказать, а *как* сказать". Группа терапевтов, заинтересованная в понимании, настоящих, не скрываемых чувств пациентов, решила изучить язык жестов, которым они изъяснялись. Уже давно опытные терапевты использовали знания о выражении лица, интонации и волнении в голосе, скорости и паузах в речи, контакте глазами, жестах рук, постукивании ногами и т.д. для декодирования разговоров и более полного понимания пациентов. Однако, невербальный язык может представлять важность не только для пациентов; в парадоксальных, а иногда и экстренных случаях терапевтам необходимо знание языка жестов, хотя бы для подкрепления своего сообщения или внушения. Мы часто говорим студентам, что в провокационной терапии не обойтись без умения смеяться одними глазами, посылать юмористические сообщения – «вибрации».

Две основных гипотезы

В дополнение к вышеупомянутым десяти предпосылкам можно назвать также две центральных гипотезы провокационной терапии. Они открыты как для доказательства, так для опровержения каждым новым пациентом или научным методом.

Первая гипотеза об отношении пациента к самому себе; его концепции себя: спровоцированный терапевтом (с помощью юмора, раздражителя, но в пределах его внутренней шкалы ценностей) пациент всегда тяготеет к движению в обратном направлении в зависимости от того, как терапевт определяет его как личность.

Вторая гипотеза фокусируется на открытом поведении пациента. Если вызвать с помощью провокации или юмором или другим раздражителем самопораженческие и уводящие в сторону поведение и чувства, пациент тяготеет к большему соприкосновению с общественными нормами.

Существует ряд вариантов этих гипотез. Если терапевт прощает пациента, сам он не склонен себя прощать, наоборот, стремится к большей ответственности за свое поведение, свои ценности и отношение ко всему. Если терапевт предлагает абсолютно голую рационализацию для паталогического поведения пациента, он начинает предлагать объяснения низкого уровня умозаключений или применять научные принципы мышления.

Иллюстрации этих гипотез легко найти в клинических примерах, описанных в данной книге. Разнообразные наблюдения за механизмом действия «если» и «тогда» можно процитировать из различных теорий, но в данной книге делает упор на объяснение самого механизма «если – тогда».

Глава 3 РОЛЬ ТЕРАПЕВТА

Любой может рассердиться – это легко, но рассердиться на нужного человека, в нужное время, по нужному поводу и нужным образом – нелегко.

Аристотель

Провокационная терапия – широкая система лечения с использованием многих техник и дающая терапевту свободу выбора. Этот факт несет в себе и опасности, и преимущества, о которых мы и поговорим подробно. Эта глава начнется обобщенных описаний различных аспектов роли терапевта. По мере рассуждения мы будем переходить к более специфическому описанию примеров и техник. В этой будут затронуты очень важные аспекты, касающиеся языка и юмора в провокационной терапии, о них реально пойдет речь в отдельных главах.

Следует отметить, несмотря на название "провокационная терапия, не каждый примененный терапевтом метод лечения может быть назван «провокационным». После прослушивания записей сеансов с больными один из выпускников заметил, что провокационная тера-

пия также использует техник других теоретических ориентации: конфронтацию, вопросы без ответов, сообщение информации и т.д. (Даже в клиент-центрированной терапии не каждая реакция терапевта является по-настоящему «отражением чувств», хотя часть реакций можно отнести именно к этой категории). Терапевтические системы обычно называют по большинству реакций и методов лечения, применяемых терапевтом, либо по его теоретической ориентации, отсюда и появилось «провокационная терапия».

Ряд разнообразных техник применяется для того, вызвать немедленную реакцию, воздействующую на лечение. Целью терапевта является спровоцировать не только по положительную, но и отрицательную реакцию, а затем интегрировать их обе в соответствии с их социальной и межличностной последовательностью. Чаще всего отрицательными реакциями клиента являются гнев и отвращение, а положительными – юмор и теплота. Таким образом, в ходе межличностного общения с клиентом, терапевт и сенсibiliзирует (повышает чувствительность), и наоборот – десенсибилизирует: гнев и смех становятся противоядием для возбужденности, тревоги и скоропалительных реакций. Что же касается отличительных черт провокационной терапии от других методик (подходов) – это прежде всего, степень направленности и использования конфронтации, а также двусмысленный стиль коммуникации, тематическое использование вербальных и невербальных средств, обдуманное и осторожное использование юмора и клоунады, и при этом частое отрицание собственного профессионального достоинства.

Цели

Хотя каждый клиент дает терапевту новые и уникальные возможности применить его собственные гипотезы, при этом для каждого клиента определяются свои собственные проблемы и цели, нам представляется, что можно, систематизировать некоторые общие цели и изложить их в главе. Задачи и цели лечения и определяют метод и тактику терапевтического вмешательства. Терапевт стремится вызвать как положительную, так и отрицательную реакцию при попытке спровоцировать клиента на 5 основных типов поведения.

1. Утвердить себя как вербально, так и поведенчески.
2. Доказать свою дееспособность как при выполнении заданий, так и в общении.
3. Защитить себя в реальном смысле.
4. Войти в психосоциальную реальность, оценить ее и научиться адекватно реагировать. Глобальное восприятие ведет к глобальным стереотипным реакциям, дифференцированное-к адекватному реагированию.
5. Войти при личных взаимоотношениях в рискованные ситуации, когда клиент проявляет чувство привязанности и уязвимости по отношению к другим. Самыми трудными для него становятся: «Ты мне нужен, я скучаю по тебе и волнуюсь за тебя», которые как бы раскрывают его, вручают другим, налагают на него обязательства.

Следует также подчеркнуть, что со стороны терапевта будут прилагаться усилия (для того, чтобы достигнуть эти правильного подбора методов и техник уже в ходе лечения). Для достижения этих целей поведение клиента можно выстроить примерно по следующей схеме:

- 1) Клиента провоцируют на вербальную коммуникацию с терапевтом;
- 2) Клиента провоцируют как на вербальную реакцию, так и на действие, часто не соответствующее ей;
- 3) Клиента провоцируют на обе реакции с преобладанием вербальной, как средством выражения поведенческой реакции;
- 4) Клиент показывает терапевту явные свидетельства своего поведения как результата уже усвоенных интегрированных реакций (т.е. объединенных);
- 5) Клиент вступает в фазу самоутверждения, доказательства своей способности защитить себя, становится социально приспособленным и может вступать во взаимоотношения с другими помимо лечебного времени, вне терапевтических отношений.

Все средства хороши

В ходе лечения в борьбе за здоровье клиента терапевт может использовать и обратить на пользу всяческие уловки: явную ложь, отрицание, рационализацию (разумное объяснение), изобретательность, слезы и клоунаду. При этом поведение клиента часто рассматривается как средство или уловка контролировать взаимоотношения, и иногда терапевт рассчитывает использовать это на совершенно примитивном уровне. Говоря фигурально, терапевт часто связан правилами общественного поведения, в то время, как клиент свободен применять любую тактику поведения типа удара в пах и тыкания пальцем в глаз. И результат такого состояния часто далеко не на пользу, а скорее во вред клиенту.

Провокационная коммуникация

Роль врача провокационной терапии кратко можно выразить следующим образом: Помощник Дьявола. Терапевт берет на себя, а если удастся, как бы сам становится отрицательной стороной амбивалентного отношения клиента к самому себе, к другим, к жизненным ценностям и целям.

Терапевт играет роль сатаны-искусителя, побуждая клиента продолжить «грехопадение», поддерживая его истинное и патологическое представление о «добре» и выдумывание оправданий такому поведению. В терапевтический сеанс он привносит долю «искаженного» сценария, тем самым, провоцируя клиента на более рациональную, прямую и психологически приемлемую долю сценария. Приводим пример симпатичной девушки по вызову, наркоманки, когда она готовится к выписке из больницы:

Т. (недоверчиво): Планируешь выписаться? (Смеется. С твоими-то внутренними данными! Ясно могу представить, как ты будешь жить.

К. (протестуя): Погодите минутку, я собираюсь устроиться официанткой.

Т. (проникновенно): Как ты это представляешь, черт возьми, стоять по восемь часов в день на ногах, когда эти же деньги можно заработать, лежа на спине, всего за 20 минут?!

К. (смеясь, но серьезно): Может, прекратите разговаривать со мной таким образом? (Пр. № 5)

Естественным стремлением для этой девушки, которая зарабатывала до 500 \$ за ночь, стало вернуться к нормальной, настоящей жизни. Несмотря на прошлое, она не поддавалась на попытки терапевта убедить ее стать «девушкой вызову». Она выбрала долгий и трудный путь официантки или секретаря по собственному желанию, на основании выводов об отрицательных, уничижительных воспоминаниях о прежнем поведении.

Можно еще привести пример «пробуждения худших воспоминаний и страхов о прежней жизни». Я (Ф.Ф.) работал с одной хронической больной и предложил ей место "ключницы в нашей больнице, т.е. я внушал ей мысль о том, чтобы она забыла о выписке, «осела» бы в больнице и прожила бы свою жизнь, лечась и работая одновременно. Я расписывал ей, какая могла бы быть ее жизнь в больнице, как на нее реагировали бы больные по прошествии десятков лет, как она состарилась бы и не могла бы уже выполнять работу и как прекрасна была бы ее жизнь, если бы мы все организовали и взяли под контроль. Эта перспектива привела ее в ужас, но потом она призналась, что подумывала о чем-нибудь подобном, но в результате пациентка утвердилась в решении покинуть больницу и никогда сюда не возвращаться.

При лечении провокационной терапией врач стремится разными путями, имплицитно или эксплицитно, указать на социальные последствия поведения своего пациента. Терапевт делает попытку вербализовать все табу, о которых люди не говорят друг другу в наше время, он делает все, чтобы *передать* невозможное *речью, почувствовать и подумать о невозможном для клиента*, облекая словами все внутренние сомнения, самые худшие мысли и страхи пациента по отношению к себе и о реакциях других людей на него самого. Таким путем па-

циент неизбежно начинает верить, что он не «разрушенная» личность и вполне может преодолеть конфликтные ситуации осознанным, реальным и подходящим способом.

Очень часто терапевт применяет более сложные пути искушения и убеждения. И действительно, в абсурдном преувеличении симптомов, доходящим иногда до смешного, есть свои пределы. В попытке «доказать» иррациональную сущность пациента терапевт способен выстроить идиотские данные из любого источника. Он как бы принимает на веру рациональное, всякие извинения и с помощью иронии расширяет их, а затем «правдоподобно» подводит к концу, доведя до абсурда. Отношение ко всему он выражает с помощью показного возбуждения и на протяжении всего времени он соглашается и подтверждает «позитивную» манеру общения. Например: -

Т. (холодно-равнодушной пациентке «искренним» тоном): «Почему ты так честна и воспринимаешь все так близко к сердцу?» Ведь наиболее часто в практике встреч случаи, когда врач говорит о недостаточной ответственности и неспособности вылечиться.

В основном пациенты воспринимают, реагируют и ведут себя в терминах плохого, негативного и больно ранящего. У них две установки на жизнь: либо плоха, либо хороша; и для каждой они находят много обоснований. Тенденция пациента видеть действительность искаженным образом, жизнь представляется им паршивой, жестокой, грубой и слишком долгой, они не хотят точно оценивать противоречивые и положительные факты. Терапевт, делая упор на "мрачной стороне жизни, пытается спровоцировать пациента выстроить конкретные и очевидные впечатления больного и дать ему как можно больше возможностей открыть положительные, счастливые и обнадеживающие впечатления. Большинство больных в конце концов признаются, что они разрешали некоторые проблемы успешно, что они проявляли гораздо большую любовь и привязанность, чем они хотели вначале. По иронии судьбы нарастание «силы» клиента тесно связано с одновременным «ослаблением» терапевта.

Другой специфической техникой может стать снятие ответственности за коммуникацию. К такой технике приступают, когда терапевт хочет что-то «прямо» передать клиенту, но не хочет нести ответственность за понимание и использование этой информации клиентами. В таких случаях часто информация передается такими общими заявлениями, как "некоторые врачи сказали бы..." или "Вы слышали о последних научных опытах, которые показали...".

Прямая провокация

В провокационной терапии следует как можно быстрее подходить к тем областям, которые стремится избежать клиент, и заявляет об этом своим поведением. (Один клиент дал образное название этому: «Поиски хомута».) Терапевт не чувствует острой необходимости развития интересующей его темы, его задача – оставаться с клиентом все это время и каждый удобный момент стремиться возбудить больную и не дать клиенту уйти от проблемы. Тогда клиент внесет какой-то порядок в свои впечатления и прежние опыты, разовьет тему, которую он считает важной и справится со своими чувствами. Терапевт может применить гнев, хаос, и неорганизованные сеансы: все это не будет сигнализировать о каком-либо терапевтическом барьере, т.к. выбор терапевта на реакцию больного довольно широк. Как оказывается, подавляющее большинство терапевтических сеансов совсем не лабильны, как это может показаться, а наоборот, клиент сам проявляет интерес к лечению.

Даже провоцируя гнев у явно враждебно настроенных клиентов, терапевт может больше узнать о его контроле и пределах. Пример:

К.: (громко и яростно): Черт вас возьми, если не прекратите разговаривать со мной так мерзко, с таким сарказмом, я не стану лечиться и не буду оплачивать счета!

Т.: (встревоженно, просяще): Пожалуйста, не надо! Мне нужны деньги! (Схватившись руками за голову). О-о, надо сообщить Джун и моим деткам, что в этом году у нас не будет Рождества!

К.: (калейдоскоп эмоций на лице: гнев, смех, умиротворение): Хорошо, хорошо! Черт с

тобой, я знаю, что вы нужны мне больше, чем я вам. Но, Фрэнк, разве вы... (Пр. №6)

Другой пример:

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

Т.: (перебивая, ровно и глядя прямо на клиента) Если хочешь иметь дело таким образом, давай, валяй, проявляй свой характер.

Т.: (Изменяя тон, с энтузиазмом): Как, здесь в больнице у нас есть комната для таких горячих, как ты, кому просто необходимо остудиться. Правда, персонал почему-то называет эту комнату изолятором, но я думаю, «комната для горячих» звучит лучше, правда? (Пр. №7).

Больной быстро начинает контролировать свой гнев. При лечении провоцированием гнева клиента на себя главной задачей терапевта является научить клиента оценивать свое поведение. Это особенно важно для клиентов с легкой возбудимостью, которые всегда боятся того, что другие подумают о них.

Формы (паттерны) коммуникации

Прежде всего, клиенты отличаются своими формами и способами коммуникации с терапевтом. Прежде чем терапевт сможет контролировать способ поведения больного, он пробует много приемов «дай и возьми», как то: быстрое движение, последовательность эмоционального воздействия в попытке спровоцировать спонтанную реакцию клиента и «вскрыть» законсервированный набор его реакций. Многие клиенты часто усваивают посыл «Ты должен слушать меня на моих условиях и не прерывать, пока я не закончу».

Широкое использование конфронтации и провокации во время терапии нужно для того, чтобы уменьшить шансы зависимости больного при общении с терапевтом, ибо зависимость немедленно сведет на нет все другие формы лечения.

И, наконец, надо отметить, что врачи провокационной терапии не верят в молчание (Джонатан Винтере считает предпочтительнее тип монолога) и обычно используют всяческие стимулы, чтобы заставить клиента открыто реагировать.

Обратная связь

При любой технике провокационная терапия считает очень важным и хорошим фактором быструю обратную акцию клиента. Пример:

В комнату входит тучный пациент.

К.: Можно поговорить с вами, мистер Фаррелли?

Т.: Боже мой, к нам швартуется сам полковник Блимп. (Олицетворение косности.)

Другой пример вызова реакции касательно внешности клиента:

Входит пациентка с поспешностью и волнением, садится.

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

К.: (смеясь и гримасничая): Сегодня ветренно, я знаю, что выгляжу черти как, но мне хочется поговорить о том, что шло на этой неделе, если вы, конечно, перестанете насмешничать. Вот на днях... (Пр. № 9)

Очень многие терапевты испытывают примерно такое чувство, как выразился один из них: «Вы не можете просто войти и сказать клиенту свое мнение о нем или же свое суждение о его поведении». Очень часто они предполагают ужасные результаты, если будут так поступать: «Но ведь клиент обидится и огорчится». Во многих ситуациях на это хочется ответить: «Черт, ведь он выводит из себя меня, свою семью, суд, своих коллег, весь остальной мир, почему бы и его не огорчить для разнообразия?» или «Ведь это ее третья внебрачная беременность, можно попробовать кое-что другое, почему бы вместо понимания ее нужд, ее кон-

фликтов и т.д. не дать ей понять, как все переживают вокруг нее и что людям это не нравится. Если она почувствует тревогу друзей может, в ней что-нибудь и сдвинется.» Многие терапевты предпочитают делать общие намеки вместо того, чтобы прямо и быстро сказать клиенту правду.

Нам представляется, что обычно терапевты не показывают своих реакций пациенту, но делают это при общении с коллегами, наставниками, консультантами. Один из учеников терапевта жаловался на «того раздражающего пассивно-агрессивного мистера Икс, который вместо того, чтобы справиться со своей всевластной мамашей заявляется домой и набрасывается на жену». Когда его спросили, сказал ли он об этом клиенту, то ответ был: «Нет...» – «Тогда почему вы ждете от него обострения отношений с вами, если постоянно внушаете ему на сеансах: "Ничего, все в порядке, ничего не потеряно?" Кажется, что многие терапевты моделируют у клиентов такое отношение ко всему, в том числе и к проблемам. Мы полагаем, что лучше говорить о своих реакциях клиентам, чем коллегам за кофе, выкладывать карты на стол.

Предпочтительно доводить до сведения клиентов и тем провоцировать обратную реакцию с помощью разных приемов, доступных в тот момент: разыгрывание роли, шутка, мгновенная импровизация, выдумывание случаев других клиентов, разговоры о подобных случаях, схожих с данным, и прочее. Интуитивно терапевт проверяет, на правильном ли он пути.

Не обязательно считать, что вызов на обратную реакцию есть только жестокое "повторение, как все происходит", но и важно использовать прием "здесь и сейчас для меня, эти отношения с вами, они для меня много значат". И это можно делать с юмором.

Клиент имеет право на реакцию терапевта также как и на свое мнение о нем, он имеет право вызвать обратную реакцию из разных известных терапевтам источников. То, чего не скажут клиенту его «лучшие друзья», должен сказать терапевт, т.е. вызвать точную не медленную реакцию, как положительную, так и отрицательную.

Мы обнаружили, что истинное отторжение (отрицание) имеет большую лечебную пользу, чем неправильное восприятие или полное безразличие. Человеческий мозг нуждается в правде точно также, как человеческие легкие нуждаются в воздухе, а моя реакция в данный момент на этом сеансе и есть социальная правда о реальности, которая со временем окажет вам помощь.

Врач-терапевт не только сам вызывает на обратную реакцию, но и делает попытки научить клиента, как находить виды и способы реагирования на провокации, накопление которых и можно считать началом выздоровления. В данном примере клиентку попросили предсказать возможную реакцию терапевта, если бы вдруг ее «выбросило на необитаемый остров».

К.: (ухмыляясь): Вы бы, наверное, стояли на берегу и твердили «О нет, только не вас. Почему они не послали пищу?» (Пр. №10)

Невербальное восприятие клиента

При всех терапевтических подходах решающим остается вопрос принятия клиента. У клиента должно сформироваться главное чувство, что терапевт «на его стороне», а не против него. Гуманистическая школа определяет одну из главных составных своего подхода – "безусловное позитивное мышление", многие другие школы также уделяют внимание этому аспекту терапевтического вмешательства. Однако нам представляется, что средства выражения намного разнообразнее, чем это трактуется в теоретических обоснованиях. В нашей практике невербальные пути выражения отношения к клиенту, если не более, то во всяком случае не менее важны, чем вербальные. Поскольку врач провокационной терапии проводит провокационные действия вербально, иногда поспешно и конфронтационно, очень важным фактором становятся невербальные коммуникации. Юмор – один из основных двигателей позитивного реагирования (этому вопросу будет посвящена глава) так же, как и прикоснове-

ние, мигание глазами и, конечно, полное погружение в проблемы клиента (один пациент назвал это "интенсивностью внимания"). Пример:

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

Т. (откровенно вздыхая): Увидимся на следующей неделе, мистер Безнадежный. (Вдруг «замечает» руку на плече и указывает на нее другой): Ты видишь руку? Это так сказать, вынужденное расположение к тебе. (Терапевт наклоняет свой лоб к голове парня, гримасничая с отвращением): А в действительности, я не выношу таких тутти-фрутти, как ты, мой туалетный цветочек, но...

К. (хрюкает от смеха, трясет головой, подталкивает терапевта в бок): Парень, но ты все-таки не откажешься от меня, правда, Фрэнк? Итак, до следующей недели. (Пр. № 11)

Выражение сдерживаемого гнева – тоже хороший двигатель, определяющий отношение к другому человеку, многие воспринимают это именно так и быстро включаются в процесс взаимоотношений. Таким образом, провокационная терапия видит себя в качестве коммуникативного инструмента и должна использовать невербальные компоненты для получения желательных результатов коммуникации. Это касается специального обучения, о чем мы поговорим в других главах.

Побочные факторы

Хотя для того или иного клиента перечисленное ниже может и не явиться центральным фактором при его лечении, все же он может научиться многому от врача провокационной терапии: чувствовать слово, отношение и поведение, контролировать порывы, соответственно оценивать поведение, анализировать коммуникацию и расшифровывать невербальную речь. Часто эти аспекты не составляют проблемы для отдельного клиента, поэтому не стоит фокусировать на них внимание.

Стиль лечения (терапии)

В общих терминах мы уже обсудили роль врача провокационной терапии. Прежде чем обсуждать особые, специфические методики, следует рассмотреть основной вопрос. При первом соприкосновении с провокационной терапией вполне понятна типичная реакция: «Только вы можете лечить таким образом, поскольку сам такой; я бы не смог нападать на больных и атаковать, даже с юмором, их патологию или отклонения в поведении, или же делать из посмешищем. Я так не смог бы».

До какой-то степени это, может быть, и верно, поскольку любая терапевтическая ориентация предлагает свой *стиль* или роль, соблюдая которые, терапевт чувствует себя удобно и приносит пользу. В конце концов, терапевты неодинаковы в своих терапевтических пред-посылках или манере общения. Весьма желательно, чтобы они стремились найти определенный подход, вполне совпадающий с их личными качествами, их видением человека, их стилем жизни. Возможно, они не чувствуют, что, используя особый подход, который полностью совпадал бы с их характером, они смогли бы быть эффективными в помощи клиентам.

Хотя некоторые могут не согласиться с этой точкой и посчитать ее слишком упрощенной, нам кажется вполне ясным, что при применении клиент-центрированной терапии и уверенности самого врача, он все же должен быть тонким и чувствительным человеком, чтобы войти во внутренний мир и систему восприятий клиента, судить о его состоянии и стать для него вторым я. Чтобы более уверенно применять рационально – эмотивный метод Эллиса, терапевт должен осознать возможную перемену, которую вызывают у клиента предлагаемые ему информация и логика. Очень важно быть при этом настойчивым и уметь искусно аргументировать свой метод лечения. Психоаналитик должен быть умным, уметь оперировать абстрактными вещами для убеждения клиента и подвести его к пониманию того, что все активные и поведенческие показатели обязательно имеют смысл и неизбежно приведут его к выздоровлению.

Умелому и уверенному врачу провокационной терапии нелишне быть одновременно хорошим и плохим актером, уметь применять словесные нападки на систему самозащиты пациента, на его отклонения в поведении и оценках, при этом правильно и с юмором самому

выдерживать словесные атаки клиента. Такая оценка, как «Нет, я не тот человек, я не могу сказать больному такие вещи», которую мы часто слышим от стажеров и некоторых коллег, неизбежно вызывает ответную реакцию: «Да? Попробуй». Внутри многих терапевтов сидит провокационный терапевт, который так и просится наружу. На сеансах с клиентами они позволяют себе совсем небольшой набор вербального поведения и привязанностей. И клиническая, и педагогическая практика показала, что без всякого ущерба для клиента, даже с большой пользой для него, терапевт может значительно расширить круг, набор своего поведения и реакций. Мы предполагаем, что эта мысль проходит через всю книгу «Критические случаи в психотерапии» (Штандал и Корзини, 1959) и всей своей практикой подтверждаем, что провокационная терапия может быть свободной и эффективной в одинаковой степени для клиента и терапевта.

Особые техники

Если рассматривать их индивидуально, большинство специфических техник провокационной терапии могут показаться не «новыми», а уже применяемыми в других формах терапии. Однако сочетание, стиль, интенсивность их использования в этой системе совершенно различны.

Провокационная терапия – не просто забава за счет клиента. Посыл, внушение терапевта должен быть чутким, воспринимаемым и адресоваться только системе ценностей данного клиента, его компетенции, поведению, настоящим (в этот момент) впечатлениям, его отношению к себе и, наконец, особенностям поведения. В психотерапии существует еще не получившее название явление, заменяющее термин клиническое суждение (оценка) и во спримчивость.

Желая вызвать реакцию, терапевт делает все в стиле «больше, чем в жизни». Голос громче, чем при нормальной беседе, все преувеличено, гиперболизировано, как в драме. Приведем пример такого экстравагантного преувеличения. Клиентка, у которой были проблемы с ее материнством постоянно получала шутовское подтверждение от терапевта в том, что она -плохая мать. Для «доказательства» того, что она – настоящее наказание для ребенка он использовал ее собственные слова и манеру вести себя. Она решительно защищалась, говорила, что «не такая уж она плохая», и выискивала всяческие средства поведения для подтверждения своих заявлений о том, что своеобразным путем она – внимательная, самоотверженная мать и искренне печется о своем чаде. Тогда терапевт «переиграл» и стал саркастически восхвалять ее как «мать года» и т.д. Она же с реальных позиций отвергала его «переоценку» и привлекала внимание к тому, что у нее свои особые отношения с ребенком, она его лелеет. Но вскоре она заметно изменила свое отношение к воспитанию, т.е. поведение.

Другим важным аспектом провокационной терапии является развитие субъективного отношения терапевта к клиенту, что позволяет врачу использовать более полный репертуар его поведения и влечений. Чтобы достигнуть разнообразных терапевтических промежуточных целей, терапевт концентрируется не только на реакциях клиента, но использует свои собственные субъективные реакции, свои интуитивные фантазии и внутренние идиосинкратические ассоциации в качестве строительного материала для их создания. Терапевт должен применять юмор только в том случае, если он хорошо понимает клиента, проник в его мир. Излишне говорить, что, используя юмор, терапевт должен постоянно фокусировать этот прием на больные точки клиента, но корректно и осторожно.

Когда я впервые начал заниматься провокационной терапией, я прокрутил Карлу Роджерсу запись одного из своих сеансов. Он немного смутился и сказал: «Парень, я бы не смог внушить ей эти мысли». Я ответил: «Послушай, Карл, она либо сама выдумала это, либо ее натолкнули на это, либо что– то заставил ее так среагировать». В нашей работе с клиентами мы не перестаем удивляться, как глубоко мы понимаем их образ мышления, и особенно удивительно, что сами клиенты считают это из «ряда вон выходящим». Очень часто они пора-

жаются: «А как вы узнали?» Многие говорили, что когда терапевты предлагали им необычную манеру поведения и мышления, они полагали, что мы читаем их мысли. Некоторые даже настаивали на том, что я «читал их записи или поговорил с членами семьи», Сравнительно просто «читать их мысли», как это написано (Найзер, 1961) «С накоплением опыта мы все увереннее предвосхищаем реакции людей на определенные стимулы». Можно добавить с большой степенью вероятности, что они могли думать, чувствовать и действовать в прошлом при таких стимулах. Ведь если просто поразмышлять о самых паршивых мыслях, о которых вообще можно подумать, то ты дойдешь до точки.

Приведенный ниже пример может проиллюстрировать, что значит читать мысли клиента. В качестве вступления можно поговорить об имидже тела (как чувствует тот или иной человек свое тело, что думает о нем, удовлетворен или нет), это тесно связано с самооценкой клиента и с его мировоззрением.

Молодая женщина обратилась за помощью из-за проблем, связанных с ее умением выполнять работу и взаимоотношениями с окружающими. Она могла бы получить лучшие результаты в работе, но до сих пор не продвинулась. Наконец, она призналась с большой долей смущения, что в юности ее грудь стала быстро расти, и она поделилась этой проблемой с матерью. Проблема состояла в том, что правая грудь была нормальной, а левая болталась в лифчике, как «горошина в бочонке». Мать немедленно повела ее к домашнему врачу, который снял с испуганной девочки бюстгальтер, посмотрел на одну грудь, потом на другую и вынес вердикт: «Это необычное явление». Ей было сказано одеться и вернуться домой. Охваченная ужасом, она вообразила, у нее букет заболеваний от лепры до венерических. Когда пришло время встречаться с мальчиками, она лицом к лицу столкнулась с проблемой личных взаимоотношений, их желанием дотронуться и поласкать грудь. В результате она старалась просто избегать таких ситуаций и встречалась с каждым мальчиком не более двух-трех раз.

Т: Ты хочешь сказать, что боялась и стыдилась того, что у тебя левая сиська ущербна?

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

Т.: Так поэтому ты избегаешь половины человечества? Минутная пауза) Однако, черт побери, если подумать, твое поведение как-то оправдано. Если будешь ходить на свидания с парнями, а парни и есть парни, им захочется потискать тебя (клиентка кивает), а когда они расстегнут твою блузку... может быть три типа реакции по отношению к тебе.

К. (с любопытством, но все же смущенно): Какие реакции?

Т. (очень серьезно): Ну, первая – он быстро застегнет блузку и скажет со смущением: «Прости, я не знал, что ты – калека». Вторая – он весь покраснеет и заявит: «Ничего себе, я всегда хотел иметь это с уродиночкой». И еще одна и только одна реакция возможна и желательна для тебя: когда он расстегнет блузку, уставится на твою ущербную левую сиську и воскликнет: «Не застегивай, пожалуйста. Где мой „Полароид“! Парни, мои дружки, не поверят, если я им просто расскажу». (Пр. № 12)

Пациентка посмотрела на меня долгим взглядом и, наконец, с легкой усмешкой изрекла: «Да, я тоже думала нечто подобное, но я не узнаю, так ли это, если буду рассуждать и обсуждать это с вами». При этих словах я немного расстроился, но все же сказал, что наше время вышло и мы обсудим это в следующий раз. – Когда она уже подошла к двери, я заметил: "Люблю давать названия своим сеансам, думаю, этот я назову «Ущербная левая сиська». Она засмеялась: «Очень точное и уместное название».

На следующий сеанс она пришла и выглядела, как кошка только что проглотившая мышку. Я приветствовал ее: «Ну, Джорджия, как дела с нашей последней встречи?» Изъясняясь кратко, она сообщила, что выходила развлечься и со страхом, но все-таки подцепила парня и ходила к нему на квартиру. Там они сняли одежду и, в чем мать родила, играли и занимались. В разгаре игр она привлекла его внимание к груди. В ответ он посмотрел сначала на одну, потом на другую и дал клиент – центрированный ответ: «Разве? Ты так думаешь?» И продолжил свои игры. Она почувствовала себя заново рожденной: тяжесть восьми лет сва-

лилась с ее плеч, она пережила небывалое чувство освобождения.

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

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

Т. (с протестом): Ну, красотка, ты становишься сексуальной маньячкой. Ведь ты не знаешь, как отреагируют другие парни на твою грудь. Подожди, осмотришься... другой парень ведь может с воплем выскочить из машины или спальни, когда увидит ее.

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

И мы решили, что это самый лучший выход из положения.

Тест на реальность

Терапевт очень избирательно расширяет реакции клиента, чтобы самому стать инструментом теста на его сознание реальности. Этого можно достигнуть, придумывая разные сценарии, основываясь на пережитом прошлом клиента или на манере его поведения и оценках действительного. Те негативные оценки, которые он дает себе, можно быстро довести до логического максимума, пока сам клиент не отвергнет их. Этот принцип доведения до абсурда – часто применяемая техника помощи клиенту, как определить, подтвердить, защитить и научить его смеяться над собой. На седьмом сеансе хронический больной сказал со смехом: "О, я думаю, иногда Вы уж слишком... Даже я не могу поверить, что я *такой* плохой". Терапевт пытается спровоцировать клиента на подтверждение своего я, оценить себя через поведение и отношение с другими; он пытается спровоцировать клиента оградить себя самого от нереальной и избитой отрицательной оценки. Во время провокаций терапевт старается внушить клиенту мысли о самозащите, которые в повседневной жизни не срабатывают в его сознании.

Если терапевт концентрируется на проблемах приспособляемости и самоедства, доводя их до абсурда, он провоцирует клиента изложить свои утверждения и восприятия в более соответствующей социальной и психологической перспективе. Работая с клиентами, мы часто с изумлением наблюдаем, как они верят «правдивости» своих предпосылок, восприятий и оценок, какие они находят «доказательства» для своей веры и поведения. Терапевт часто раскладывает по полочкам идиотские «доказательства» и воспринимает их как «самоочевидные», при этом не находит нужным их изменить. Терапевт часто «спешит с суждением», восклицая: «Зачем, какие еще нужны свидетельства?». Более того, он принимает схему клиента о своем опыте за факт, не интерпретирует ее карикатурно, заостряет все исходные предпосылки клиента. Все это для того, чтобы спровоцировать его на тест психологической реальностью. Как выразился один клиент: "Теперь я вижу, вы сам этому не верите, но чертовски точно знаете, как я чувствую. А когда начинаете говорить об этом, это становится глупым, но я думаю... Я это точно чувствую. Я всегда принимал это как должное".

«Реальность» в том, что терапевт имплицитно или эксплицитно выделяет только внешние социальные и межличностные факторы, но не внутренне психологические. С завидной настойчивостью терапевт привлекает внимание (либо непосредственно, либо провоцируя клиента признать это) к социальной обусловленности определенных оценок и поведений и тем показывает, что эта обусловленность зависит и напрямую связана с его поведением. Многократно бросая такой вызов, терапевт пытается добраться до клиента эмоционально и заставить его защищаться соответственно выстроенному ряду (поведение, которое легко пронаблюдать и оценить) лишь с одной целью – поддержать его положительную оценку самого себя и общественных связей. При этом доминирует одна тема: «Это чепуха. Покажи мне, докажи или перестань об этом кричать. Если ты протестуешь, значит, это – неправда». Весьма скоро все это замещает ответственность за доказательства, которая в конце концов ложится непосредственно на самого клиента.

Вербальная конфронтация

Конфронтация представляет собой очень важную часть – одну из техник провокационной терапии и целиком охватывает процесс лечения. Терапевт очень часто вербально агрессивен и вызывающе активен не ради удовольствия помучить клиента и сказать ему в запальчивости: «Послушай, чокнутый, не я выдумал эти общественные правила, но я знаю, как они срабатывают и просто говорю тебе, как все обстоит. Каждый из нас должен получить несколько крепких уроков от жизни, мы ведь хотим научиться жить, и чем быстрее мы их получим, тем быстрее научимся жить, скорее станем свободными».

Я не хочу сказать, что терапевт хочет большего «порядка». Это значит, что терапевт должен доводить лечение до той степени, когда клиент минует стадию восприятия только необходимого и действуя по предписанному порядку, начнет жить, как он желает (но не как *должен, обязан, вынужден*), и перейдет к стадии установления объектив и реальных контактов, способных помочь ему легко и свободно удовлетворить свои потребности.

Если же терапевт вникает только во *внешний мир* клиента с его ожиданиями, ограничениями и регламентациями, пытается передать свое понимание клиенту без учета его интересов, это неизбежно заставит последнего почувствовать «Ты совсем не понимаешь меня!» и просто отказаться воспринимать эти внушения, пусть они и ценные. С другой стороны, эмпатическое понимание, восприятие терапевта каким бы точным оно ни было, не является достаточным для клиента, чтобы жить в мире социальной реальности. Нет соответствующего заменителя эмпатии терапевта, но для большинства, если не для всех клиентов очень важно, чтобы его правильно понял кто-то другой, важно также самому клиенту научиться *понимать* точку зрения, нужды и ценности других, а также те сообщения, которые они направляют клиенту. Пример:

Т. (лаконично): Послушай, тупица, то, что у нас происходит, это не разговор. Ты требуешь, чтобы твоя семья и персонал, и полиция, и суд, понимали твои чувства. Хорошо! Но пока ты не включишь мотор и сам не начнешь понимать их точку зрения и то, что нужно им, ты так и будешь начинать карьеру здесь, в больнице, а они будут так же ужасно обращаться с тобой, как с обезьяной, и сделают из тебя котлету. Понял?

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

Т. (копируя): Да-а. (Смеется) Что «да-а»? Что ты из всего этого понял?

К. (неохотно): Вы хотите сказать, что пока я не стану обращать внимание на то, что они хотят от меня, мне не надо требовать от них ничего?

Т. (с напором): Правильно, дундук. Так и обстоят дела в этом мире, малыш. Сначала ты пойдешь им навстречу, а затем они начнут понимать тебя и, может быть, пойдут навстречу тебе. (Пр. № 13)

Чрезвычайно важно знать, как выжить во внешнем мире социальной реальности, поэтому девиз «узнай себя» становится важным и полезным, а «узнай врага своего» – решающим фактором для многих клиентов.

Мы часто поражаемся разрыву, существующему между словом и действием клиента, той пропасти между его словесным оформлением и действительным поведением. Поэтому одной из важнейших задач терапевта становится использование терминологии, которая точно соответствовала бы поведению клиента, чрезвычайно точно определяла бы предпосылки его действий, которыми он руководствуется в жизни. Это несоответствие вербально можно устранить либо прямым, либо провокационным путем, последний при этом может занимать доминирующее положение.

Негативное моделирование

Есть еще один прием провокационной терапии, способ воздействия на клиента, отличающийся от всех других. Его мы назвали «конфронтация негативного моделирования». В целом терапевт действует, как и клиент, особенно копируя его манеру говорить и высмеивая те аспекты его жизни, которые являются самыми болезненными для клиента. Легче и проще всего показывать ему видеозаписи. Один как-то признался: «Вы как будто держите зеркало и показываете, куда я иду. Это слегка раздражает, как в зале зеркал, но я вижу, к чему вы клоните». С целью затронуть терапевт говорит "Я тебя именно так воспринимаю (возможно, слегка преувеличенно). Тебе это нравится? Что-нибудь хочешь изменить? "

Терапевт также дает клиенту знать, что большую часть его поведения он воспринимает как игру, т.е. подконтрольную, добровольную. Так, например, если на лечение приходит женщина с конверсивной истерией, и у нее к тому же «парализована» рука", то вскоре она определит, что у врача тоже парализована рука. Конечно, у него есть преимущество поговорить об этом и извлечь пользу из своего «паралича», т.е. в случае необходимости внезапно начать действовать рукой и немедленно превратить ее в «парализованное» состояние, если это понадобится. Эта техника оказывает быстрое влияние на поведение клиента. Как будто терапевт «играет в его собственную игру» или «раскрыл обман». Этот же принцип применим для смены вербальных манер общения и обмана в целом: "Хорошо, я буду играть в твою игру. Я могу не выиграть, но и ты тоже (а я повеселюсь). Любишь играть в крестики-нолики, за это ничего не будет?".

Как следствие таких приемов, обязательно должна быть конфронтация. Конечно, многие проблемы нельзя вылечить за один раз. В подсознании терапевта мысль: «У меня есть свобода, общество, семья, мои товарищи и часть тебя на моей стороне. Это неравная борьба, и я выиграю. Но я не выйду из своей роли. Ну и как долго ты протянешь?».

«Объяснения»

В провокационной терапии очень часто поведение самого врача (т.е. ведение роли, юмор, нелепые перевоплощения) показывает клиенту, что существует много путей осмысления его проблем и выхода из них. И это дает клиенту множество перспектив. Кроме того, это свидетельствует, что человек постоянно имеет нужду, как, впрочем, и умение извлекать смысл из всего, что он пережил. Для клиента это важно, но не полезно, побольше узнать о своих лечебных делах, в доступной для него форме. Терапевт, конечно, может дать теоретическое обоснование болезни, но практически этого не делает, не каждый желает раскрывать философию (или религию) жизни. Не каждый терапевт хочет, чтобы его клиент знал все о его методах лечения, о том, какую боль они приносят, но дают возможность вылечиться. Все эти вопросы «почему» считаются излишними. Пример:

К. (со слезами): Ну почему я такой?

Т. (откидывается на стуле, брови в изумлении подняты, качает головой, поднимает и опускает руки, издает долгий загадочный свист.)

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

Т. (опять безнадежно свистит)

К. (раздраженно, но со смехом вытирает глаза): Ах, ну скажите, Фрэнк.

Т.(наклонившись «сочувственно», медленно, искренним, «знающим» тоном): В жизни есть тайны, которые не должны быть раскрыты. (Пр.№14)

К. (смеясь, радостно мотает головой): Ах, черт!

Сами по себе формы ответа не важны, если только они не принимают во внимание важность аспектов поведенческой и социальной реальности. Тогда терапевт предлагает, часто в иронической форме всякого рода, «объяснения».

Очень скоро выясняется, что само поведение намного важнее, чем объяснение. Другой пациент спросил, «почему он такой».

Т. (с профессиональным видом): Ну, это ясно. Начнем с того, что, очевидно, у тебя ис-

порченные хромосомы, мать начала разрушать твою жизнь, а жизнь разжевала и выплюнула. Подумай, какой шанс остался вылечить тебя? (Пр. № 15)

В этом примере преследуется цель не дать когнитивные представления и объяснения психогенетики, а свести на нет бесполезные просьбы о «золотом руне». По иронии судьбы, когда начинаешь отвечать на эти вопросы, если клиент особо настойчивый, можно надавать клиенту столько разных объяснений, сколько он захочет. Можно сделать это тремя способами:

- (1) Выбрать путь, что ничего не поддается контролю клиент – создание судьбы;
- (2) дать разные теории и под конец предложить: «выбирай любую»,
- (3) противопоставить высокий уровень объяснений низким и снова дать клиенту возможность выбора.

Практически очень часто желательными являются теоретические выкладки, поскольку их легче высмеивать за «расплывчатость» объяснений любого случая, со ссылкой на любое поведение. Примером третьего типа объяснений может служить следующий:

К. (чуть смущенно): Я думаю, что я бессмертна, и ленива. Т. (озадаченно): Да? Непохоже, что ты монахиня. (Пр. № 16)

В качестве иллюстрации к «выбери любую теорию объяснения» можно привести следующий пример. Взрослый мужчина лечился у шести врачей и многократно госпитализировался. Кроме того, что к этому времени он стал профессионально больным, он был открытым гомосексуалистом и часто пытался покончить жизнь самоубийством. Посылая его ко мне, мой знакомый заключил: «Попыгайтесь, Фаррелли. Он, глыба, но может помочь вам». (Пр. №17)

Из первых бесед стало ясно: он хочет, чтобы я погрузился в психогенез его конфликтов, проследил их психодинамику, и, наконец, я бы открыл ему в 25 словах его состояние и посоветовал бы, как без усилий можно мягко приплыть в мир здоровой психики, превратить себя в страстного гетеросексуала, избавиться себя от попыток суицида и счастливо прожить остаток жизни.

Т. (жалобным тоном): Я не могу сделать этого. Ведь я его лишь социальный работник. Далее я заявил, что не уверен, что это ему поможет и спросил, в чем он сам видит проблему. Он ответил: «Я ведь гомик». После этого он стал долго рассказывать о том, какой он плохой, что все встречавшиеся на его пути люди были замешаны в мужеложстве, заложив руки за голову, слушая весь перечень его «грехов», я, наконец, заметил: «Не знаю... Не думаю, что твоя главная проблема здесь – гомосексуальность».

К. (немедленно протестуя): Ну вот еще! Когда я иду по улице, то только и смотрю на промежность парней.

Т. (поднимает брови): Да? (Быстро скрещивает ноги, кладет руки на колени, как бы защищаясь).

К. (со смехом): Ты сукин сын, мне это не нравится.

Т: Что тебе в этом не нравится?

К: Я не могу сказать, что ты сделаешь или скажешь затем, но хуже этого... Я не знаю, что и сказать.

Т: (думая про себя): О кей, на сегодня хватит. Я нарушил весь его ожидаемый сценарий. Ну, а теперь попробуем мой сценарий.

В течение следующих десяти сеансов я всячески, в форме пародии, подводил теоретическую базу его гомосексуальности и обосновывал, почему ему надо продолжать в том же духе. Примеры:

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

К: Если считать соблазнением приготовление печенья для всей нашей команды бойскаутов.

Т: Да, согласен, печенье и совокупленье – раз вещи. (Внезапно догадавшись) Может, твой отец испугал тебя, попытавшись жить с тобой?

Выяснилось, что его отец был мягким и преданным человеком, брал сына на рыбалку и охоту, но в то же время вел себя, как настоящий мужчина. Итак, в семье не было корней этой патологической склонности.

(2)Т. (защищаясь, используя «антропологический подход»): Тогда это вина древних греков!

К: К черту греков! Говорите обо мне! Что со мной?

(3)В другой беседе я сослался на то, что каждый человек – латентный гомосексуалист, но и этот аргумент он отверг. Тогда я предложил идею, что гомосексуалы – это избранные люди третьего пола, что это раса париев, они необычайно творчески и талантливы там, где мы средние люди – просто болваны. Это предложение также не было принято.

(4)Я использовал гипотезу, что, возможно, он более эмоционально честен, чем мы, остальные, лжецы и приспособленцы. Не только не согласившись с этим, он долго рассуждал о том, какой он лжец, искусно уводящий людей от правды таких, как бывшая жена, которой он мог бы сказать правду.

Т: Возможно, есть другие причины. Может, тебя совратил какой-нибудь старик?

К: Нет, я сам начал и сам совращал.

Гипотезы отменялись одна за другой. Позже он заявил, что снова обручился.

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

К: Я тоже так подумал!

Т: Ради бога, лучше скажи ей. (Пауза) Конечно, это непредусмотрительно. Все-таки, лучше скажи. Зачем причинять ей боль? С другой стороны, если ты ей скажешь, она бросит тебя!

К: Об этом я тоже думал. Я должен был что-то решить, и я ей сказал.

Т. (с триумфом): Она бросила тебя!

К: Нет.

Т. (недоверчиво): Она не в себе!

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

Т: Это точно доказывает, что ей нужна помощь!

Юмористический момент в этой истории – это то, что мужчина имел много достоинств, которых сам не осознает. (Это доказывает ошибку терапевтических доктрин, больной знает себя лучше всех.) Вполне возможно, его невеста смогла оценить его хорошие качества и полюбила его.

Наконец, мы обсудили все гипотезы его гомосексуальности.

Т. (бормоча про себя): Мы рассмотрели все. Остается только одна причина, почему он стал таким и имел сношения с огромным количеством мальчиков.

К: Какая, какая? Скажи мне.

Т. (рассчитывая на клиента, но как будто про себя): Другого ничего не остается, мы обсудили все возможное.

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

Т. («профессионально», нахмурившись): Вами допускалась мысль, что вас неправильно кормили в грудном возрасте?

К. (ошарашено): Да ну?!

Т. (с пафосом, потеплевшим голосом): Да, ведь кроме жидкости в молоке много чистого белка!

Наконец, пациент дошел до сути (к черту психогенез, берите только факты!). С течением времени он стал заметно меняться к лучшему. Он даже пришел к боссу с требованием повысить ему зарплату. Босс сказал, что он заслуживает этого уже много месяцев, но он решил, что дождется, когда пациент сам попросит его об этом. Зарплата была удвоена, потом он бросил гомосексуальные привычки и связи и без всяких осложнений планировал жениться на своей невесте.

На последнем, двенадцатом сеансе он стал рассуждать о младенческом вскармливании и рассмеялся. Качая головой, он заявил, что все «мозги у него высохли» от такого предположения. Он чувствовал, что может прекратить лечение, об этом говорили все факты. Последнее его замечание: " Ты бьешь сильно, ты бьешь ниже пояса, но если бы ты был слабым, мы бы все еще продолжали лечиться в течение скольких лет. Никогда не забуду, сукин ты сын, твое «младенческое вскармливание».

Противоречивые сообщения

Вокруг концепции о противоречивых сообщениях, а более узкого понимания – двойной связи, есть много отрицательных коннотаций, много недосказанного. Возможно, эта недосказанность проистекает из утверждений Бейтс (1956) и Лидза (1960), их соавторов о том, что механика шизофрении закладывается в семье. Однако, нам представляется, что в этой области исследования еще предстоит много поработать, поскольку, если этот коммуникативный паттерн достаточно мощный, чтобы свести человека с ума, возможно он окажется действенным и, наоборот, возвратит ему разум.

Врач провокационной терапии, в отличие от шизофренической семьи, невербально «прощупывает» пациента, подбадривает его и имеет целью помочь больному (сам он редко решается на это) порвать все связи с семьей, утвердить себя в общественных отношениях, достигнуть психологической автономности и зрелой самостоятельности.

В провокационной терапии мы очень рекомендуем применять противоречивые сообщения. Вербальные послания могут быть одновременно истинными и неправдивыми.

Поясним. Допустим, правда в том, что вы – клиент, если продолжаете чувствовать и думать, а, значит, и действовать так, как вы это делаете. А возможно также, что это неправда, если вы желаете и намерены вылечиться. И подаете явные специфические свидетельства этому. Иллюстрацией тому, что клиент об этом стиле коммуникации «одновременной правды и неправды», может послужить заявление одного больного: «Не знаю, верить вам или нет». И другого: «Вы серьезно? Я хочу сказать, что тоже так думаю, но все же...»

Использование противоречивых сообщений еще важно и потому, что они дают клиенту возможность попрактиковаться в расшифровке коммуникаций и соприкоснуться с реальностью смешанных сообщений при индивидуальном общении. Более того, если их правильно сформулировать, противоречивые сигналы могут оказать большое индивидуальное влияние на поведение клиента. Рассуждая более просто, противоречивые сообщения могут оказаться как бы дискриминационной мерой, которую можно применить к клиенту, чтобы заставить его функционировать нормально.

И последнее. В противоречивых сообщениях терапевт рисует мир клиенту, в котором он постоянно в плену противоречий, плюралистической системы ценностей, агонизирующих возможностей выбора и конфликтующих стилей. И клиент должен выбирать из всего этого и применять свою действующую систему ценностей к своей собственной сути, состоянию согласованности. Терапевт не пытается помочь всегда быть в состоянии согласованности с собой. Иногда терапевт даже объявляет: «Не имеет значения, что я говорил на этой встрече, я и сейчас противоречу себе». Иногда он прямо-таки высмеивает желание клиента найти постоянство, устойчивость, Пример:

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

Т. (извиняющимся тоном): Простите, я хочу аннулировать свое утверждение и изъять его из записи... Обычно реакцией клиента бывает заставить терапевта выбрать вместо него: «Ну, и какое утверждение мы возьмем?» Для большего эффекта терапевт говорит: «А какое ты хочешь, чтобы я аннулировал, зануда? Выбери сам, и покончим с этой путаницей». Пример:

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

Т. (с напором): Да, обязательно! (Пауза, выглядит уверенно): Нет, погоди, с другой сто-

роны... (лицо светлеет, как будто нашел решение. Затем снова колеблется): Нет. Лучше подожди, пока я все разложу по полочкам для тебя. Уж через два года я смогу тебе точно сказать...

К. (уходя, со смехом): Вот черт, ты ведь никогда не скажешь мне! (Пр.№ 18)

Перечисление

Другой, часто используемой техникой в провокационной терапии является перечисление. Терапевт не только заставляет клиента составить перечень причин и данных его поведения, но и сам принимает в этом участие с целью выяснить возможные причины заболевания и вызвать реакцию клиента. Пример:

К. (устраиваясь на стуле, улыбается): На этой недели судьба нам улыбается.

Т. (подозрительно): Да? Почему? Назовите три причины. Номер один? (Загибает пальцы).

Примером, когда терапевт начинает «перечислять» клиенту что-либо, может быть такой случай. Пациентка, молодая особа многократно лечившаяся в больницах в течение пяти лет. Причины, в основном, психологические. Были попытки суицида (находилась в реанимации две недели, кома после принятия 300 таблеток), постоянно пыталась изувечить себя. К тому моменту она уже стала поправляться, но еще задумывалась о самоубийстве.

Т. (ноги на столе, попыхивает сигаретой, попивает кофе, говорит кратко, почти бубнит): Разве это не прекрасно? Небольшое усилие, чуть-чуть боли, только положить в рот 300 таблеток, или просто один раз нажать на курок, просто веревку вокруг шеи, несколько минут позадыхаешься или просто один шаг из окна пятого этажа – и уж будь уверена, на этот раз не упадешь в кусты, а на асфальт. Чего еще? А потом уж не надо волноваться, забеременела или нет в пятый раз, и не надо идти на аборт вязальными спицами, называть себя распущенной девкой, потому что переспала с пятью парнями на прошлой неделе, а общая цифра приближается к 1005, верно? Не надо больше ранить себя, чтобы доказать бог знает что, не надо больше проходить через это (показывает в пах), когда тебя так натрахают, что следующее утро точно летаешь, а ходить не можешь; никаких больше депрессий серым, зябким и дождливым утром, как сегодня (указывает через плечо на дождливую погоду за окном); не надо больше волноваться, сдашь ли зачет по программе, которую сейчас изучаешь, не будешь беспокоиться, что скажут папа с мамой, не обременят и твои проклятые друзья, которые могут заявиться в любое время суток; все будет прекрасно, правда? Глубокий, долгий сон. Разве это не настоящее искушение? (Пациентка смотрит исподлобья и кивает). Ты ведь понимаешь, положат тебя спать глубоко в теплую, мягкую землю, где нет склок и стычек с финансовой компанией, не надо думать, как оплатить твою программу, не надо гадать, трахаться сегодня или нет, никаких больше сеансов со мной, которые ты говоришь, ненавидишь, но приходишь с завидной регулярностью вот уже два года; больше и ноги не промочишь (показывает на мокрые туфли) в дождливое прохладное утро; не будет болеть промежность из-за того, что трахалась 17 раз в неделю с пятью мужиками; не надо больше врать родителям о том, что происходит в городе; никаких решений, забот. Мертвецов и трупов не волнуют шрамы на теле (показывает ее порезы, не волнуется оплата счетов, все уже оплачено, они не беременеют, это даже доказано наукой, трупы не беспокоятся, что их промежность гниет – гниет все их тело; трупам не надо отвечать на противные, волнующие вопросы всяких врачей. Трупы, моя милая (терапевт наклоняется и нежно гладит ее по колену), трупы совсем не волнуются. Мертвецы всегда спокойны, мирно спят, спят, спят, спят...

К. (все это время смотрела в пол, губы плотно сжаты, локти на ручках кресла, подносит руку ко лбу, что-то бормочет).

Т. (тем же спокойным, почти убаюкивающим голосом): А как ты полагаешь, Джорджия?

К. (погромче): Я сказала, заткнись. Не хочу слышать всего этого!

Т. (тепло улыбаясь, нежным тоном): Но ты ведь и чувствовала это. Много раз, правда?

К. (глядя на терапевта, низким голосом): Ты же знаешь, черт возьми, да? Но тебе надо продолжать перечислять, перечислять... все это.

Т. («ласковым уговором», наклонившись): Ну, милочка, ты сама думаешь об этом, ты это чувствуешь, почему же не сказать об этом громко?

К. (громче, с напором): Черт вас побери, я не собираюсь кончать с собой. Довольно этого дерьма!

Т. (наклонившись вперед, поглаживая колено, почти соблазняя, очень «понимающе»): Но, дорогая, киска моя, ты ведь могла это сделать, только вспомни. Или это у тебя козырная карта? Так ты пытаешься найти выход?

К. (гамма чувств на лице, улыбается, гримасничает, раздражается смехом): Да, да! О боже! Почему же я такая дура! (Кладет руку на лоб, откидывается в кресле, минуту тянет и говорит): Не-ет, не собираюсь делать это, ни за что. Уже столько раз пыталась.

Т. (откидываясь в кресле, выдыхает): Ты? Пыталась? Ах, брось. Ты ведь трахалась с 15 мужиками за последние 10 дней!

К. (наклонившись вперед, смущенно): Вовсе нет! Их было пятеро! Терапевт и пациент вместе рассмеялись. (Пр. №1

Этот пример тоже можно отнести к данной главе, но он может иллюстрировать и другие техники, речь о которых шла впереди (т.е. «объяснение», невербальное восприятие, использование преувеличения, конфронтации и т.д.)

К: Мне кажется, бесполезно говорить человеку...

Т: (перебивая): Правду.

К: (игнорируя): Что он плохой.

Т: (удивляясь): Да ну? (ударяет по столу) А что еще ты надумала, я тебе должен лгать или что?

К. (протестуя): Но вы ведь не думаете, что во мне есть что-то хорошее, так.

Т (возражая): Но... Я подумал, ты сказала «в людях». Я хотел сказать, конечно, я верю, что в людях есть хорошее, но я не обо всех говорю. Ты ведь знаешь, о чем я говорю.

К. (неуверенно): М-р Фаррелли, я не...

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

К. (после паузы): Ну, я живая.

Т. (с отвращением вздыхает).

К. (спокойно смеется)

Т: Ну, не могу сказать, что... ты знаешь? Что ты чувствуешь, это – благословение или проклятие?

К. (безжизненно): Это – благословение.

Т. (после паузы): Твоя жизнь?

К: Не моя.

Т: Ну вот и смотри, что я хочу сказать... Понимаешь?

(Пауза, откидывается в кресле) А для некоторых людей целая трагедия, когда они умирают, потому что люди *скучают* по ним, они *нужны* людям", ты ведь знаешь... И настоящее счастье просто знать их. Понимаешь меня? А взять тебя...

К: Хотите сказать, лучше бы я умерла.

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

К: Да, думала.

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

К. (тихо): Да.

Т: Понимаешь, что я хочу сказать?

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

Т. (закуривает); А может быть и будет... ведь ты не хочешь, не... должна... обязатель-

но... умереть. Этого ты хочешь?

К: Я сама должна принять решение.

Т. (пауза): Какое решение принять? Чтобы они без тебя жили?

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

Т. (пауза, пытается по-другому): Ты как думаешь, – хорошая мать?

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

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

К. (ухмыляется): Ну...

Т. («удивляясь»): Ты можешь улыбаться, да?!

К. (смеясь): Ну и поддеваете вы меня!

Т: Что значит, «поддеваю»? Ты вдруг так разошлась, как будто захотела (смеется) узнать правду.

К: Что сделала?

Т: Разошлась. Ну, ты!

К: Да, конечно.

Т. (смеется): Уж да-а...

К. (вздыхает)

Т. (улыбаясь): Да...

К: Хорошо, я физически здорова.

Т. (вздыхает с отвращением): Ну хорошо. А что хорошего в том, что ты душевно больна?

К. (почти одновременно): Я... я не хочу проходить платное медицинское лечение, я...

Т. (устало соглашается): Да... Физически ты здорова, О'кей, в туалет регулярно ходишь...

К. (несколько непонятных слов типа «О'кей, я могла...»)

Т. (не обращая внимания): Знаешь, у тебя нет проблем как сходить в туалет, (вздыхает) ты (показывает на нее), у тебя *есть тело*. Живое тело... которое не требует много внимания. Великое дело! А что еще есть?

К.: Ну...

Т. (недоверчиво): Ты хочешь и это *сосчитать*? Как что-то настоящее, ценное. Ты хочешь его посчитать?

К: Что я физически здорова, а что?

Т. (отступая): Хорошо, мы посчитаем это. Черт, сколько сил у меня уходит, чтобы посчитать всего три вещи, дальше!

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

Т. Тут я согласен. Я видел их фотографию, ты показывала, но знаешь... ух, к тебе-то это не относится. Возможно, это заслуга твоего мужа! Наверное, он... парень деловой, да?

К. (качает головой)

Т. (удивленно): Тоже не деловой!

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

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

К. (цинично): Да...

Т: Сколько же он унаследовал?

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

Т: Но ведь ты не хочешь, чтобы денежные дела вел... неумелый... Ты понимаешь?

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

Т: Тогда ему придется вернуться на работу.

К: Если сможет.

Т. (зевая): Да, может быть... Не знаю, он может кончить в больнице для душевно боль-

ных или что-нибудь подобное. Ведь он уже лежал однажды?

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

Т. (не заинтересовавшись): А здесь в...? Они подзарядили его там, наверное.

К: Нет, его шоком не лечили.

Т: Нет? (Пауза). Ну давай, назови, все-таки, три хороших качества в себе. Ты говоришь, двое детей. Я имею в виду, у тебя лично.

К: (пауза).

Т: Ты смеешься или что?

К. (покорно): Я думаю.

Т: Ты думаешь.

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

Т. (кашляет, пауза, насмешливо): Хочу, *хочу!* Если бы все желания сами исполнялись! (Передразнивает). Я хочу вылечиться, хочу быть здоровой.

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

Т. (Как можно громко): Хорошо, ты желаешь (пауза). И что? Все, что ты говоришь – «Я просто желаю»... ведь тоже хотела быть здоровой, когда первый раз выписывалась из больницы?

К. (тихо): Конечно.

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

К. (ровно): Да.

Т: В третий раз ты тоже хотела вылечиться?

К: (пауза)

Т. (агрессивно): Я не слышу.

К. (раздраженно): Да.

Т: Разве ты не хотела вылечиться в четвертый раз?

К. (тоном «побитой собаки»): Да.

Т: Разве ты не хотела вылечиться в пятый раз?

К. (не отвечает).

Т. (глухо): Не слышу.

К. (сердито): Да?

Т: А сейчас? Шестой раз ты здесь, и я прошу тебя назвать что-нибудь стоящее и хорошее в тебе, а ты говоришь: "Я хочу вылечиться. " Очевидно, твои желания... невыполнимые... Ну, так что ты хочешь посчитать? «Я физически здорова и у меня пустое желание в шестой раз вылечиться». Ты это хочешь сосчитать?

К. (с трудом): Если бы я не хотела вылечиться, я бы не думала, что смогу. (Вздыхает).

Т. (громко): Ну и что? Ох (насмешливо), коренное улучшение симптомов, но главная проблема так и не решается, стоит на месте. Ты выглядишь такой несчастной всегда, когда я говорю об этом, совсем как незаведенная кукла или...

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

Т: («невинно»): Что ты начинаешь? Что ты хочешь сказать, сердиться *на меня?*

К. (очень раздраженно): Потому что вы н-не любите меня, даже ненавидите, как же мне любить кого-то (коротко смеется), кто не любит меня?

Т. (протестующе): Вот это да! Нам и не надо «любить» друга. Я ведь только говорю «будь разумной».

К. (протестующе): О кей, я стою перед... ужасным фактом, что я в растерянности.

Т: Нуи...

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

Т: В тебе что-то происходит?

К. (глубоко вздыхает): Да-а!

Т: (смеется).

К: Так должно быть, м-р Фаррелли?

Т. (значительно): Да, ты можешь измениться. Всякие люди меняются.

К: Я-я...

Т. («понимающе»): Ты можешь! Вот посмотри, прежде всего, смотри прямо на факты. Конечно, ты можешь и прекратить свою жизнь. Понимаешь? Фактически, ты почти прекратила ее сама.

К. (тихо): Да.

Т: И сколько лет тебе было, когда первый раз решила покончить с жизнью?

К: Примерно два, нет, три года назад.

Т: Три года назад! Тебе было тридцать четыре. Жизнь уже прекратилась в тридцать четыре, а ты приходишь и заявляешь: «Не могу расстаться с жизнью в тридцать семь». К чему это все? Где логика? (Пауза. Стук в дверь) Конечно, ты можешь прекратить все это сейчас. Понятно? (Идет к двери, открывает. Другая клиентка у двери говорит поспешно: «У них нет комнаты для меня, вы не говорили с ними?») Терапевт говорит кратко: «Нет»

К: «Они забрали ее домой, и я не знала.»

Т: «Тебе надо подождать автобус и пять долларов»

К: «А он придет?»

Т: «Да, если я куплю билет, я сообщу.»

К: (расстроено): «Хорошо. Пока. Работайте.»

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

К. (отвергая): Перспектива не из приятных.

Т: Ну? Ну это... (вздыхает) другое дело, сама видишь.

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

Т. («перечисляя»): Ты хочешь, желаешь, очень жаждешь. Все это было бы хорошо, если... видишь? Ты пережила все эти вещи, так?

К: Конечно.

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

К. (неуверенно): Нет.

Т. (разводя руками): Но ведь произвела двух детей, знаешь...

К. (отвергая): Это ничего не значит.

Т. (быстро): Да... я...

К: Пока я не стану ухаживать за ними.

Т. (смеясь): Наконец! Рад, что ты сказала это. А то я... ты очень хочешь, и желаешь, и говоришь об этом. Понимаешь, сейчас ты говоришь: "Я *желаю, страстно* хочу быть здоровой. (Жест в сторону клиентки) Но посмотри на себя!

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

Т: Хороша! Я немного затрудняюсь, знаешь... (вздыхает, делает паузу, протягивает руку и касается ее руки, убирая ее с лица)

К.: отдергивает руку и сжимает в кулак.

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

К. (смеется облегченно).

Т. (смеясь): Ты смеешься!

К. (смеется).

Т. (смеясь): А зачем эта рука назад? Ударить собираешься или что?

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

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

К: Ну, я... мне не нравится, когда вы тут рядом со мной, и все, м-р Фаррелли.

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

К. (разочарованно): Да.

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

К. (агрессивно): Вы записываете это?

Т: Да, это надо делать. Но, необычное, невероятное (К. вздыхает), умная женщина, со-
вершающая глупости, неопытная, неорганизованная, безответственная одинокая волчица!
(Пауза) Опять это отсутствующее выражение лица. Что случилось?

К. (безжизненно): Ну...

Т. (передразнивая): Ну... это я. (Смеется) Слава богу, это – ты, а не я. (Пауза) Ну что?
Заполнитель паузы?

К. (пауза, слабо): Ну что мне с собой делать? Я все время думаю... Т. («озадаченно»):
Влюбилась... точно. (Свистит от удивления) К. (ровным тоном): Что мне теперь делать? Т:
Если бы я был на твоём месте, я бы не спал ночи напролет. К. (повышая голос): Но я и *так*
не сплю!

Т. (раздражаясь смехом): Вы только посмотрите. Ха – ха! Черт меня побери! (К. смеет-
ся) И ты смеешься. Почему?

К: Потому что вы смеетесь.

Т. (смеясь): Знаешь, если бы я был на твоём месте, и у меня были бы личные проблемы,
я имею ввиду тебя, я бы не спал ночи. (Передразнивает) «Но я и так не сплю». Кто знает?

К: Я так больше не могу.

Т. (громко): Но ты должна, и все тут, должна. У тебя... когда же это было, когда ты в
первый раз попала в больницу?

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

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

К. (не реагируя, безучастно смотрит).

Т. (проводя рукой возле её лица, резко): Эй?

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

Т: Не водить рукой перед лицом? Ты выглядишь безучастной, не знаю, где ты сейчас,
как будто на расстоянии в миллион миль!

К. (слабо): Я просто...

Т. (с триумфом): Ушла! Еще раз. Ну, брат...

К. (сердито и громко): О боже! Вы называете меня всякими именами, из книги, что ли?
Не думаю, что это правильно, вы не любите душевнобольных!

Т. (показывая «расположение»): Не то, чтобы не люблю, они *нравятся* мне, поэтому я
выбрал такую работу.

К. (озадаченно, но еще раздражённо): А... вы уверены, вы точно не любите меня, м-р
Фаррелли?

Т. («изумленно»): Ты что, обвиняешь меня за это?

К. (громко протестуя): Но во мне ведь есть что-нибудь хорошее!

Т: Назови три вещи. Назови одну! «Мои дети»... Они больше не с тобой. «У меня здо-
ровое тело». (Слабей): Ну-у... итак, что у нас? Что еще можно назвать? Ты... можешь думать
о чем-нибудь еще?

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

Т. (перечисляя): Я хочу, я желаю.

К: Быть...

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

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

Т. (недоверчиво фыркая).

К. (стараясь продолжить): И...

Т: К несчастью, это не имеет ничего общего с «во мне есть что-то хорошее»... Нет, не
имеет ничего общего.

К. (всезнающе): В каждом есть что-нибудь хорошее... (заканчивает тихо), м-р Фаррел-
ли.

Т. (насмешливо): Ну да, хорошенькие глазки... (ободряюще) Смотри сюда, прямо

смотри.

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

Т: Так, сколько пальцев я загнул?

К: Два.

Т. (ободряюще): Два. Ну вот, красивые глаза. А какого цвета мое пальто?

К. (смотрит, показывает Т): О-о, оно какое-то серовато-черное.

Т. (тепло): Так! Итак, красивые глаза, слух у тебя в порядке... Волосы у тебя... Ты знаешь... Органы чувств у тебя... И волосики у тебя на верхней губе, ты знаешь, они симпатичные! А вот и голова... а внутри мозга (смеется).

К. (озадаченно): Вы так говорите, заставляете меня чувствовать даже хуже.

Т: Как это может быть? Я хочу сказать, как это ты можешь чувствовать хуже, чем...

К: Потому что вы – человек, у которого большой опыт в этой области, и вы встречались со многими... больными людьми.

Т. (прерывая): Правильно, несколько тысяч.

К. (продолжая): И... вы думаете... я безнадежна?

Т. (вздыхает): А ты не чувствуешь этого?

К. (просветленно): Да, но мои перспективы...

Т: Продолжай.

К: Мои перспективы... их может не быть...

Т: С другой стороны, и это весьма вероятная гипотеза именно твои перспективы – твои, и ты *должна* знать это! Ты, и больше никто! И главная перспектива, *единственная, логичная, рациональная, здравая*... скажем, в свете твоей жизни, прожить ее. Понимаешь, что я хочу сказать?

К: Точно, я никчемная.

Т: Правильно, *в этом нет сомнения*, ведь мы не будем спорить об этом, да?

К. (колеблется): Нет.

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

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

Т. (заканчивая):...когда люди соглашаются со мной/ («удивленный», что К. прерывает)

А тебе разве нет?

К: Когда люди соглашаются со мной?

Т: Да. Когда, ты знаешь, что существуют разные мнения

К. (осторожно): Смотря какие мнения.

Т: Ну, я согласен с тобой.

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

Т: Ну, тогда получается, полупостоянно, и это продолжалось последние пятнадцать лет, так?

К (пауза, всхлипывая): Ну, я еще не сдалась, м-р Фаррели.

Т: Это только показывает, до чего некоторые люди упорны... В голове у них только одна идея, и ничего другого. Неправда, что ты не сдалась, ты сдаешься каждый день. Ты знаешь, Бог знает, сколько... Черт возьми, ты уже почти сделала это, сделала в тот раз, когда взяла все эти таблетки и пошла в гараж... И что, скажешь, что ты не сдалась?

К. (неуверенно): Значит, сдалась... Т. (с триумфом): Ну вот! К. (быстро): Но...

Т. (не глядя на нее): Разве ты не сдалась, когда... Этот развод. Разве ты не сдалась, когда не стала воспитывать детей задолго до того, как твой брат забрал их? (Звонит телефон), ты постоянно сдаешься... И ты знаешь (сжимает трубку, разговаривает, кладет трубку, откидывается в кресле, вздыхает). Так о чем мы говорили... а! В тебе есть что-то хорошее.

К. (просветленно): Конечно. Т. (пауза): Ну, и что?

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

Т. («уговаривающе»): И, конечно, у тебя есть доказательства этому, так?

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

Т. («серьезно»): Откуда ты знаешь? Откуда... (смеется).

К. (ухмыляясь): Ну, я уверена.

Т. (смеясь): Ты смеешься?

К. (смеется)

Т. (ухмыляясь): Ты смеешься.

К. (спокойно смеется): Да, мне смешно.

Т. («удивленно»): Ну, и что ты знаешь? У тебя есть все неопровержимые доказательства... А ведь ты даже и не знала об этом. Откуда ты знаешь, что не родилась такая?

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

Т. (саркастически): Ты знаешь, что они хорошие! Когда смотришь на младенца, то «думаешь». "Один из десяти шансов, что этот малыш проведет полжизни в больнице для душевнобольных.

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

Т. (ровно): Не думаешь.

К. (мягко): Я смотрю на ребенка...

Т. (ровно): Ты смотришь на девочку и говоришь: «Один из...» Ну, что-нибудь подобное – «один из семнадцати шансов, что она забеременеет».

К. (спокойно): Я не думаю *об этом*...

Т. (протестуя): Послушай, ты сейчас не думаешь об этом. Посмотри сюда. Ты не родилась такой? А *твоя* мать... А ее история... Может быть, как раз у тебя плохие хромосомы? Знаешь, слабые гены.

К: Нет-нет.

Т. (твердо): Самые слабые из всей семьи.

К: Нет, это не наследственное.

Т: Не было наследственным. (Закуривает) Ну, хорошо. Они (т.е. ее родители) загубили тебе жизнь.

К: Ну, я росла с мыслью, что во мне что-то не так, что я – не хорошая.

Т: Похоже, подобная история подтвердила твое неверие в себя, не так ли?

К. (не отвечает).

Т. (резко): Я не слышу тебя.

К: До этого времени я не говорила Вам, в моей жизни было немного... хорошего.

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

К. (с раздраженным недоверием): Почему Вы так говорите со мной?

Т: Черт возьми! Ты не удалась даже как больная!

К. (не отвечает).

Т: Ведь так?

К: А что должна больная делать?

Т: Не знаешь?

К: Ну, временами мне лучше...

Т: Ах, временами, ненадолго...

К: Но если я безнадежная, как же быть с детьми?

Т: Ах, знаешь (вздыхает)... если мы сможем ослабить твое влияние на них, может быть...

К: «Ослабить?». Не понимаю.

Т: Очистить... Противопоставить ужасному влиянию, которое ты на них оказываешь. Может быть, у них будет шанс.

К: Ах, черт! Это уж слишком!

Т: А ты не думала об этом... У них больше шансов без тебя... Конечно, им нужен кто-нибудь тоже стабильный, и зрелый, и умственно здоровый. Ты так не думаешь?

К: Думаю.

Т. («уговаривая»): Ну вот, я об этом и говорю, золотко.

К: Окей. Но что мне делать с детьми?

Т. (свистит от удивления)

К: Поэтому-то я и спать не могу ночами. Ну да... Похоже, мы не можем спасти родителя, но, по крайней мере, надо что-то сделать с малышами, так?

К: Ну, не знаю... В чем дело? Почему опять слезы в глазах?

К. (контролируемым голосом): Да, у меня слезы на глазах. (Пр. №20).

Глава 4 ЮМОР И ПРОВОКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Среди возможных образцов для подражания, кроме разного рода врачей психотерапевт выберет придворного шута. Именно шут со всей откровенностью в дурацкой форме смеет комментировать поступки короля, его приближенных, состояние дел в государстве; он всегда притворяется, всегда смотрит на деяния людей вверх ногами. Больной также, если можно так выразиться, страдает от перегрузок (серьезности, опасности).

Жизнь для него – тяжелая ноша, само существование его – загадка, и все же, если посмотреть со стороны он может показаться банальным (ясным и понятным), а его проблемы – немногозначащими. И в самом деле, чувствуя себя больным и потерянным, постепенно он находит смешное в ставших для него привычными слезах и собственном абсурдном существовании. Без всякого неуважения к ним оба они: терапевт и больной живут, увязнув в серьезности.

Фишер, 1970

Студентам необходимо напоминать, что, если во время лечебного сеанса больной не смеется хотя бы часть времени значит, терапевт не лечит провокацией, а то, что он делает иногда может оказаться разрушительным. Юмор играет центральную, решающую, ключевую роль в провокационной терапии; он необходим и не является поверхностным дополнением к «настоящей работе».

В повседневной жизни юмор и его выражение в смехе такое повсеместное явление, что мы порой и не замечаем его. Однако, многие психотерапевты слишком серьезны по отношению к своим больным. На ранних стадиях лечения больные иногда смеются, но весьма часто это рассматривается терапевтами, как не основное: своего рода фасад и защитный механизм, который нужно нейтрализовать резкими фразами для того, чтобы можно было приступить к серьезному деловому лечению. Возможно, Фрейд был первым и типичным представителем в этом отношении; он написал очень проницательный научный труд о юморе (1928), но в своей приемной совсем не использовал юмор, как лечебный метод.

Юмор – очень ценный опыт для понимания человеческой души. Примите во внимание, что противоречия биологии, культуры и техники наталкиваются на психологию отдельной личности. Эти взаимодействия редко можно наблюдать в течение долгого времени, и они часто вызывают напряжение и тревожность. Когда человек справляется с проблемами и вытекающим из них чувством неуверенности, он должен постоянно учитывать, к чему это может привести. Учтите также, что реальность постоянно меняется, а вместе с ней может меняться и наше восприятие реальности, если, разумеется, мы реагируем на нее адекватно. Каша задача – поддержать равновесие и перспективу, именно здесь юмор может сыграть решающую роль. В пословице говорится: «Люди смеются, чтобы не заплакать». Слыша ее, многие люди полагают, что юмор сбивает с толку человека, пытающегося справиться с печалью. Никто этому не противоречит, но следует уделить внимание другой интерпретации, а именно, если ты привержен идее, вере или же ощущению слишком долго, это может привести к неприятностям и слезам. Таким образом, мы нуждаемся в личных перспективах, которые может дать юмор. Он становится механизмом безопасности, придающим нам равновесие, перспективу и оптимальную психологическую дистанцию в нашей многообразной жизни. Предмет нашего

рассмотрения – постоянный конфликт мысли и чувства в нашей жизни. Чрезмерное обдумывание может легко снизить глубину наших чувств; избыточное чувство может легко препятствовать нашему мышлению. Ни сверхинтеллектуальный рационализатор, действующий как мощный компьютер, ни жуткая истеричка, движимая «настоящими чувствами» не дает оптимального представления о жизни человека. Юмор и шутка – вот та пропорция и мышления, и чувства. Ведь невозможно чувствовать себя оторванным и слишком застенчивым во время неожиданной шутки или смешной ситуации. Юмор помогает человеку найти нужную психологическую дистанцию при сильных чувствах или безрассудных мыслях. В данном случае мы говорим о сдвинутом чувстве дистанции шизофреника, ни о дистанции тех, кто чрезмерно боится близости личного общения, ни о сверхинтеллектуалах, которые держат свои впечатления на расстоянии вытянутой руки. Мы говорим о дистанции, которая дает перспективу, дает нам возможность управлять своими чувствами, идеями, поведением и, таким образом, более адекватно реагировать.

Недавно возник еще один, глубоко личностный аспект юмора, он появился благодаря новым техникам терапии, которые фокусируют внимание на теле (так называемая гештальт-терапия, биоэнергетика, рольфинг и т.д.). Они могут давать очень эффективный результат. Если принять идею, что подавление – это мышечное явление или что психологические конфликты проявляются всем организмом, тогда достойна внимания польза смеха на физиологическом уровне.

Отдельные виды смеха могут быть аналогичны оргазму с освобождением от психологической напряженности и непроизвольной, неподдающейся контролю потребности в завершении. Так, на многих уровнях юмор может оказаться полезным освобождающим опытом.

Другой глубоко личностный аспект юмора связан с индивидуальным ощущением реальности и ее концептуализацией. Реальность независимо существует в нашем аппарате восприятия, и ни один из нас не может не воспринимать или скрыть реальность. Мы наделены достаточными и точными сенсорными данными, чтобы в любой ситуации могли адекватно реагировать на неприятные процессы. Подобным образом наше ощущение (восприятие) реальности бывает временами случайной, но единственно логичной абстракцией, которую нельзя смешивать с самой реальностью. Ведь наши органы чувств обеспечивают нас только ограниченным количеством данных, а наша творческая сила интерпретации и комбинации изменчива и ограничена. Тем не менее, хотя и произвольно о наших восприятиях можно всегда судить в терминах полезности и предсказуемости. Для того, чтобы эти восприятия функционировали с максимальной нагрузкой их необходимо постоянно подкреплять ощущениями. Юмор и является таким инструментом подкрепления и оценки.

Каким образом юмор влияет на восприятие и концептуализацию реального, более детально можно проиллюстрировать на примере рассмотрения анекдота. Чтобы не быть чрезмерно упрощенным, анекдот, как правило, состоит из двух частей: начало фабулы и кульминации. Только вместе с зачином кульминационная часть обладает эффектом неожиданного превращения его в совершенно новое понимание, в новую фигуру. Это быстрое неконгруэнтное восприятие потрясает и доводит нормальное восприятие до предела. Реальное и нереальное противопоставляются; фантазия и метафора тесно переплетаются с новым набором данных. И именно смех сигнализирует, что анекдот понят. Временами правила реальности отступают в кульминационной точке, и анекдот комментируется одним из многих уровней абстракции, всегда сопутствующих ему.

У реальности всегда достаточное количество уровней абстракции, которые можно совместить и, «загоняя в мозг», увеличить их осознание, создав тем самым у человека временную неуверенность. Момент неуверенности может оказаться очень полезным, поскольку заставляет человека оценить свое поведение или же выстроить реальность с учетом разных преимуществ более осторожно. В терапии это происходит функционально в виде конфронтации, когда пациент осознает, что он одновременно и слушатель, и мишень анекдота-шутки. Посредством преобразования имплицитных и эксплицитных значений, контекстов и уровней абстракции кульминация вскрывает многоуровневую природу реального. Врачебное чутье

играет очень большую роль в терапевтическом использовании юмора. Использование юмора только тогда достигает цели, когда скрытое предполагаемое значение глубоко задевает больного. Юмор используется в терапии также для приведения больного к быстрому чувственному переживанию и с целью освободить творческое воображение больного при решении проблем, когда ему приходится «ломать голову».

С рассмотрения внутриличностных аспектов юмора перейдем теперь к рассмотрению межличностных аспектов, поскольку юмор – чисто социальное явление. По своей природе юмор обязательно должен разделяться с другим человеком. Даже человек, переживающий восприятие юмора изоляции, возможно, сохранит его в памяти для будущего общения. Люди тянутся к смеху, когда они с друзьями, через юмор они получают «ласку» от общества. Но люди всегда соревнуются и очень щепетильны из-за социального положения по отношению друг к другу, при этом столкновении юмор тоже часто присутствует. Именно в межличностной сфере такие важные терапевтические приемы, как нападение, отступление, победа-поражение, доминантность-неполноценность, превосходство-униженность, дистантность – близость – вот составляющие юмора.

В межличностном плане юмор есть форма игры. У взрослых существует проблема, что их игра часто становится мрачной и слишком быстро перерастает в серьезность. В качестве иллюстрации можно обратиться к футболу, который, вероятно, начинался на песочном участке и неопытными актерами, актерами, а превратился в серьезный бизнес на профессиональной основе. По сравнению с песчаным футболом, у современной игры роли стали более специальными, и полузащитник не может сыграть вместо защитника даже на короткое время. С возрастанием серьезности творческая фантазия и воображение идут на убыль, давая неблагоприятный результат, что взаимоотношения и роли становятся жесткими с умалением возможности реализоваться. Чтобы достигнуть оптимального душевного здоровья, взрослые должны снижать свой уровень серьезности и, применяя воображение, разбить чрезмерную жесткость и близорукий взгляд на реальность.

В шутке, как и в психотерапии, заложено три элемента:

(1) «основа» поведения (т.е. серьезная борьба или конкуренция за цель, например, настоящий бой);

(2) метафорическое поведение (т.е. что-либо аналогичное, но не опасное и окрашенное в другую тональность, например, состязание на шпагах, вербальное оскорбление);

(3) метакоммуникация (т.е. невербальное поведение или контекст с изменением обычного значения шутки или вербального послания).

Юмористическое общение есть одна из форм шутки, которая может начинаться либо из шуточного контекста, либо неожиданно преобразуется в игровой контекст в какой-то момент разговора (интеракции). Шуточный контекст означает, участники данного процесса коммуникации придают иное значение событиям, чем обычно принято (предписано). В процессе шутки создается «реальная» фантазия или метафора реальности, так и юмор становится парадоксально реальным или вовсе не реальным (Фрай, 1963, с. 146).

В провокационной терапии так же, как и в шутке, очень необходим метакоммуникативный аспект шуточного контекста. Он достигается с помощью невербальных средств (квалификаторов), таких, как подмигивание, насмешливо серьезное отношение, диалект и сам контекст. Установка на «нереальность» неожиданно меняется, когда терапевт своим юмором доказывает реальность и причастность больного к этому, тогда последний начинает осознавать, что «шутка направлена на него».

Рассматривая теоретические аспекты юмора с межличностной точки зрения, следует упомянуть еще одно качество: юмор неотразим и действителен. Он дает встряску, толчок. Он меняет мышление человека. Подозреваем, что его неотразимость происходит из глубоко парадоксальной природы нашего существования. Люди более податливы во время «оргазма» смеха. Мы полагаем, что юмористическое заявление также легко запомнить, как и серьезное. Юмор продолжает оказывать влияние на нас и по прошествии времени. Это – мощный инструмент межличностного общения.

Мы не претендуем на то, что все излагаемое – исчерпывающий анализ предмета, возможно, для понимания достаточно дополнить теоретические выкладки несколькими примерами использования юмора в провокационной терапии. И снова следует подчеркнуть, что студентам необходимо напоминать о том, что *если их клиент не смеется хотя бы часть времени, значит, они не проводят провокационную терапию*. Однако нельзя сказать, что провокационная терапия – это час развлечений. Юмор терапевта имеет далеко идущую цель, через смех заставить клиента заниматься личными проблемами, заставить его чувствовать и вести себя прямо и честно.

Все системы лечения имели дело с природой лечебного общения, причем большинство систем делает упор на важность личного приобщения терапевта к лечению больного. В провокационной терапии такое участие также важно, но достигается это несколькими другими путями. Если обычный врач мягок, добр и дружелюбен, в провокационной терапии врач участвует в процессе посредством гнева и юмора. Здесь юмор является одним из главных лечебных двигателей для невербального выражения тепла и положительного отношения врача и больного. Невзирая на кажущуюся конфронтацию, больные вполне понимают дружеское участие врача. Они легко понимают это вне зависимости от того, выражает ли врач свое отношение дружелюбным юмором или даже сердито:

К. (качая головой): Мне все равно, что вы говорите – я ведь знаю, что вы хорошо относитесь ко мне. Один наш коллега, прослушав записи сеансов, отметил: «Вы знаете, Фрэнк, люди, как собаки – знают, любите вы их или нет».

Когда наши больные приходят на лечение, им не хватает юмора или же юмор, которым они выражаются, лишь подчеркивает нарушение их психики. Равновесие их чувств и мышления нарушено, а чувство реальности утрачено. Они потеряли свободу совладания с внутренним напряжением и внешней экспрессией. Ведь показателем благополучия часто является способность смеяться, временная регрессия, потеря контроля и восстановление всех этих качеств. Таким образом, именно оптимальное использование больным юмора может служить основанием для первоначального диагноза, а затем эффективным свидетельством выздоровления. Больной может научиться смеяться в нужное время и к месту, над чем можно смеяться, включая самих терапевта и больного. Особое значение в провокационной терапии имеет тот факт, что врач может посмеяться над собой, своими слабостями и образом жизни с целью продемонстрировать больному, что это не приносит ему вреда, не разрушает его, о чем, к сожалению, забыли в настоящее время многие врачи.

Я не уставал повторять больным правду: «Я люблю вас и забочусь о вас», но обнаружил, что они не всегда верят: «Вас учили этому», «Не верю этому» или «Вы любите всех ближних, и я не думаю, что могу рассчитывать на искреннюю любовь», «Вам государство платит за то, что вы пытаетесь понять и полюбить меня». Вызывали протест и мои искренние добрые чувства к больному, между нами была огромная пропасть недоверия: они не понимали такого моего поведения. Невероятно, но когда при лечении я начал говорить им: «Терпеть тебя не могу», Я впервые почувствовал реакцию с их стороны. «Нет, я точно знаю, что вы любите меня», а я отвечал: "Да, эту улику никто не может опровергнуть, или:

Т. (Лесбиянке): Послушай, Джорджи, если потратишь полжизни– а ты уже потратила 14 лет – на эту глупость, у тебя выработается отрицательное, нарушенное чувство восприятия, попросту сумасшедшие идеи.

К. (Смеясь): И каждый раз вы себя выдаете, я не так тупа, чтобы не понять... в глубине души я знаю, что вы любите меня.

Т. (Возражая): Ну, я обязан любить всех вас, я всегда это делал, т.е. любил, но сейчас я пересмотрел свое отношение и не хочу позволять вам вмешиваться в мою работу.

К. (смеется). (Пр. №21).

Мой явно неуместный протест провоцирует их на смех и больше укрепляет в своем доверии к врачу.

На практике существует много форм юмора для провокации больных:

(1) преувеличение;

- (2) мимикрия (передразнивание);
- (3) высмеивание;
- (4) передергивание (искажение);
- (5) сарказм;
- (6) ирония;
- (7) шутки.

Посредством преувеличения мы делаем установку на переоценку или недооценку реального или чувства по существу вопроса, мы хотим выразить «больше, чем в жизни», карикатурно само мышление больного, его привязанности, поведение, взаимоотношение и цели. В такой атмосфере принуждают решить самому, какие у него взгляды на реальное и природу своих восприятий. Например, случай из групповой терапии. (Пр. # 22). Одна пациентка среднего уровня развития заявила, что она хотела бы быть «второй Кэрл Бернет», комедийной актрисой, работать на радио и зарабатывать миллион долларов в год. Я сразу изобразил заинтересованность, вышел перед группой и сказал: «Теперь понимаю, в чем дело», а потом начал неуместно обсуждать ее первое «радиошоу». Смехом разразилась не только группа, но и сама пациентка, которая предъявила права на совершенно нереальную роль, рассмеялась и решила покончить с этим. Она покраснела и гневно сказала: «О кей, Фрэн можете сесть. Я все поняла. Конечно, это было глупо с моей стороны. Но ведь я могу получить работу в больнице, детском саду, где бы я могла мыть полы и делать другую работу?». Группа сразу согласилась: «Ну, ты теперь говоришь более реальные вещи, Мэри. С этим ты, конечно справишься. Ты прекрасно работала в палате и любишь делать это хорошо».

Передразнивание сопровождается негативным моделированием техник, описанных ранее, когда терапевт играет роль больного. Обычно достаточно бывает пяти-десяти секунд монолога в стиле Джонатана Винтерса, чтобы получить обратную реакцию.

Еще пример (№ 23). Молодая, настроенная воинственно пациентка, на первом же сеансе заявила в угрожающей форме, что иногда у нее случаются припадки «психомоторной расторможенности». Она тотчас получила информацию о том, что я сам подвержен таким «приступам»: как бы не владея собой, я схватился за шейные мышцы так сильно, что голова у меня стала раскачиваться и трястись, затем уставился на пациентку злобным взглядом и, обнажив зубы, при этом руки у меня тряслись, а кричал я громче и громче, одновременно вставая из кресла и шагая в ее направлении. Сквозь стиснутые зубы я цедил объяснения, что такие «приступы» у меня бывают, и если она посмеет огорчить меня хотя бы на одном сеансе, то такой приступ неизбежен. Сказал, что прошу заранее прощения, если мне придется причинить ей боль, но на самом деле я этого не хотел бы. Она испуганно скосила глаза, странно посмотрела на меня, кивнула головой и только потом произнесла: «О кей, друг, я поняла, я все поняла». (P.S. На беседах с ней подобное больше никогда не случилось).

Высмеивание – это форма юмора, которая вызывает недоумение и вопросы профессионалов и, возможно, справедливо, поскольку оно не может быть как-то квалифицировано, получить какое-либо определение, зато может быть болезненным. И все же в защиту этой техники мы бы сказали, что в ней заложена огромная потенция. Во всей стране пользуются этим мощным стимулом, чтобы смоделировать ведение других (включая семьи и спортплощадки). Ныне покойный Саул Алинский, организатор социального дела, как -то сказал: «Не смешивайте смех с цирком. Смех и высмеивание – сокрушительное оружие, какое когда-либо было во владении социального работника.» И снова нелишне повторить, что в провокационной терапии допустимо не только высмеивание клиента, его идей и поведения, но и самого врача, невзирая на его «профессиональное достоинство».

Вот пример одного из терапевтических сеансов палаты. Хорошо образованная дама средних лет наклоняется вперед, чтобы осмотреть присутствующих, и останавливает взгляд на враче:

К.№ 1 (серьезно): М-р Фаррелли, вы когда-нибудь отмечали в вашем курсе терапии, что вашим пациентам трудно отличить вас от Бога? Я говорю это, потому что когда я лечилась у психоаналитика, я не могла отделаться от ощущения, что он – Бог.

Т. (наклоняется вперед, чуть приподнявшись в кресле, простирает руки на манер страдающего-на-кресте-Христа, принимает выражение лица мессии и сладким «всепрощающим» тоном): «Чада мои...» (Врач протягивает руки до тех пор, пока не попадает в лицо воинственной пациентке, сидящей слева. Она хватается за запястье, отталкивает руку, но не отпускает и, громко засмеявшись, прерывает терапевта): К № 2: Ах, черт, Фрэнк, вы ведь просто социальный работник! (Группа громко смеется).

Т. (внезапно принимает "удивленное" выражение, как будто выходя из транса): Что? К № 1 (глядя на терапевта, кивает медленно и серьезно): Понимаю, вы не позволяете им зависеть от вас. (Пр. № 24)

Мы полагаем, что предприятие под названием психотерапия должно использовать все возможные техники, чтобы стать мощным и эффективным посредником для выздоровления. Мы заинтересованы, чтобы наши клиенты яростно протестовали против собственного саморазрушения, с подачи терапевта, разумеется. Он и провоцирует клиентов «опровергнуть» все его насмешки и утвердить самих себя.

Т. (продолжая строить гримасы): Это просто, вы такие... смешные... бездельники... Ох! (Т заканчивает беспомощным жестом, как будто у него не хватает слов выразить – какие они... ох!).

К. (ровно): Ладно, я думаю... больше всего в жизни мне не хватало... и потому я ничемная и... бесполезная.

Т. (безучастно перебивает): Да.

К.: Но я не беспокоюсь о себе. Ничто меня не волнует. Т. (понимающе): Я тебя не виню. К. (продолжает): Я никогда не волновало.

Т. (понимающе): Я не виню тебя. Я даже рад слышать, что у тебя есть мнение на этот счет. К. (пауза): Как только оглянешься и вспомнишь детство. Т. (слабо): А нужно ли вспоминать? Ну, давай, если нужно.

К. (осторожно продолжает): Я кое-что сделала, после чего я... стала ненавидеть себя. Т. (ровно): Ну и сделала... Ты ведь много чего делала

К. (пауза, убеждая): Но ведь поэтому я и ненавижу себя, потому что делаю. Т. (противоречая): Нет-нет, потому что ты делаешь эти вещи, поэтому ты... К. (перебивая): Нет! Т. (закончив): И не любишь себя. К. (громче): Нет.

Т. (наезжая на нее): Ты воспринимаешь все это по- дурачки. К. (громче и тверже): Вы неправы.

Т. (подражая ее тону): Что ты хочешь сказать, почему я – неправ? К. (пытаясь объяснить): Потому...

Т. (помпезно, не ожидая, пока ответит): *Черт возьми, ты ведь просто пациентка, а я врач. Откуда тебе знать... права или нет?*

К. (ровно, убедительно): Вы ведь не непогрешимы, м-р Фрэнк Фаррелли. Т. (смеясь): Разве? И я могу ошибаться, ты это хочешь сказать?

К. (убежденно): Да, Вы неправы. Вы ошибаетесь насчет меня. Не такая я уж... злая, и не ведьма... и не проклята, и... не... безнадежная... (звонит телефон, Т. кладет руку трубку, но не поднимает ее, ждет, пока К. закончит),...не тупая... как вы считаете.

(К. смеется, резко кивает головой). Вот так! (Пр. № 25)

Терапевт использует эти методы, чтобы заставить больную защищать себя на реальных позициях против нереальных и негативных оценок. И чтобы больная в дальнейшем могла самостоятельно справиться с такого типа отрицательными оценками, как своими, так и посторонними, терапевт помогает ей узнать, как это делать, научиться на практике защищаться внутри «собственной лаборатории» терапевтического общения. Многие больные приходят на лечение, имея не просто «тонкую кожу», но порой не имеют ее совсем; психологический нерв оголен и выступает наружу. Задача врача и является помочь таким больным «нарастить кожу»-уметь прятаться и наступать в нужное время. Конечно, это не значит, чтобы больной стал психологическим эквивалентом моллюска, имеющего непробиваемое защитное оружие или же бесчувственным роботом. Преследуемая цель – научить противостоять всем перипет

тиям и странностям фортуны и избавить их от истерических, сверхчувствительных форм поведения.

Большую часть времени нам приходится дифференцировать мысли, впечатления и самоуничижительное поведение больного от него самого. Мои два брата-священника и монахиня-сестра поучают: «Люби грешника, ненавидь грех».

Наши коллеги говорят: «Принимай человека, а не его поведение». А мы утверждаем: «Это мы и делаем. Мы высмеиваем глупости человека, его идиотские мысли и поступки, но не самого человека». Считаем, что это очень важная часть, но и отличительная черта, поскольку поступки – это я, я – это поведение. Еще две тысячи лет назад сказано «По плодам их ты и узнаешь их», и до сих пор это верно. Важно отметить, что вначале больной не позволяет провести это тонкое разграничение, выявить эту отличительную черту между собой и своими поступками, поведением. Иногда думается, что они правы. Мы ненавидим грешников, но не Грех, себялюбие, слабость человеческой природы и т.д. Все это логические абстракции. Мы очень не любим определенного рода отклонения, а также патологические, криминальные психические проступки. С возрастом тенденции к более бихейвиористским формам лечения все большее значение приобретает упор на поведение. Посыл терапевта «Не обращай внимание на внутренний голос, не обращай внимания на то, что чувствуешь внутри себя, ты все еще как глупый баран, как насчет того, чтобы взяться за свое поведение и отношение с людьми?!»

В большинстве своем больные подвластны обстоятельствам (бихейвиористы). Уместно рассказать об одном случае, который произошел в палате, когда одна больная крадала вещи из шкафчика другой.

Т. (защищая): Возможно, она не может сдержаться, ты об этом подумала? Ты ведь знаешь, нашим больным необходимо понимание и сочувствие. Несколько пациенток (подхватывая): Послушайте, Фрэнк, не забывайте, что мы тоже больные. Если одна душевнобольная (указывая на обвиняемую) сделает подобное еще раз, *мы* тоже сделаемся более душевнобольными, и нам неважно, понимает ли она это или может сдержаться или нет, она получит от нас. (Пр. № 26).

А я подумал: «Прекрасно. Возможно, на них подействовали наши внушения, но пациенты не берут в расчет выражение „Я не могу сдержаться“ по отношению друг к другу».

Другим примером такого рода может послужить случай с больной, у которой с 11 до 17 лет было 36 приводов в разных округах (тюрьмы, лечебница для душевнобольных, спецшкола для девочек и *пр.*) Когда ее поместили в изолятор, перевязанную ремнями, она каким-то образом освободилась от них, встала на спинку кровати, разбила потолочную лампу, порезала себя осколками плафона и разрисовала стены своей кровью – совершила то, что потрясло всю администрацию и персонал. Лечение было успешным, выдержка из одного из последних сеансов:

Т. (*озадаченно*): Как вам удалось так измениться?

К. (*пауза, улыбаясь*): А вы знаете, почему я раньше не могла выздороветь?

Т. (*хмурясь*): Нет, скажите мне.

К. (*закрыв глаза и качая головой*): Из-за персонала. Видите ли, они были сосунками. (*Принимая жалобный тон*): «О, бедная больная, она не может сдержаться». (Пр. № 27)

Никто из больных не верит в безнаказанность поведения, мы тоже. Пусть они твердят нам, своим семьям, даже общественным властям, что ответственность часто вызывает контр-агрессию.

Клиенты ведь тоже реагируют в зависимости от обстоятельств и действуют из предположения, что не будут поняты и приняты, если признаются в «тайных грехах». Мы спрашиваем, почему многие клиницисты тратят многие часы для того, чтобы убедить их: «Я не как остальное общество, могу принять тебя и полюбить независимо от того, как ты ведешь себя». Намного проще было бы начать воздействовать на его мысли и поступки. Всякий, кто действует по-глупому, невротически, нелюбим и было бы лучше, если бы остальные не вели себя так положительно, а своим поведением осуждали бы его. Таким же образом, при научном

подходе лечению, оно не процесс, а результат, как с точки зрения общения, так и поведения, результат ответа на вопрос: "Он получил работу? Может он справиться? За ним присматривают на работе или же он болтается пьяный? Как у него строятся отношения с коллективом, и что думает начальство (Ведь часто коллеги думают: "Если не сходишься с людьми, не можешь сделать чего-то, значит, совсем не можешь. Известен ответ Фрейда на вопрос о критерии состояния душевного здоровья: как работается и как любитя).

Несколько стоящих особняком комментариев касательно высмеивания и его современных заменителей. Больше мы не говорим «преступники», мы называем «взрослые правонарушители». Мы не говорим «сумасшедший», мы говорим «особый ребенок». В моей практике с некоторыми «особыми людьми», они сами признавали такие названия несправедливыми. Они знают, что они не умные, но мы наделяем их заменителем-эвфемизмом, что приводит к искаженному пониманию реального. Нас учили поощрять «достоинство личности», а не говорить: «Послушай, дурья башка...». В результате мы стали прагматиками и хотим пользоваться терминологией, которая задевает этих людей. Если больной использует запрещенное слово, чтобы его услышал другой, тогда и нам можно.

Другой отличительной чертой, объясняющей использование смеха а провокационной терапии является то, что терапевт направляет свой смех на безумные мысли и поступки больного, а то время как свою заботу и тепло адресует ему, как человеку. Можно и должно высмеивать смешные мысли и поступки, но не личность. Например (Пр. № 28), одна из студенток на конференции наставников, задала вопрос: «Что мне делать, одна из моих пациенток возомнила себя любовницей Христа?». Коротко посоветовавшись, мы решили, что третьей в святой троице должна стать она и отбить Христа у той больной. Со смехом студентка (она была физически привлекательна и вполне годилась в кандидатки на эту роль, в отличие от пациентки, которая выглядела настоящим грузовиком со своей слоновой болезнью) решила высмеять идею пациентки и объявить, что она, студентка, есть настоящая любимая женщина Христа! Студентку побуждали сделать такие заявления, как: «На днях, когда я лежала в объятиях Христа, он признался, что хочет бросить тебя ради меня. Он мне все рассказал о тебе и даже о том, как скучно и противно с тобой трахаться». Ей советовали говорить пациентке долго и подробно о своей необычайной сексуальности и личной привлекательности и, как женщины, и сравнивать себя и пациентку в отношениях с Христом.

Я лично уверял студентку, которая была довольно набожна, что Господь не поразит ее за это и правильно поймет цель провокационной терапии. Кто знает, возможно, он даст свое благословение этой бедной женщине. На третьем сеансе пациентка, уже смущаясь, просила студентку не говорить больше такие глупости". Так окончилась мания, продолжавшаяся четыре года.

Этот случай также иллюстрирует наши рассуждения.

Один из больных заявил студенту, что «пенис Джона Кеннеди управляет миром». Опять-таки посоветовавшись с наставниками, студент принял решение высмеять это идиотское утверждение очень настойчивым внушением: «Наоборот, краеугольным камнем на самом деле является лобковый волос Св.Джозефа», и т.д. После студент уверял, что пациент уставился на него с немым вопросом: «Кто из нас сумасшедший? Думаю, ты, дружок!» Я успокоил его: «Когда добиваешься такой реакции у чокнутого, значит, роль сыграна прекрасно, и ты на пути к победе».

В скором времени пациент прекратил свои психические выпадки и стал уделять большее внимание своим собственным проблемам на более реальной основе. Высмеивание и смех над безумием подтверждает, что безумие есть неприятная игра-маскировка.

Высмеивание с успехом можно применять в случаях особой жалости больного к себе самому:

К. (пауза, твердо начинает); Я бы не стал... тратить все эти... деньги и время, и усилия на лечение... если бы я... во мне не нашлось... хорошего и я мог бы жить нормальной жизнью (заканчивает слабо, последние слова почти неразборчивы).

Т. (Перебивает громко и твердо): Целых пятнадцать лет ты так и не смог найти, чего

хотел... а вместо этого у тебя были плохие врачи, которые так и не смогли разобрать мешанину в твоей голове, не поняли, какой ты прекрасный...долго можно продолжать... Разве нельзя найти врача, который мог бы проложить дорогу через весь хлам (Т. наклоняется, «тепло» кладет руку на руку К) настоящему... самородку, как ты.

К. (смеясь недоверчиво): Ох-х!

Т. («удивленно»): В чем дело, ведь так?

К. (с облегчением): Вот вы и смеетесь надо мной. (Пр. № 30)

Врач провокационной терапии применяет юмористические искажения, которые могут принимать разнообразные формы. Речь больного можно намеренно неправильно понять, исказить с целью прояснения его мысли и чувства; его явные мысли могут быть неуклюжи и с юмором восприняты, чтобы заставить его повторить и уточнить сказанное. Грубо искаженные "психологические объяснения" даются с целью спровоцировать клиента на более низкий уровень объяснения своего поведения. Пример:

Т. (косо глядя на клиента, жестикулируя обеими руками и убежденно говоря): Возможно, ты поражен чем-то неосознанным, которое схватило тебя за яйца там, где волосы короче (вдруг меняет тон и говорит нормальным тоном): говоря психологически, конечно, (снова увлекшись), так схватило, что не отпускает и не дает ходу твоей потенциальности актуализироваться...

К. (удивленно смотрит на врача, затем качает головой и перебивает): Нет, я просто глупый осел и (краткая пауза) и знаете ли, когда я подумаю об этом, я сам не дисциплинирован и не могу сказать себе «нет». Я всегда делал, что хотел. (Пр. № 31).

Искажение можно использовать с целью запутывания, опрокидывания ожиданий больного от традиционной роли терапевта. Он может погрузиться в бессодержательные и еще неопределенные для себя проблемы больного с тем, чтобы спровоцировать его на высказывание ожиданий. Пример:

К. (входит в комнату, садится, пауза, держится руками голову, медленно, подавленным тоном): Вы считаете, что сможете помочь мне с...

Т. (перебивая, твердо): Да! Обычно я говорю больным с такими проблемами «Нет, не лечу». А потом я стал думать, а почему, собственно, нет? Я хочу сказать, если проблема хорошая, я лечу ее, черт ее побери!

К. (непроизвольно пытается выяснить): Нет, нет... а... я хочу сказать...

Т. (перебивая, сердито хмурится, громко шлепает по ручкам кресла, догматично): Так в этом все дело! Тогда это очень просто решить. А какая у тебя была сложность?

К. (закрывает лицо руками, качает головой): Христос! Т. («просыпается»): Да ну? (Пр. №33)

К. (медленно, смущенно): Что со мной происходит? Наверное, я... случайно сюда попала?

Т. (тепло, «дружески» гладит больную по колену): Нет, не случайно, у тебя 367 дней в году течка, период неодолимого желания! (Пр. № 33) В словаре «сарказм» трактуется, как враждебное, ироническое, язвительное, презрительно-высокомерное отношение к высказываемому. Хотя эти определения и можно отнести к провокационной терапии, все-таки «сарказм» врача почти всегда можно прочесть по выражению лица, по тональности голоса и т.д. Ниже следует пример использования врачом сарказма для лечения презрительной пациентки, которая получила недавно хорошо оплачиваемую работу.

К. (входя в приемную, держит руку на манер «Стои!»): Прежде, чем вы скажете что-нибудь, я хочу, чтобы вы знали, что я получила работу.

Т. (подозрительно): Где это ты получила? К., (с триумфом): В лаборатории.

Т. (саркастически): В качестве кого, подопытного экземпляра? К. (раздраженно, но неохотно ухмыляется): Вы думаете, что чертовски остроумный?

Т. (подозрительно, саркастическим тоном): О, да! И как же ты убедила его взять тебя, золотко?

К. (краснея): Это было не *так!* (Пр. № 34)

Оказывается, иронии присущи несколько коннотаций. Ирония Сократа допускает при творство показаться несведущим и путем искусно направляемых вопросов выяснить, о чем думает пациент. Другая форма иронии допускает использование слов, которые выражают не их буквальное значение. Драматическая форма сгущает значение события, делает его соответствующим действительной ситуации и противопоставляет желательной, противопоставляет ожидаемому больным возможному исходу. Последняя форма иронии представляется самой действенной, поскольку указывает выход из негативной ситуации, когда больной не совсем понимает свое поведение и не видит выхода в целом. (Пр. № 35) Воинственно настроенная пациентка, например, только что помещена в изолятор. Она стоит у дверного окошка и выкрикивает неприличные слова в адрес персонала, который наказал ее за агрессивное поведение по отношению к другой пациентке.

Т. (подойдя к окошку, чтобы целиком быть видимым): Вот так девушка! Задала им перцу! Они до смерти теперь боятся тебя! Сучьи дети, чокнутые! Давай, продолжай, не давай им сбить тебя с толку. (Сквозь стиснутые зубы). *Ведь не имеет значения, как долго они продержат тебя здесь!*

К. (не так громко смеется): А, пошел к черту, Фрэнк! Ведь не тебя закрыли здесь. Тебе легко говорить. Попробуй сам, посиди здесь, если тебе нравится.

Т. (как бы испуганно оглядывается, понижает голос и заговорщическим тоном): Нет, только не я! Они уже давно справились со мной, но я все надеюсь, что найдется тот, с кем они не смогут справиться! (Внезапно приходит в ярость и повышает голос до крика): *Неважно, каким пыткам они...*

К. (смеется, перебивает обычным разговорным тоном): Осторожно, а то в следующий раз тебя посадят сюда. А-а, насрать на них, я недолго здесь задержусь.

Ранее мы делали ссылки на анекдоты и действенный эффект, который приобретает кульминационная точка. Провокационная терапия позволяет врачу использовать любые анекдоты в его лечебных приемах. Анекдоты могут быть построены как фрагменты других анекдотов, их можно рассказывать на диалектах, менять в ходе рассказа, давать кульминацию от другого анекдота и т. д. Примером может служить беседа с религиозной больной, у которой сексуальные проблемы.

К. (явно выраженная зависимость): Я могу обойтись без мужиков. (Ядовито) Буду к Богу еще ближе.

Т. (вытянув руки): Напоминаешь мне о подруге, которая недавно развелась. Конечно, она-то хотела сексуальных отношений, не то, что ты. И все же она тоже решила, что развод приведет ее поближе к господу. Я, разумеется, согласился с нею – с одним маленьким исключением... (пауза).

К. (наклоняет голову искоса смотрит на Т подозрительно): Каким?

Т. (безучастно): Я просто представил, как это – путаться в простынях с Богом.

К. (краснеет и смеется). (Пр. №36)

Перемена контекста вернула нас к проблемам этой женщины; она использовала свои мысли о Боге и избежала решений трудных для нее повседневных сексуальных проблем. В работе с другими пациентами очень часто посредством хорошей шутки, анекдота можно разрушить их образ мышления и вывести из критического, кризисного мира, который они создали для себя.

Описав формы юмора, применяемые в провокационной терапии, позвольте обратиться к прагматическим причинам такого применения. В практике встречается множество забавных ситуаций с клиентами, и было бы неискренним не посмеяться над этим. Нам, как и другим врачам, приходится чуть ли не жевать губы в попытке сдержать смех. Ведь часто смех оскорбляет пациента, а для самого врача считается не профессиональным, неприличным давать волю смеху. И все же, если он не смеется, значит, ему не хватает ответственности (конгруэнтности). Приводим пример, который можно назвать «профессионализм». В моей (Ф.Ф.) ранней клинической практике я работал с больным, у которого было множество про-

блем, но все же он обладал хорошим чувством юмора. Наши сеансы записывались. Войдя в приемную, он спросил:

К. (улыбаясь): Записываемся?

Т. (мрачным, серьезным голосом, глядя прямо на пациента):

а): Не желаете ли присесть?

К. (садится, улыбаясь): У нас тот же спонсор, что и на прошлой неделе?

Т. (нахмурившись, очень серьезно): Давайте побеседуем о чем-нибудь важном для вас.

(Пр. № 37)

А вот более свежий пример из групповой терапии с десятью пациентами при обсуждении секса:

Ш (громко): Давайте бросим эту скользкую тему и поспорим лучше о бейсболе! П2 (очень трудный больной, сурово): Давайте поговорим о чем-нибудь одном. Т. (к трудному больному): Джордж, о чем ты хотел бы поговорить?

П2 (широко ухмыляясь): О сексе, конечно! (Т и группа громко реагируют)

Ш (контролируя себя, прерывает): Но... П2 (показывая Ш жестами «заткнись»): Хватит твоих бейсбольных заморочек. (Т и остальная группа снова смеются)

(Пр. №38)

Следующий пример показывает адекватную (конгруэнтную) реакцию терапевта на юмористическую ситуацию. Полностью непредсказуемая пациентка входит в приемную и сразу заявляет:

К.: Я не была с мужчиной уже десять дней! Т. (невинно): А что, был грипп?

К. (удивленно): Да, а как вы узнали? Меня мучил понос и почти постоянно тошнило и рвало...

Т. (непроизвольно смеется, откидывает назад тело, как будто боится упасть). (Пр.№ 39)

Еще пример, когда гомосексуалист, наконец, решился на свидание с девушкой. Поднявшись к ней в комнату «послушать стерео», как он выразился, она «незаметно надела что-то удобное», надушилась и выключила свет.

К. (невинно): Для чего все это?

Т. (смеется от всего сердца).

Еще пример:

Т. (саркастически): Что ты хочешь сказать, Джорджия, ты пылаешь любовью?

К. (берется руками за голову, качается и смущенно): Нет, не любовью, страстью.

Т. (смеется).

Эти примеры иллюстрируют довольно частые забавные ситуации, которые встречаются в клинической терапии.

Если клиент в состоянии смеяться над собой и своими поступками, это может иметь хорошие последствия. Исчезает жалость к себе, он приобретает опыт и способность терять лицо и переносить это более легко. Поскольку задачей терапевта и является изменение больного, некоторые находят в этом много юмористического. Они учатся ставить себя в такое положение, потому что хотя закалиться, укрепить свое приобретенное состояние:

Т. (лирично и жестикулируя, обращается к подавленному больному, совершавшему попытку суицида): Пока ты рассказывал, я представлял себе картину твоего самоубийства. Она вполне достойна кисти Альбера Камю

К.(ухмыляясь): Нет,...лучше Джорджа Бэббити (К,Т и группа наблюдателей смеются). Позже на этом же сеансе.

Т. (цинично): Достаточно ли напугалась твоя семья, когда ты предпринял эту попытку самоубийства?

К. (с хитринкой): Право, не знаю... Но что касается самоубийства Я ведь не хочу убивать себя, я не могу выносить боль.

Т. (оглушительно смеется) И еще позже:

Т. (беззаботно): Видишь ли, почему я заинтересовался твоим случаем? Просто в по-

следнее время у меня нет никого с такой попыткой.

К. (смешавшись, но после ухмыльнувшись): Только в последнее время? (Пр. № 40)

Теряя свое прежнее лицо, т.е. меняясь и прибегая ко всяким ухищрениям, чтобы подольше сохранить его, больной произвольно следует восточной мудрости о мире и гармонии. И как поется и в ирландской песне, «мир везде одинаков». Весьма часто оказывается, что им не удается приобрести ту свойственную человеку животную приспособляемость и тенденцию совершать ошибки. Они не рискуют совершать поступки из-за боязни неудачи и потери «имиджа». Иначе они «умерли бы со стыда».

Клиенты не могут осознать, что жизнь, как урок игры на фортепиано. В приобретении любого умения, даже социальной жизни, начинать приходится с нуля и допускать ошибки. И здесь нельзя избежать ошибок, а поскольку это так, необходим учитель, который указал бы на ошибки и который учил бы, как управлять своим поведением с минимальными эмоциональными затратами. Точно также, если клиенты не научатся воспринимать неудачи с присутствием духа, и как неизбежную часть этого учения, им никогда не сделать первого шага. Если же клиент смотрит на себя с юмором, он менее «катастрофически» относится к своим проблемам и более реалистически к своим неудачам, Мы серьезно считаем, что чувство юмора по отношению к себе составляет важный аспект определения зрелости человека.

Терапия вплотную соприкасается с общением человека, его поступками и его отношением к этим поступкам. И различные формы юмора незаменимы в определении конфликтных точек в этом процессе.

Большая правда заложена в выражении «бессмысленный жест», В терапии юмор часто является тем кусочком сахара, которым подслащивают горькую пилюлю. Юмор может смягчить и уравновесить жестокие психологические уроки, которые необходимо пережить в ходе лечения.

Конфронтация – своего рода основная нить, из которой ткется ткань провокационной терапии.

Анекдот или крепкое словцо, сопровождаемые насмешливой улыбкой, как бы содержат в себе посыл: «Забудь почему и имей дело с голыми фактами!» С целью помочь больному встретиться лицом к лицу с реальностью, юмор наравне с: конфронтацией оголяет, вскрывает все, что волнует его. Поддача в юмористической форме не только притупляет чувство стыда и смущения, но и сводит на нет чувство ущербности больного. Таким образом, юмор -многогранная техника.

Юмор помогает отвлечь внимание больного для того, чтобы внушение врача скорее дошло до него. Конечно, свежа в памяти история о человеке, купившего осла, который, как ему сказали, понимал только ласковые слова, но никак не наказание: нужно было положительное подкрепление. Человек привел осла домой, поставил его в сарай, а позже попытался запрячь его в повозку. Чувствуя себя дураком, он долго целовал, обнимал, шептал в ухо ослу ласковые слова, но ничего не добился. Осел брыкался, нагло смотрел на него, но не двигался с места. В негодовании он позвонил прежнему владельцу и укорил, что, несмотря на заплаченную кругленькую сумму и ласковые слова, это презренное существо не хочет работать. Прежний владелец с готовностью согласился дать консультацию. Войдя в сарай, он нашел огромную палку и с размаху дал ею ослу по башке так, что уши у того опустились, глаза сошли на переносице, а колени подогнулись. Бывший владелец бросил дубинку, отступил и, просяще сложив руки, стал спрашивать: «Ну давай, парень, принимайся за работу!» Осел послушно вышел из сарая. Новый владелец всплеснул руками: «Вот черт, ты ведь не сказал мне, что его нужно побить, прежде чем он послушается.» На что был ответ: «Я забыл сообщить тебе, что надо привлечь сначала его внимание». Содержание этой басни аналогично работе с людьми, сначала надо привлечь их внимание.

В процессе лечения различные формы юмора служат для сбивания клиента с толку, внезапного преодоления его сопротивления, защиты и одновременного вовлечения его в общение с целью оценить предпосылки его поведения и эмоциональное состояние. Врач провоцирует его на переживания, ибо переживание, опыт – не только лучший, но и единствен-

ный учитель жизни. Именно таким образом врач делает клиента неотъемлемой частью лечебного процесса и ставит его перед необходимостью начать лечение именно в данном месте и в данное время. В конце концов, все, что мы имеем – это данный момент. Главной проблемой многих клиентов является то, что они либо «жертвы» прошлого, исполняющие вендетту (во многих из нас сидит дух сицилийцев) и оплата долгов также естественна, как и привычка дышать, либо заложники будущего (боязнь предвосхищения, предвидения – «что, если...» – делает из нас трусов).

Юмор используется также для того, чтобы поставить клиента в неудобное для него, зависимое положение, вызывая тем его на разговор. Если клиент сможет отстоять свою личность в случае, когда терапевт занимает отрицательную позицию, он таким образом устанавливает дистанцию и свое превосходство над проблемой. Если же клиент пришел на лечение с ожиданием, что его будут гладить и лелеять, ему скоро придется встретиться с массой непредвиденного. Это особенно важно при работе с психологически изощренными больными: юмор помогает разорвать ожидаемый сценарий терапии (неважно, кем он написан) и поставить клиента перед необходимостью научиться справляться с проблемами.

И еще один аспект нельзя упустить из виду, юмор еще и развлечение для врача. Это помогает поддерживать внимание к клиенту, стать для него ближе и сделать процесс лечения более переносимым и приятным.

Однако следует помнить о предостережении. Если все хорошо, это не обязательно к лучшему. Из нашей практики мы вынесли твердое убеждение, что использование юмора в терапии – полезно. Но при злоупотреблении со стороны врача он может оказаться хрупким инструментом.

Глава 4 ЮМОР И ПРОВОКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

Среди возможных образцов для подражания, кроме разного рода врачей психотерапевт выберет придворного шута. Именно шут со всей откровенностью в дурацкой форме смеет комментировать поступки короля, его приближенных, состояние дел в государстве; он всегда притворяется, всегда смотрит на деяния людей вверх ногами. Больной также, если можно так выразиться, страдает от перегрузок (серьезности, опасности).

Жизнь для него – тяжелая ноша, само существование его – загадка, и все же, если посмотреть со стороны он может показаться банальным (ясным и понятным), а его проблемы – немногочисленными. И в самом деле, чувствуя себя больным и потерянными, постепенно он находит смешное в ставших для него привычными слезах и собственном абсурдном существовании. Без всякого неуважения к ним оба они: терапевт и больной живут, увязнув в серьезности.

Фишер, 1970

Студентам необходимо напоминать, что, если во время лечебного сеанса больной не смеется хотя бы часть времени значит, терапевт не лечит провокацией, а то, что он делает иногда может оказаться разрушительным. Юмор играет центральную, решающую, ключевую роль в провокационной терапии; он необходим и не является поверхностным дополнением к «настоящей работе».

В повседневной жизни юмор и его выражение в смехе такое повсеместное явление, что мы порой и не замечаем его. Однако, многие психотерапевты слишком серьезны по отношению к своим больным. На ранних стадиях лечения больные иногда смеются, но весьма часто это рассматривается терапевтами, как не основное: своего рода фасад и защитный механизм, который нужно нейтрализовать резкими фразами для того, чтобы можно было приступить к серьезному деловому лечению. Возможно, Фрейд был первым и типичным представителем в

этом отношении; он написал очень проницательный научный труд о юморе (1928), но в своей приемной совсем не использовал юмор, как лечебный метод.

Юмор – очень ценный опыт для понимания человеческой души. Примите во внимание, что противоречия биологии, культуры и техники наталкиваются на психологию отдельной личности. Эти взаимодействия редко можно наблюдать в течение долгого времени, и они часто вызывают напряжение и тревожность. Когда человек справляется с проблемами и вытекающим из них чувством неуверенности, он должен постоянно учитывать, к чему это может привести. Учтите также, что реальность постоянно меняется, а вместе с ней может меняться и наше восприятие реальности, если, разумеется, мы реагируем на нее адекватно. Каша задача – поддержать равновесие и перспективу, именно здесь юмор может сыграть решающую роль. В пословице говорится: «Люди смеются, чтобы не заплакать». Слыша ее, многие люди полагают, что юмор сбивает с толку человека, пытающегося справиться с печалью. Никто этому не противоречит, но следует уделить внимание другой интерпретации, а именно, если ты привержен идее, вере или же ощущению слишком долго, это может привести к неприятностям и слезам. Таким образом, мы нуждаемся в личных перспективах, которые может дать юмор. Он становится механизмом безопасности, придающим нам равновесие, перспективу и оптимальную психологическую дистанцию в нашей многообразной жизни. Предмет нашего рассмотрения – постоянный конфликт мысли и чувства в нашей жизни. Чрезмерное обдумывание может легко снизить глубину наших чувств; избыточное чувство может легко препятствовать нашему мышлению. Ни сверхинтеллектуальный рационализатор, действующий как мощный компьютер, ни жуткая истеричка, движимая «настоящими чувствами» не дает оптимального представления о жизни человека. Юмор и шутка – вот та пропорция и мышления, и чувства. Ведь невозможно чувствовать себя оторванным и слишком застенчивым во время неожиданной шутки или смешной ситуации. Юмор помогает человеку найти нужную психологическую дистанцию при сильных чувствах или безрассудных мыслях. В данном случае мы говорим о сдвинутом чувстве дистанции шизофреника, ни о дистанции тех, кто чрезмерно боится близости личного общения, ни о сверхинтеллектуалах, которые держат свои впечатления на расстоянии вытянутой руки. Мы говорим о дистанции, которая дает перспективу, дает нам возможность управлять своими чувствами, идеями, поведением и, таким образом, более адекватно реагировать.

Недавно возник еще один, глубоко личностный аспект юмора, он появился благодаря новым техникам терапии, которые фокусируют внимание на теле (так называемая гештальт-терапия, биоэнергетика, рольфинг и т.д.). Они могут давать очень эффективный результат. Если принять идею, что подавление – это мышечное явление или что психологические конфликты проявляются всем организмом, тогда достойна внимания польза смеха на физиологическом уровне.

Отдельные виды смеха могут быть аналогичны оргазму с освобождением от психологической напряженности и произвольной, неподдающейся контролю потребности в завершении. Так, на многих уровнях юмор может оказаться полезным освобождающим опытом.

Другой глубоко личностный аспект юмора связан с индивидуальным ощущением реальности и ее концептуализацией. Реальность независимо существует в нашем аппарате восприятия, и ни один из нас не может не воспринимать или скрыть реальность. Мы наделены достаточными и точными сенсорными данными, чтобы в любой ситуации могли адекватно реагировать на неприятные процессы. Подобным образом наше ощущение (восприятие) реальности бывает временами случайной, но единственно логичной абстракцией, которую нельзя смешивать с самой реальностью. Ведь наши органы чувств обеспечивают нас только ограниченным количеством данных, а наша творческая сила интерпретации и комбинации изменчива и ограничена. Тем не менее, хотя и произвольно о наших восприятиях можно всегда судить в терминах полезности и предсказуемости. Для того, чтобы эти восприятия функционировали с максимальной нагрузкой их необходимо постоянно подкреплять ощущениями. Юмор и является таким инструментом подкрепления и оценки.

Каким образом юмор влияет на восприятие и концептуализацию реального, более де-

тально можно проиллюстрировать на примере рассмотрения анекдота. Чтобы не быть чрезмерно упрощенным, анекдот, как правило, состоит из двух частей: начало фабулы и кульминации. Только вместе с зачином кульминационная часть обладает эффектом неожиданного превращения его в совершенно новое понимание, в новую фигуру. Это быстрое неконгруэнтное восприятие потрясает и доводит нормальное восприятие до предела. Реальное и нереальное противопоставляются; фантазия и метафора тесно переплетаются с новым набором данных. И именно смех сигнализирует, что анекдот понят. Временами правила реальности отступают в кульминационной точке, и анекдот комментируется одним из многих уровней абстракции, всегда сопутствующих ему.

У реальности всегда достаточное количество уровней абстракции, которые можно совместить и, «загоняя в мозг», увеличить их осознание, создав тем самым у человека временную неуверенность. Момент неуверенности может оказаться очень полезным, поскольку заставляет человека оценить свое поведение или же выстроить реальность с учетом разных преимуществ более осторожно. В терапии это происходит функционально в виде конфронтации, когда пациент осознает, что он одновременно и слушатель, и мишень анекдота-шутки. Посредством преобразования имплицитных и эксплицитных значений, контекстов и уровней абстракции кульминация вскрывает многоуровневую природу реального. Врачебное чутье играет очень большую роль в терапевтическом использовании юмора. Использование юмора только тогда достигает цели, когда скрытое предполагаемое значение глубоко затрагивает больного. Юмор используется в терапии также для приведения больного к быстрому чувственному переживанию и с целью освободить творческое воображение больного при решении проблем, когда ему приходится «ломать голову».

С рассмотрения внутриличностных аспектов юмора перейдем теперь к рассмотрению межличностных аспектов, поскольку юмор – чисто социальное явление. По своей природе юмор обязательно должен разделяться с другим человеком. Даже человек, переживающий восприятие юмора изоляции, возможно, сохранит его в памяти для будущего общения. Люди тянутся к смеху, когда они с друзьями, через юмор они получают «ласку» от общества. Но люди всегда соревнуются и очень щепетильны из-за социального положения по отношению друг к другу, при этом столкновении юмор тоже часто присутствует. Именно в межличностной сфере такие важные терапевтические приемы, как нападение, отступление, победа-поражение, доминантность-неполноценность, превосходство-униженность, дистантность – близость – вот составляющие юмора.

В межличностном плане юмор есть форма игры. У взрослых существует проблема, что их игра часто становится мрачной и слишком быстро перерастает в серьезность. В качестве иллюстрации можно обратиться к футболу, который, вероятно, начинался на песочном участке и неопытными актерами, актерами, а превратился в серьезный бизнес на профессиональной основе. По сравнению с песчаным футболом, у современной игры роли стали более специальными, и полузащитник не может сыграть вместо защитника даже на короткое время. С возрастанием серьезности творческая фантазия и воображение идут на убыль, давая неблагоприятный результат, что взаимоотношения и роли становятся жесткими с умалением возможности реализоваться. Чтобы достигнуть оптимального душевного здоровья, взрослые должны снижать свой уровень серьезности и, применяя воображение, разбить чрезмерную жесткость и близорукий взгляд на реальность.

В шутке, как и в психотерапии, заложено три элемента:

- (1) «основа» поведения (т.е. серьезная борьба или конкуренция за цель, например, настоящий бой);
- (2) метафорическое поведение (т.е. что-либо аналогичное, но не опасное и окрашенное в другую тональность, например, состязание на шпагах, вербальное оскорбление);
- (3) метакоммуникация (т.е. невербальное поведение или контекст с изменением обычного значения шутки или вербального послания).

Юмористическое общение есть одна из форм шутки, которая может начинаться либо из шуточного контекста, либо неожиданно преобразуется в игровой контекст в какой-то момент

разговора (интеракции). Шутливый контекст означает, участники данного процесса коммуникации придают иное значение событиям, чем обычно принято (предписано). В процессе шутки создается «реальная» фантазия или метафора реальности, так и юмор становится парадоксально реальным или вовсе не реальным (Фрай, 1963, с. 146).

В провокационной терапии так же, как и в шутке, очень необходим метакоммуникативный аспект шутливого контекста. Он достигается с помощью невербальных средств (квалификаторов), таких, как подмигивание, насмешливо серьезное отношение, диалект и сам контекст. Установка на «нереальность» неожиданно меняется, когда терапевт своим юмором доказывает реальность и причастность больного к этому, тогда последний начинает осознавать, что «шутка направлена на него».

Рассматривая теоретические аспекты юмора с межличностной точки зрения, следует упомянуть еще одно качество: юмор неотразим и действенен. Он дает встряску, толчок. Он меняет мышление человека. Подозреваем, что его неотразимость происходит из глубоко парадоксальной природы нашего существования. Люди более податливы во время «оргазма» смеха. Мы полагаем, что юмористическое заявление также легко запомнить, как и серьезное. Юмор продолжает оказывать влияние на нас и по прошествии времени. Это – мощный инструмент межличностного общения.

Мы не претендуем на то, что все излагаемое – исчерпывающий анализ предмета, возможно, для понимания достаточно дополнить теоретические выкладки несколькими примерами использования юмора в провокационной терапии. И снова следует подчеркнуть, что студентам необходимо напоминать о том, что *если их клиент не смеется хотя бы часть времени, значит, они не проводят провокационную терапию*. Однако нельзя сказать, что провокационная терапия – это час развлечений. Юмор терапевта имеет далеко идущую цель, через смех заставить клиента заниматься личными проблемами, заставить его чувствовать и вести себя прямо и честно.

Все системы лечения имели дело с природой лечебного общения, причем большинство систем делает упор на важность личного приобщения терапевта к лечению больного. В провокационной терапии такое участие также важно, но достигается это несколько другими путями. Если обычный врач мягок, добр и дружелюбен, в провокационной терапии врач участвует в процессе посредством гнева и юмора. Здесь юмор является одним из главных лечебных двигателей для невербального выражения тепла и положительного отношения врача и больного. Невзирая на кажущуюся конфронтацию, больные вполне понимают дружеское участие врача. Они легко понимают это вне зависимости от того, выражает ли врач свое отношение дружелюбным юмором или даже сердито:

К. (качая гол вой): Мне все равно, что вы говорите – я ведь знаю, что вы хорошо относитесь ко мне. Один наш коллега, прослушав записи сеансов, отметил: «Вы знаете, Фрэнк, люди, как собаки – знают, любите вы их или нет».

Когда наши больные приходят на лечение, им не хватает юмора или же юмор, которым они выражаются, лишь подчеркивает нарушение их психики. Равновесие их чувств и мышления нарушено, а чувство реальности утрачено. Они потеряли свободу совладания с внутренним напряжением и внешней экспрессией. Ведь показателем благополучия часто является способность смеяться, временная регрессия, потеря контроля и восстановление всех этих качеств. Таким образом, именно оптимальное использование больным юмора может служить основанием для первоначального диагноза, а затем эффективным свидетельством выздоровления. Больной может научиться смеяться в нужное время и к месту, над чем можно смеяться, *включая самих терапевта и больного*. Особое значение в провокационной терапии имеет тот факт, что врач может посмеяться над собой, своими слабостями и образом жизни с целью продемонстрировать больному, что это не приносит ему вреда, не разрушает его, о чем, к сожалению, забыли в настоящее время многие врачи.

Я не устал повторять больным правду: «Я люблю вас и забочусь о вас», но обнаружил, что они не всегда верят: «Вас учили этому», «Не верю этому» или «Вы любите всех ближних, и я не думаю, что могу рассчитывать на искреннюю любовь», «Вам государство

платит за то, что вы пытаетесь понять и полюбить меня». Вызывали протест и мои искренние добрые чувства к больному, между нами была огромная пропасть недоверия: они не понимали такого моего поведения. Невероятно, но когда при лечении я начал говорить им: «Терпеть тебя не могу», Я впервые почувствовал реакцию с их стороны. «Нет, я точно знаю, что вы любите меня», а я отвечал: "Да, эту улику никто не может опровергнуть, или:

Т. (Лесбиянке): Послушай, Джорджи, если потратишь полжизни– а ты уже потратила 14 лет – на эту глупость, у тебя выработается отрицательное, нарушенное чувство восприятия, попросту сумасшедшие идеи.

К. (Смеясь): И каждый раз вы себя выдаете, я не так тупа, чтобы не понять... в глубине души я знаю, что вы любите меня.

Т. (Возражая): Ну, я обязан любить всех вас, я всегда это делал, т.е. любил, но сейчас я пересмотрел свое отношение и не хочу позволять вам вмешиваться в мою работу.

К. (смеется). (Пр. №21).

Мой явно неуместный протест провоцирует их на смех и больше укрепляет в своем доверии к врачу.

На практике существует много форм юмора для провокации больных:

- (1) преувеличение;
- (2) мимикрия (передразнивание);
- (3) высмеивание;
- (4) передергивание (искажение);
- (5) сарказм;
- (6) ирония;
- (7) шутки.

Посредством преувеличения мы делаем установку на переоценку или недооценку реального или чувства по существу вопроса, мы хотим выразить «больше, чем в жизни», карикатурно само мышление больного, его привязанности, поведение, взаимоотношение и цели. В такой атмосфере принуждают решить самому, какие у него взгляды на реальное и природу своих восприятий. Например, случай из групповой терапии. (Пр. № 22). Одна пациентка среднего уровня развития заявила, что она хотела бы быть «второй Кэрл Бернет», комедийной актрисой, работать на радио и зарабатывать миллион долларов в год. Я сразу изобразил заинтересованность, вышел перед группой и сказал: «Теперь понимаю, в чем дело», а потом начал неуместно обсуждать ее первое «радишоу». Смехом разразилась не только группа, но и сама пациентка, которая предъявила права на совершенно нереальную роль, рассмеялась и решила покончить с этим. Она покраснела и гневно сказала: «О кей, Фрэн можете сесть. Я все поняла. Конечно, это было глупо с моей стороны. Но ведь я могу получить работу в больнице, детском саду, где бы я могла мыть полы и делать другую работу?». Группа сразу согласилась: «Ну, ты теперь говоришь более реальные вещи, Мэри. С этим ты, конечно справишься. Ты прекрасно работала в палате и любишь делать это хорошо».

Передразнивание сопровождается негативным моделированием техник, описанных ранее, когда терапевт играет роль больного. Обычно достаточно бывает пяти-десяти секунд монолога в стиле Джонатана Винтерса, чтобы получить обратную реакцию.

Еще пример (№ 23). Молодая, настроенная воинственно пациентка, на первом же сеансе заявила в угрожающей форме, что иногда у нее случаются припадки «психомоторной расторможенности». Она тотчас получила информацию о том, что я сам подвержен таким «приступам»: как бы не владея собой, я схватился за шейные мышцы так сильно, что голова у меня стала раскачиваться и трястись, затем уставился на пациентку злобным взглядом и, обнажив зубы, при этом руки у меня тряслись, а кричал я громче и громче, одновременно вставая из кресла и шагая в ее направлении. Сквозь стиснутые зубы я цедил объяснения, что такие «приступы» у меня бывают, и если она посмеет огорчить меня хотя бы на одном сеансе, то такой приступ неизбежен. Сказал, что прошу заранее прощения, если мне придется причинить ей боль, но на самом деле я этого не хотел бы. Она испуганно скосила глаза, странно

посмотрела на меня, кивнула головой и только потом произнесла: «О кей, друг, я поняла, я все поняла». (P.S. На беседах с ней подобное больше никогда не случилось).

Высмеивание – это форма юмора, которая вызывает недоумение и вопросы профессионалов и, возможно, справедливо, поскольку оно не может быть как-то квалифицировано, получить какое-либо определение, зато может быть болезненным. И все же в защиту этой техники мы бы сказали, что в ней заложена огромная потенция. Во всей стране пользуются этим мощным стимулом, чтобы смоделировать ведение других (включая семьи и спортплощадки). Ныне покойный Саул Алинский, организатор социального дела, как-то сказал: «Не смешивайте смех с цирком. Смех и высмеивание – сокрушительное оружие, какое когда-либо было во владении социального работника.» И снова нелишне повторить, что в провокационной терапии допустимо не только высмеивание клиента, его идей и поведения, но и самого врача, невзирая на его «профессиональное достоинство».

Вот пример одного из терапевтических сеансов палаты. Хорошо образованная дама средних лет наклоняется вперед, чтобы осмотреть присутствующих, и останавливает взгляд на враче:

К. № 1 (серьезно): М-р Фаррелли, вы когда-нибудь отмечали в вашем курсе терапии, что вашим пациентам трудно отличить вас от Бога? Я говорю это, потому что когда я лечилась у психоаналитика, я не могла отделаться от ощущения, что он – Бог.

Т. (наклоняется вперед, чуть приподнявшись в кресле, простирает руки на манер страдающего-на-кресте-Христа, принимает выражение лица мессии и сладким «всепрощающим» тоном): «Чада мои...» (Врач протягивает руки до тех пор, пока не попадает в лицо воинственной пациентке, сидящей слева. Она хватается за запястье, отталкивает руку, но не отпускает и, громко засмеявшись, прерывает терапевта): К № 2: Ах, черт, Фрэнк, вы ведь просто социальный работник! (Группа громко смеется).

Т. (внезапно принимает "удивленное" выражение, как будто выходя из транса): Что? К № 1 (глядя на терапевта, кивает медленно и серьезно): Понимаю, вы не позволяете им зависеть от вас. (Пр. № 24)

Мы полагаем, что предприятие под названием психотерапия должно использовать все возможные техники, чтобы стать мощным и эффективным посредником для выздоровления. Мы заинтересованы, чтобы наши клиенты яростно протестовали против собственного саморазрушения, с подачи терапевта, разумеется. Он и провоцирует клиентов «опровергнуть» все его насмешки и утвердить самих себя.

Т. (продолжая строить гримасы): Это просто, вы такие... смешные... бездельники... Ох! (Т заканчивает беспомощным жестом, как будто у него не хватает слов выразить – какие они... ох!).

К. (ровно): Ладно, я думаю... больше всего в жизни мне не хватало... и потому я никчемная и... бесполезная.

Т. (безучастно перебивает): Да.

К.: Но я не беспокоюсь о себе. Ничто меня не волнует. Т. (понимающе): Я тебя не виню. К. (продолжает): Я никогда не волновало.

Т. (понимающе): Я не виню тебя. Я даже рад слышать, что у тебя есть мнение на этот счет. К. (пауза): Как только оглянешься и вспомнишь детство. Т. (слабо): А нужно ли вспоминать? Ну, давай, если нужно.

К. (осторожно продолжает): Я кое-что сделала, после чего я... стала ненавидеть себя. Т. (ровно): Ну и сделала... Ты ведь много чего делала

К. (пауза, убеждая): Но ведь поэтому я и ненавижу себя, потому что делаю. Т. (противоречая): Нет-нет, потому что ты делаешь эти вещи, поэтому ты... К. (перебивая): Нет! Т. (закончив): И не любишь себя. К. (громче): Нет.

Т. (наезжая на нее): Ты воспринимаешь все это по– дурацки. К. (громче и тверже): Вы неправы.

Т. (подражая ее тону): Что ты хочешь сказать, почему я – неправ? К. (пытаясь объяснить): Потому...

Т. (помпезно, не ожидая, пока ответит): Черт возьми, ты ведь просто пациентка, а я врач. Откуда тебе знать... права или нет?

К. (ровно, убедительно): Вы ведь не непогрешимы, м-р Фрэнк Фаррелли.

Т. (смеясь): Разве? И я могу ошибаться, ты это хочешь сказать?

К.. (убежденно): Да, Вы неправы. Вы ошибаетесь насчет меня. Не такая я уж... злая, и не ведьма... и не проклята, и... не... безнадежная... (звонит телефон, Т. кладет руку на трубку, но не поднимает ее, ждет, пока К. закончит)...н тупая... как вы считаете. (К. смеется, резко кивает головой). Вот так! (Пр. № 25)

Терапевт использует эти методы, чтобы заставить больную защищать себя на реальных позициях против нереальных и негативных оценок. И чтобы больная в дальнейшем могла самостоятельно справиться с такого типа отрицательными оценками, как своими, так и посторонними, терапевт помогает ей узнать, как это делать, научиться на практике защищаться внутри «собственной лаборатории» терапевтического общения. Многие больные приходят на лечение, имея не просто «тонкую кожу», но порой не имеют ее совсем; психологический нерв оголен и выступает наружу. Задача врача и является помочь таким больным «нарастить кожу»-уметь прятаться и наступать в нужное время. Конечно, это не значит, чтобы больной стал психологическим эквивалентом моллюска, имеющего непробиваемое защитное оружие или же бесчувственным роботом. Преследуемая цель – научить противостоять всем перипетиям и странностям фортуны и избавить их от истерических, сверхчувствительных форм поведения.

Большую часть времени нам приходится дифференцировать мысли, впечатления и самоуничижительное поведение больного от него самого. Мои два брата-священника и монахиня-сестра поучают: «Люби грешника, ненавидь грех».

Наши коллеги говорят: «Принимай человека, а не его поведение». А мы утверждаем: «Это мы и делаем. Мы высмеиваем глупости человека, его idiotские мысли и поступки, но не самого человека». Считаем, что это очень важная часть, но и отличительная черта, поскольку поступки – это я, я – это поведение. Еще две тысячи лет назад сказано «По плодам их ты и узнаешь их», и до сих пор это верно. Важно отметить, что вначале больной не позволяет провести это тонкое разграничение, выявить эту отличительную черту между собой и своими поступками, поведением. Иногда думается, что они правы. Мы ненавидим грешников, но не Грех, себялюбие, слабость человеческой природы и т.д. Все это логические абстракции. Мы очень не любим определенного рода отклонения, а также патологические, криминальные психические проступки. С возрастом тенденции к более бихейвиористским формам лечения все большее значение приобретает упор на поведение. Посыл терапевта «Не обращай внимание на внутренний голос, не обращай внимания на то, что чувствуешь внутри себя, ты все еще как глупый баран, как насчет того, чтобы взяться за свое поведение и отношение с людьми?!»

В большинстве своем больные подвластны обстоятельствам (бихейвиористы). Уместно рассказать об одном случае, который произошел в палате, когда одна больная крала вещи из шкафчика другой.

Т. (защищая): Возможно, она не может сдержаться, ты об этом подумала? Ты ведь знаешь, нашим больным необходимо понимание и сочувствие. Несколько пациенток (подхватывая): Послушайте, Фрэнк, не забывайте, что мы тоже больные. Если одна душевнобольная (указывая на обвиняемую) сделает подобное еще раз, мы тоже сделаемся более душевнобольными, и нам неважно, понимает ли она это или может сдержаться или нет, она получит от нас. (Пр. № 26).

А я подумал: «Прекрасно. Возможно, на них подействовали наши внушения, но пациенты не берут в расчет выражение „Я не могу сдержаться“ по отношению друг к другу».

Другим примером такого рода может послужить случай с больной, у которой с 11 до 17 лет было 36 приводов в разных округах (тюрьмы, лечебница для душевнобольных, спецшколы для девочек и пр.) Когда ее поместили в изолятор, перевязанную ремнями, она каким-то образом освободилась от них, встала на спинку кровати, разбила потолочную лампу, пореза-

ла себя осколками плафона и разрисовала стены своей кровью – совершила то, что потрясло всю администрацию и персонал. Лечение было успешным, выдержка из одного из последних сеансов:

Т. (озадаченно): Как вам удалось так измениться?

К. (пауза, улыбаясь): А вы знаете, почему я раньше не могла выздороветь? Т. (хмурясь): Нет, скажите мне.

К. (закрыв глаза и качая головой): Из-за персонала. Видите ли, они были сосунками. (Принимая жалобный тон): «О, бедная больная, она не может сдержаться». (Пр. № 27)

Никто из больных не верит в безнаказанность поведения, мы тоже. Пусть они твердят нам, своим семьям даже общественным властям, что ответственность часто вызывает контр-агрессию.

Клиенты ведь тоже реагируют в зависимости от обстоятельств и действуют из предположения, что не будут поняты и приняты, если признаются в «тайных грехах». Мы спрашиваем, почему многие клиницисты тратят многие часы для того, чтобы убедить их: «Я не как остальное общество, могу принять тебя и полюбить независимо от того, как ты ведешь себя». Намного проще было бы начать воздействовать на его мысли и поступки. Всякий, кто действует по-глупому, невротически, нелюбим и было бы лучше, если бы остальные не вели себя так положительно, а своим поведением осуждали бы его. Таким же образом, при научном подходе лечению, оно не процесс, а результат, как с точки зрения общения, так и поведения, результат ответа на вопрос: "Он получил работу? Может он справиться? За ним присматривают на работе или же он болтается пьяный? Как у него строятся отношения с коллективом, и что думает начальство (Ведь часто коллеги думают: "Если не сходишься с людьми, не можешь сделать чего-то, значит, совсем не можешь. Известен ответ Фрейда на вопрос о критерии состояния душевного здоровья: как работается и как любитя.

Несколько стоящих особняком комментариев касательно высмеивания и его современных заменителей. Больше мы не говорим «преступники», мы называем «взрослые правонарушители». Мы не говорим «сумасшедший», мы говорим «особый ребенок». В моей практике с некоторыми «особыми людьми», они сами признавали такие названия несправедливыми. Они знают, что они не умные, но мы наделяем их заменителем-эвфемизмом, что приводит к искаженному пониманию реального. Нас учили поощрять «достоинство личности», а не говорить: «Послушай, дурья башка...». В результате мы стали прагматиками и хотим пользоваться терминологией, которая задевает этих людей. Если больной использует запрещенное слово, чтобы его услышал другой, тогда и нам можно.

Другой отличительной чертой, объясняющей использование смеха а провокационной терапии является то, что терапевт направляет свой смех на безумные мысли и поступки больного, а то время как свою заботу и тепло адресует ему, как человеку. Можно и должно высмеивать смешные мысли и поступки, но не личность. Например (Пр. № 28), одна из студенток на конференции наставников, задала вопрос: «Что мне делать, одна из моих пациенток возомнила себя любовницей Христа?». Коротко посоветовавшись, мы решили, что третьей в святой троице должна стать она и отбить Христа у той больной. Со смехом студентка (она была физически привлекательна и вполне годилась в кандидатки на эту роль, в отличие от пациентки, которая выглядела настоящим грузовиком со своей слоновой болезнью) решила высмеять идею пациентки и объявить, что она, студентка, есть настоящая любимая женщина Христа! Студентку побуждали сделать такие заявления, как: «На днях, когда я лежала в объятиях Христа, он признался, что хочет бросить тебя ради меня. Он мне все рассказал о тебе и даже о том, как скучно и противно с тобой трахаться». Ей советовали говорить пациентке долго и подробно о своей необычайной сексуальности и личной привлекательности и, как женщины, и сравнивать себя и пациентку в отношениях с Христом.

Я лично уверял студентку, которая была довольно набожна, что Господь не поразит ее за это и правильно поймет цель провокационной терапии. Кто знает, возможно, он даст свое благословение этой бедной женщине. На третьем сеансе пациентка, уже смущаясь, просила

студентку не говорить больше такие глупости". Так окончилась мания, продолжавшаяся четыре года.

Этот случай также иллюстрирует наши рассуждения.

Один из больных заявил студенту, что «пенис Джона Кеннеди управляет миром». Опять-таки посоветовавшись с наставниками, студент принял решение высмеять это идиотское утверждение очень настойчивым внушением: «Наоборот, краеугольным камнем на самом деле является лобковый волос Св.Джозефа», и т.д. После студент уверял, что пациент усталился на него с неммым вопросом: «Кто из нас сумасшедший? Думаю, ты, дружок!» Я успокоил его: «Когда добиваешься такой реакции у чокнутого, значит, роль сыграна прекрасно, и ты на пути к победе».

В скором времени пациент прекратил свои психические выпады и стал уделять большее внимание своим собственным проблемам на более реальной основе. Высмеивание и смех над безумием подтверждает, что безумие есть неприятная игра-маскировка.

Высмеивание с успехом можно применять в случаях особой жалости больного к себе самому:

К. (пауза, твердо начинает); Я бы не стал... тратить все эти... деньги и время, и усилия на лечение... если бы я... во мне не нашлось... хорошего и я мог бы жить нормальной жизнью (заканчивает слабо, последние слова почти неразборчивы).

Т. (Перебивает громко и твердо): Целых пятнадцать лет ты так и не смог найти, чего хотел... а вместо этого у тебя были плохие врачи, которые так и не смогли разобрать мешанину в твоей голове, не поняли, какой ты прекрасный...долго можно продолжать... Разве нельзя найти врача, который мог бы проложить дорогу через весь хлам (Т. наклоняется, «тепло» кладет руку на руку К) настоящему... самородку, как ты.

К. (смеясь недоверчиво): Ох-х!

Т. («удивленно»): В чем дело, ведь так?

К. (с облегчением): Вот вы и смеетесь надо мной. (Пр. № 30)

Врач провокационной терапии применяет юмористические искажения, которые могут принимать разнообразные формы. Речь больного можно намеренно неправильно понять, исказить с целью прояснения его мысли и чувства; его явные мысли могут быть неуклюжи и с юмором восприняты, чтобы заставить его повторить и уточнить сказанное. Грубо искаженные "психологические объяснения" даются с целью спровоцировать клиента на более низкий уровень объяснения своего поведения. Пример:

Т. (косо глядя на клиента, жестикулируя обеими руками и убежденно говоря): Возможно, ты поражен чем-то неосознанным, которое схватило тебя за яйца там, где волосы короче (вдруг меняет тон и говорит нормальным тоном): говоря психологически, конечно, (снова увлекшись), так схватило, что не отпускает и не дает ходу твоей потенциальности актуализироваться...

К. (удивленно смотрит на врача, затем качает головой и перебивает): Нет, я просто глупый осел и (краткая пауза) и знаете ли, когда я подумаю об этом, я сам не дисциплинирован и не могу сказать себе «нет». Я всегда делал, что хотел. (Пр. № 31).

Искажение можно использовать с целью запугивания, опрокидывания ожиданий больного от традиционной роли терапевта. Он может погрузиться в бессодержательные и еще неопределенные для себя проблемы больного с тем, чтобы спровоцировать его на высказывание ожиданий. Пример:

К. (входит в комнату, садится, пауза, держится руками голову, медленно, подавленным тоном): Вы считаете, что сможете помочь мне с...

Т. (перебивая, твердо): Да! Обычно я говорю больным с такими проблемами «Нет, не лечу». А потом я стал думать, а почему, собственно, нет? Я хочу сказать, если проблема хорошая, я лечу ее, черт ее побери!

К. (непроизвольно пытается выяснить): Нет, нет... а... я хочу сказать...

Т. (перебивая, сердито хмурится, громко шлепает по ручкам кресла, догматично): Так в этом все дело! Тогда это очень просто решить. А какая у тебя была сложность?

К. (закрывает лицо руками, качает головой): Христос!

Т. («просыпается»): Да ну? (Пр. №33)

К. (медленно, смущенно): Что со мной происходит? Наверное, я... случайно сюда попала?

Т. (тепло, «дружески» гладит больную по колену): Нет, не случайно, у тебя 367 дней в году течка, период неодолимого желания! (Пр. № 33)

В словаре «сарказм» трактуется, как враждебное, ироническое, язвительное, презрительно-высокомерное отношение к высказываемому. Хотя эти определения и можно отнести к провокационной терапии, все-таки «сарказм» врача почти всегда можно прочесть по выражению лица, по тональности голоса и т.д. Ниже следует пример использования врачом сарказма для лечения презрительной пациентки, которая получила недавно хорошо оплачиваемую работу.

К. (входя в приемную, держит руку на манер «Стой!»): Прежде, чем вы скажете что-нибудь, я хочу, чтобы вы знали, что я получила работу.

Т. (подозрительно): Где это ты получила? К., (с триумфом): В лаборатории.

Т. (саркастически): В качестве кого, подопытного экземпляра? К. (раздраженно, но неохотно ухмыляется): Вы думаете, что чертовски остроумный?

Т. (подозрительно, саркастическим тоном): О, да! И как же ты убедила его взять тебя, золотко?

К. (краснея): Это было не *так!* (Пр. № 34)

Оказывается, иронии присущи несколько коннотаций. Ирония Сократа допускает при творство показаться несведущим и путем искусно направляемых вопросов выяснить, о чем думает пациент. Другая форма иронии допускает использование слов, которые выражают не их буквальное значение. Драматическая форма сгущает значение события, делает его соответствующим действительной ситуации и противопоставляет желательной, противопоставляет ожидаемому больным возможному исходу. Последняя форма иронии представляется самой действенной, поскольку указывает выход из негативной ситуации, когда больной не совсем понимает свое поведение и не видит выхода в целом. (Пр.№ 35) Воинственно настроенная пациентка, например, только что помещена в изолятор. Она стоит у дверного окошка и выкрикивает неприличные слова в адрес персонала, который наказал ее за агрессивное поведение по отношению к другой пациентке.

Т. (подойдя к окошку, чтобы целиком быть видимым): Вот так девушка! Задала им перцу! Они до смерти теперь боятся тебя! Сучьи дети, чокнутые! Давай, продолжай, не давай им сбить тебя с толку. (Сквозь стиснутые зубы). Ведь не имеет значения, как долго они продержат тебя здесь!

К. (не так громко смеется): А, пошел к черту, Фрэнк! Ведь не тебя закрыли здесь. Тебе легко говорить. Попробуй сам, посиди здесь, если тебе нравится.

Т. (как бы испуганно оглядывается, понижает голос и заговорщическим тоном): Нет, только не я! Они уже давно справились со мной, но я все надеюсь, что найдется тот, с кем они не смогут справиться! (Внезапно приходит в ярость и повышает голос до крика): *Неважно, каким пыткам они...*

К. (смеется, перебивает обычным разговорным тоном): Осторожно, а то в следующий раз тебя посадят сюда. А-а, насрать на них, я недолго здесь задержусь.

Ранее мы делали ссылки на анекдоты и действенный эффект, который приобретает кульминационная точка. Провокационная терапия позволяет врачу использовать любые анекдоты в его лечебных приемах. Анекдоты могут быть построены из фрагментов других анекдотов, их можно рассказывать на диалектах, менять в ходе рассказа, давать кульминацию от другого анекдота и т.д. Примером может служить беседа с религиозной больной, у которой сексуальные проблемы.

К. (явно выраженная зависимость): Я могу обойтись без мужиков. (Ядовито) Буду к Богу еще ближе.

Т. (вытянув руки): Напоминаешь мне о подруге, которая недавно развелась. Конечно,

она-то хотела сексуальных отношений, не то, что ты. И все же она тоже решила, что развод приведет ее поближе к господу. Я, разумеется, согласился с нею – с одним маленьким исключением... (пауза).

К. (наклоняет голову искоса смотрит на Т подозрительно): Каким?

Т. (безучастно): Я просто представил, как это – путаться в простынях с Богом.

К. (краснеет и смеется). (Пр. №36)

Перемена контекста вернула нас к проблемам этой женщины; она использовала свои мысли о Боге и избегла решений трудных для нее повседневных сексуальных проблем. В работе с другими пациентами очень часто посредством хорошей шутки, анекдота можно разрушить их образ мышления и вывести из критического, кризисного мира, который они создали для себя).

Описав формы юмора, применяемые в провокационной терапии, позвольте обратиться к прагматическим причинам такого применения. В практике встречается множество забавных ситуаций с клиентами, и было бы неискренним не посмеяться над этим. Нам, как и другим врачам, приходится чуть ли не жевать губы в попытке сдержать смех. Ведь часто смех оскорбляет пациента, а для самого врача считается не профессиональным, неприличным давать волю смеху. И все же, если он не смеется, значит, ему не хватает ответственности (конгруэнтности). Приводим пример, который можно назвать «профессионализм». В моей (Ф.Ф.) ранней клинической практике я работал с больным, у которого было множество проблем, но все же он обладал хорошим чувством юмора. Наши сеансы записывались. Войдя в приемную, он спросил:

К. (улыбаясь): Записываемся?

Т. (мрачным, серьезным голосом, глядя прямо на пациента):

а): Не желаете ли присесть?

К. (садится, улыбаясь): У нас тот же спонсор, что и на прошлой неделе?

Т. (нахмурившись, очень серьезно): Давайте побеседуем о чем-нибудь важном для вас. (Пр. № 37)

А вот более свежий пример из групповой терапии с десятью пациентами при обсуждении секса:

Ш (громко): Давайте бросим эту скользкую тему и поспорим лучше о бейсболе! П2 (очень трудный больной, сурово): Давайте поговорим о чем-нибудь одном. Т. (к трудному больному): Джордж, о чем ты хотел бы поговорить?

П2 (широко ухмыляясь): О сексе, конечно! (Т и группа громко реагируют)

Ш (контролируя себя, прерывает): Но... П2 (показывая Ш жестами «заткнись»): Хватит твоих бейсбольных заморочек. (Т и остальная группа снова смеются)

(Пр. №38)

Следующий пример показывает адекватную (конгруэнтную) реакцию терапевта на юмористическую ситуацию. Полностью непредсказуемая пациентка входит в приемную и сразу заявляет:

К.: Я не была с мужчиной уже десять дней! Т. (невинно): А что, был грипп?

К. (удивленно): Да, а как вы узнали? Меня мучил понос и почти постоянно тошнило и рвало...

Т. (непроизвольно смеется, откидывает назад тело, как будто боится упасть). (Пр.№ 39)

Еще пример, когда гомосексуалист, наконец, решился на свидание с девушкой. Поднявшись к ней в комнату «послушать стерео», как он выразился, она «незаметно надела что-то удобное», надушилась и выключила свет.

К. (невинно): Для чего все это?

Т. (смеется от всего сердца).

Еще пример:

Т. (саркастически): Что ты хочешь сказать, Джоржия, ты пылаешь любовью?

К. (берется руками за голову, качается и смущенно): Нет, не любовью, страстью.

Т. (смеется).

Эти примеры иллюстрируют довольно частые забавные ситуации, которые встречаются в клинической терапии.

Если клиент в состоянии смеяться над собой и своими поступками, это может иметь хорошие последствия. Исчезает жалость к себе, он приобретает опыт и способность терять лицо и переносить это более легко. Поскольку задачей терапевта и является изменение больного, некоторые находят в этом много юмористического. Они учатся ставить себя в такое положение, потому что хотя закалиться, укрепить свое приобретенное состояние:

Т. (лирично и жестикулируя, обращается к подавленному больному, совершавшему попытку суицида): Пока ты рассказывал, я представлял себе картину твоего самоубийства. Она вполне достойна кисти Альбера Камю

К. (ухмыляясь): Нет, ...лучше Джорджа Бэббит (К,Т и группа наблюдателей смеются). Позже на этом же сеансе.

Терапия вплотную соприкасается с общением человека,

Т. (цинично): Достаточно ли напугалась твоя семья, когда ты предпринял эту попытку самоубийства?

К. (с хитринкой): Право, не знаю... Но что касается самоубийства Я ведь не хочу убивать себя, я не могу выносить боль.

Т. (оглушительно смеется) И еще позже:

Т. (беззаботно): Видишь ли, почему я заинтересовался твоим случаем? Просто в последнее время у меня нет никого с такой попыткой.

К. (смешавшись, но после ухмыльнувшись): Только в последнее время? (Пр. № 40)

Теряя свое прежнее лицо, т.е. меняясь и прибегая ко всяким ухищрениям, чтобы подольше сохранить его, больной произвольно следует восточной мудрости о мире и гармонии. И как поется и в ирландской песне, «мир везде одинаков». Весьма часто оказывается, что им не удается приобрести ту свойственную человеку животную приспособляемость и тенденцию совершать ошибки. Они не рискуют совершать поступки из-за боязни неудачи и потери «имиджа». Иначе они «умерли бы со стыда».

Клиенты не могут осознать, что жизнь, как урок игры на фортепиано. В приобретении любого умения, даже социальной жизни, начинать приходится с нуля и допускать ошибки. И здесь нельзя избежать ошибок, а поскольку это так, необходим учитель, который указал бы на ошибки и который учил бы, как управлять своим поведением с минимальными эмоциональными затратами. Точно также, если клиенты не научатся воспринимать неудачи с присутствием духа, и как неизбежную часть этого учения, им никогда не сделать первого шага. Если же клиент смотрит на себя с юмором, он менее «катастрофически» относится к своим проблемам и более реалистически к своим неудачам, Мы серьезно считаем, что чувство юмора по отношению к себе составляет важный аспект определения зрелости человека.

Терапия вплотную соприкасается с общением человека, его поступками и его отношением к этим поступкам. И различные формы юмора незаменимы в определении конфликтных точек в этом процессе.

Большая правда заложена в выражении «бессмысленный жест», В терапии юмор часто является тем кусочком сахара, которым подслащивают горькую пилюлю. Юмор может смягчить и уравновесить жестокие психологические уроки, которые необходимо пережить в ходе лечения.

Конфронтация – своего рода основная нить, из которой ткется ткань провокационной терапии.

Анекдот или крепкое словцо, сопровождаемые насмешливой улыбкой, как бы содержат в себе посыл: «Забудь почему и имей дело с голыми фактами!» С целью помочь больному встретиться лицом к лицу с реальностью, юмор наравне с: конфронтацией оголяет, вскрывает все, что волнует его. Подача в юмористической форме не только притупляет чувство стыда и смущения, но и сводит на нет чувство ущербности больного. Таким образом, юмор-многогранная техника.

Юмор помогает отвлечь внимание больного для того, чтобы внушение врача скорее дошло до него. Конечно, свежа в памяти история о человеке, купившего осла, который, как ему сказали, понимал только ласковые слова, но никак не наказание: нужно было положительное подкрепление. Человек привел осла домой, поставил его в сарай, а позже попытался запрячь его в повозку. Чувствуя себя дураком, он долго целовал, обнимал, шептал в ухо осла ласковые слова, но ничего не добился. Осел брыкался, нагло смотрел на него, но не двигался с места. В негодовании он позвонил прежнему владельцу и укорил, что, несмотря на заплаченную кругленькую сумму и ласковые слова, это презренное существо не хочет работать. Прежний владелец с готовностью согласился дать консультацию. Войдя в сарай, он нашел огромную палку и с размаху дал ею осла по башке так, что уши у того опустились, глаза сошлись на переносице, а колени подогнулись. Бывший владелец бросил дубинку, отступил и, просяще сложив руки, стал упрашивать: «Ну давай, парень, принимайся за работу!» Осел послушно вышел из сарая. Новый владелец всплеснул руками: «Вот черт, ты ведь не сказал мне, что его нужно побить, прежде чем он послушается.» На что был ответ: «Я забыл сообщить тебе, что надо привлечь сначала его внимание». Содержание этой басни аналогично работе с людьми, сначала надо привлечь их внимание.

В процессе лечения различные формы юмора служат для сбивания клиента с толку, внезапного преодоления его сопротивления, защиты и одновременного вовлечения его в общение с целью оценить предпосылки его поведения и эмоциональное состояние. Врач провоцирует его на переживания, ибо переживание, опыт – не только лучший, но и единственный учитель жизни. Именно таким образом врач делает клиента неотъемлемой частью лечебного процесса и ставит его перед необходимостью начать лечение именно в данном месте и в данное время. В конце концов, все, что мы имеем – это данный момент. Главной проблемой многих клиентов является то, что они либо «жертвы» прошлого, исполняющие вендетту (во многих из нас сидит дух сицилийцев) и оплата долгов также естественна, как и привычка дышать, либо заложники будущего (боязнь предвосхищения, предвидения – «что, если...» – делает из нас трусов).

Юмор используется также для того, чтобы поставить клиента в неудобное для него, зависимое положение, вызывая тем его на разговор. Если клиент сможет отстоять свою личность в случае, когда терапевт занимает отрицательную позицию, он таким образом устанавливает дистанцию и свое превосходство над проблемой. Если же клиент пришел на лечение с ожиданием, что его будут гладить и лелеять, ему скоро придется встретиться с массой непредвиденного. Это особенно важно при работе с психологически изощренными больными: юмор помогает разорвать ожидаемый сценарий терапии (неважно, кем он написан) и поставить клиента перед необходимостью научиться справляться с проблемами.

И еще один аспект нельзя упустить из виду, юмор еще и развлечение для врача. Это помогает поддерживать внимание к клиенту, стать для него ближе и сделать процесс лечения более переносимым и приятным.

Однако следует помнить о предостережении. Если все хорошо, это не обязательно к лучшему. Из нашей практики мы вынесли твердое убеждение, что использование юмора в терапии – полезно. Но при злоупотреблении со стороны врача он может оказаться хрупким инструментом.

Глава 5. ЧЕТЫРЕ ЯЗЫКА ТЕРАПЕВТА

Теперь, если я приду к вам, братия, и стану говорить на незнакомых языках, то какую принесу вам пользу? И бездушные вещи, издающие звук, свирель или гусли, если не

производят отдельных тонов, как распознать то, что играют? И если труба будет издавать неопределенный звук, кто станет готовиться к сражению? Так, если и вы языком произносите невразумительные слова, то, как узнают, что вы говорите? Вы будете го-

ворить на ветер. Сколько, например, различных слов в мире, и ни одного из них нет без значения. Но если я не понимаю значения слов, то я для говорящего – чужестранец и говорящий для меня – чужестранец.

Апостол Павел. Первое послание к коринфянам: 14

Считается трюизмом тот факт, что люди могут понять только то, что сказано на их языке. Апостол Павел не был первым, а мы, вероятно, не будем последними, кто признает это. Рассуждая проще, если мы, как врачи, не найдем у клиента понимание, наши слова и гроша ломаного не стоят, будь они трижды умными. Они останутся словами. Все, что насильно вырвано из контекста, может оказаться смешным, но просим читателя внимательно отнестись к метафорам, которые мы часто адресуем клиентам:

1) Терапевт (с умным видом): «Жизнь, как морковь».

2) «Когда я закрываю глаза и думаю о тебе, я вижу грибы».

Часто в силу профессиональной привычки и социально–экономической ситуации мы, клиницисты, проносим слова, подчас ничего для клиентов не значащие. В результате мы «вешаем» на разных частотах и не можем «настроиться» на их волну. Я (Ф.Ф.) работал с группой старшеклассников и однажды объяснял им, что такое мастурбация. Один из мальчиков не очень громко попросил: «Говорите по-английски». Другой нарисовал указательным пальцем в воздухе квадрат, а я подумал: «Все, теперь они осмеют меня». Однако, отчаянно продолжил: "Когда я сам ходил в клуб «Золотые перчатки», в раздевалках это называлось «дрочить». Они все покраснели, а потом рассмеялись. Некоторые явно смущались, поэтому я спросил: «И сейчас это так называется?» Они со смехом признались, что именно так, и я порадовался, что «настроился на их волну».

Перед терапевтом стоит постоянная задача переводить свое мышление на понятный клиенту язык, который определяется рамками его социально-психологической и семантической подготовки. Возникает другая сторона медали – проблема использования языка клиента с целью эффективного воздействия на его мышление и восприятие. Врачу постоянно приходится решать эти две задачи.

Когда мы были начинающими врачами и только становились на эту стезю, наш язык прекрасно понимали и на приеме в высоком обществе и на спортплощадке. Со временем, однако, с приобретением опыта в провокационной терапии мы овладели другим языком и говорим на более свободном, нахальном, коннотационно богатом языке. И находим его очень действенным, поскольку вещи, с которыми сталкиваются клиенты, для них своего рода эмоциональный динамит, их конфликты нельзя разрешить в рамках вежливой, социально корректной терминологии. Здесь чувства – обострены и вызывают серьезную патологию и социальные отклонения. Только определенный набор слов в состоянии – вынести эмоциональную нагрузку, которую необходимо каким-то образом сбросить.

В течение многих лет в провокационной терапии использовалось много языков, слов, диалектов для улучшения квалификации врача. В целом все можно обобщить в четырех видах самого доходчивого языка:

- 1) религиозно-моральный,
- 2) язык раздевалки или улицы,
- 3) кинестетический или язык тела
- 4) профессиональный жаргон.

Религиозно-моральный язык – предписанный, авторитарный, основанный на разграничении черного и белого и тяготеющий к обожествлению законов отдельных субкультур или же отдельных периодов времени. Язык раздевалок – для подростков, часто из трех букв, часто непристойный, даже похабный и эмоционально нагруженный. Язык жестов определяется положением, жестом, выражением лица, тактильными чувствами. Профессиональный жаргон – статичный, многосложный, заумно звучащий и обычно высокопарный. Необходимы

примеры, чтобы пояснить все эти определения. В противопоставлении даются религиозно-моральный и профессиональный жаргон в примере 16, глава 3, где больная была уверена, что она бессмертна, слаба и ленива.

В главе о роли терапевта мы обсуждали язык человеческого тела, его важность при общении с трудными больными. Тогда язык жестов особо нужен, когда невозможно пробиться к больному с помощью одних слов. Пример (№ 41): молодой, привлекательной, но находящейся в тяжелой депрессии пациентки. Она пришла на лечение из-за неверности мужа, чувствовала себя очень неуверенной, выбитой из колеи от этого известия и подумывала о самоубийстве. Первый разговор состоялся в дождливый мартовский день, и мои туфли были облеплены грязью. После некоторых тем разговора:

Т (вздыхая): Вы просто коврик при входной двери, Не так ли? К (почти неслышно): Да, так и есть.

Мне было жаль ранить ее, но я решил, что это пойдет ей на пользу и поэтому пошел дальше: стал вытирать грязные туфли ее очень дорогостоящим платьем, пока она безучастно сидела в кресле напротив меня.

Т (безлико): Точно, дверной коврик... в конце концов, на что-то вы годитесь.

К.(болезненно, плаксивым голосом, медленно очищая платье от грязи): Пожалуйста, не делайте этого.

Когда она пришла на второй сеанс, я положил ногу ей на колено и слегка пнул ее. На третьем сеансе я честно пытался проделать то же самое, но на этот раз она ответно пнула меня, и довольно сильно, и с этого момента начался выход из ее депрессии. Она стала просто одержима мыслью о самоубийстве, но это была уже другая клиническая проблема.

Можно еще привести пример применения языка жестов (пр. № 42). Кататоническая (неподвижная) больная, которая к тому же за шесть месяцев не произнесла ни слова, стала для персонала целой проблемой. Я же был убежден: она ведет игру и сознательно гасит в себе попытки к выздоровлению. Хотя она ничем не показывала, что осознает и узнает всех окружающих, я понимал, что разговорить ее будет сравнительно легко. С одним из сотрудников мы заключили пари на 2 доллара, что я спровоцирую ее на хорошо артикулированное предложение в течение недели.

Я преследовал две цели: 1) она относилась к нам, как к Мебели, совсем не признавала нашего существования, и тогда (вместе с другими сотрудниками, специально выбранными из-за их веса) тоже буду относиться к ней, как к мебели и садиться к ней на колени" на 3-4 минутки по десять раз в день, 2) я все-таки опасался, хотя она и «больна головой», все-таки я сказал ребятам: «Ее берцовая кость соединяется с позвоночником, который соединяется с черепом, а в нем язык, и тогда уж она заговорит оттого, что ее кости расплющатся от тяжести». Суть пари заключалась в том, что конфликт между бедрами и головой окончится в пользу головы. «Сидения на коленях» начались и немедленно возымели последствия. На четвертый раз она уже пыталась спихнуть нас, и хотя это был невербальный рефлекс, он уже ясно демонстрировал, что она выходит из своего заточения, однако в споре это не учитывалось. На шестой раз она рассмеялась, крепко толкнув одного из ребят в спину, и четко провозгласила: «Убирайтесь с моих колен к чертовой матери». Точно также можно сказать и о кататонии: если можно противопоставить шесть месяцев неподвижности и восемнадцать минут безобидного сидения на коленях, вряд ли можно это квалифицировать как серьезное заболевание.

Пример (№ 43) языка раздевалок. Я проводил терапию в палате девочек-подростков, когда распахнулась дверь и симпатичная, но агрессивная на слова, девица ввалилась и громко заявила: «Когда я выпишусь отсюда, стану проституткой».

Т (лаконично): Ах черт, Роки, если примешься за такой бизнес, умрешь от голода уже через неделю.

К. (вспыхнув, теряет самообладание, но устремляется агрессивно вперед): Не умру, так как буду зарабатывать по 200 баксов за ночь.

Т (недоверчиво): 200 долларов?! Что такое ты собираешься предложить парню в посте-

ли за 200 баксов?

К (вспыхивая, но беззаботно отвечая): О, не волнуйтесь, я найду, что предложить. Т (пытаясь помочь): Эй, у меня появилась идея! Ты пробовала банановый способ? К (озадаченно и подозрительно): Что вы имеете в виду?

Т (игнорируя замороженное внимание нескольких пациенток и персонала): Видишь ли, однажды я лечил одну опытную проститутку, и она-то рассказала мне об одном «приемчике», который показал ей часто навещающий ее клиент. Он не трахал ее обычным образом, а с помощью связки бананов. Она должна была очистить банан, всунуть его во влагалище и понемногу вытаскивать, пока он ел по кусочкам. Теперь, когда выпишешься, будешь специализироваться в этом. Как думаешь?

К. (краснеет от гнева, прикладывает руку ко рту, стараясь сдержать смех, но затем смеется вместе со всеми).

Т (улыбается): Ну и как, будешь?

К. (все еще качая головой): Ну и негодяй же вы, Фаррелли. Нет, надо придумать какой-нибудь другой план!

(Пациентка, персонал и все пациенты раздражаются смехом).

Весьма часто наши клиенты не осознают эмоционального значения своего поведения. Язык раздевалок – способен «попасть в яблочко» и спровоцировать чувства сообразные поведению клиента. При этом приходится прямо продираться сквозь всякого рода эвфимизмическую чепуху. Например:

К (бесцеремонно): Я предпочитаю отношения с людьми своего пола.

Т (с нажимом): Хотите сказать, что любите сосать член? (Пр. № 44)

Этот пример сочетает комбинацию профессионального жаргона и языка раздевалок:

К (утомленно): Только сейчас мне становится ясно, что о многих вещах я только говорил... говорил... говорил... но ничего не делал.

Т (беззаботно): Да... да... да... (как усталый робот, говори – говори – говори – говори... и не отрывай задницу).

К. (утомленно соглашается): Да.

Т (тепло): А ведь и по-другому можно (распевно, как бы диктуя доклад): «Клиент умеет хорошо выразить мысль, но, похоже, у него не хватает мотивации. Существует некий симптом в динамике сеансов лечения, который имеет тенденцию... поддержать гипотезу...».

К (слегка смеется).

Т (продолжает): «что использование вербальности как защитного фактора...» К. (пауза, слабо ухмыляется): Да-а. Т (невинно): Что да?

К (соглашаясь): Согласен, болтаю много, а делаю мало.

Т (эмоционально): Ну вот, наконец-то. Болтаешь, говоришь, а задницы не оторвешь. К (попытка юмора): Я понимаю... (Пауза, серьезно)... Очень хорошо. Т (с напором): Теперь другое дело. Видишь? Ты понимаешь, но ни черта не делаешь... К (перебивая): Но я не делаю. Т (с триумфом): Но зато понимаешь, так? К (смеется)

Т (торжественно): Или как мы изъясняемся в практике (продолжает «диктовать» распевным тоном) «Клиент показывает... явные свидетельства... э-э, хорошо сбалансированного восприятия...» (клиенту, эмоционально): Это обязательно относится к тебе. Но думаю, так ведь можно сказать о ком-то...

К (смеется): Конечно.

Т (торжественно продолжает):...динамики...

К (не сдерживает смех)

Т (ожидает одобрения): Так?

К (широко ухмыляется): О 'кей, продолжай.

Т («диктует» снова): "...своих конфликтов... двоеточие... В данное время он, похоже, не способен усвоить... что проходит курс психотерапевтического общения.

К (ухмыляясь): Да.

Т (тепло): Видишь?

К (подражая интеллектуальному тону): Я понимаю.

Т (громко): Вот... конечно! Так и есть. Что я говорил?

К (тихо смеется).

Т (не «замечая» одобряющего себя смеха и переходя на усиленный тон): Да, ты понимаешь все, но не делаешь и шагу. (Пр. № 45)

Рассмотрим пример № 46 использования религиозно – морального языка. Провокационная терапия старается вызвать на разговор этим языком пациентов, имеющих строгие и различные другие религиозные корни. Несколько месяцев спустя после 91 сеанса, я узнал, что ирландская католичка, работница средних лет, поступила в мою палату с диагнозом наркоманки. Она находилась в состоянии возбужденной депрессии, погранично с суицидом и провела весь день в комнате. Увидев ее в первый раз, я подошел и сел рядом. Я начал разговор, со слезами на глазах она соглашалась со всем, что я ей наговорил, даже с утверждением, она «катится в ад».

Т. (удивленно): Да? (протягивая руку, усмехаясь): Дай мне руку, Я всегда хотел познакомиться с кем-нибудь, кто направляется прямоком в ад. А я, я такой хороший, благородный, что попаду только на небо. Я совершаю семь телесных и семь духовных обрядов очищения, имею двенадцать даров святого духа, совершил девять первых пятниц и пять первых суббот. Понимаешь, сколько достоинств небесных я приобретаю, разговаривая с такой заблудшей овцой, как ты? А сколько жемчужин в моей короне (наклонившись к плечу пациентки и фыркая от смеха, как от шутки), от тяжести которых наклоняется голова и затекает шея.

Не отметив ее реакции, я проговорил с нею еще минут десять я начал думать. «Наконец мне попала пациентка, которая „разрушит“ систему тем, что не станет протестовать. А что, если завтра начать по-новому». И я начал по-новому, добился лишь реакции других больных к ирландской женщине. От нее же – ни протеста, ни жалости к себе, несмотря на мои увещевания и обличение «грешников, которые получают то, что заслуживают. Бог, как и Полиция северозападного округа всегда наказывает, в конце концов, таких, как ты». Нет реакции.

На протяжении нескольких дней я пытался, чтобы она услышала меня, но она только слезно соглашалась со мной всем и твердила, что грешна и достойна наказания адом. И каждый день передо мной стояла головоломка: «В чем же дело?... А что, если попытаться завтра?...»

На тринадцатый день она опять плакала, я расположился рядом и уголком рта стал ворчать на нее: «Эй, грешница, привет, знаете, как вас здесь все называют?»

К (кивает, рыдая): Знаю...знаю... Так мне и надо... Т (продолжает со смехом): Потерявшая башку!

К. (бац!) Неожиданно и стремительно она вскочила и вlepила мне пощечину, опрокинула «свой» стул, начала кричать, проклинать все на свете, пинать корзину для бумаг... Кое-как схватив ее не без помощи персонала, мы с трудом затащили ее в изолятор. Замкнув комнату, я подошел к решетке и кратко сказал: «Золотко, с этим покончено. Теперь ты не сможешь вернуться к своим фарфоровым божествам прежней жизни.» Крики брани подтвердили мою правоту.

Больше она не демонстрировала депрессии, а на последующих встречах была более сдержанна в отношении религии. Однажды она заявила, что бог любит ее:

К. (серьезно и искренне): Мр. Фаррелли, я очень сердилась на вас и хочу извиниться за это, я поняла, что вы не были бессердечным и жестоким, а были лишь посредником бога, пославшего его милость и помощь для меня.

Т (простирая руку к пациентке со злорадным выражением лица и подставляя запонку): Не хотите поцеловать одежду мою. Разве я не великолепен? Не хотите ли называть меня Святой Фрэнк из Медисона? (Удерживая руки в молитвенном положении, принимает елейное выражение лица) О Боже...

К (перебивая, улыбаясь и прямо глядя на Т): Ладно, можете остановиться. Вы же католик и прекрасно понимаете меня.

Т (чувствует, как будто подросток): Вот так-то!

Эта пациентка, у которой было тридцать госпитализаций, восемь разных диагнозов в течение десяти лет и считалась безнадежно хронически больной, сделала заметный прогресс, была выписана и цикл ее госпитализации прервался навсегда.

Кстати сказать, я сделал важное открытие для себя, во многих случаях требуется не одна попытка достигнуть положительного результата, надо пытаться и пыгаться снова. Я понял также, что самые «неисправимые нечестивцы» могут «вернуться на путь истинный».

Спустя несколько лет на одной из презентаций провокационной терапии зашла речь: Один из работников (раздраженным тоном): Вы слишком рассусоливаете со всеми этими больными!

Ф.Ф. (смирненно): Пытаюсь.

Работник (с протестом): Вы читаете им проповеди!

Ф.Ф.: Такова моя задача.

Я стал говорить о том, что врач представляет в этой сфере как бы проповедника, что люди, отказывающиеся «исповедаться обычным людям», отправляются к врачам и признаются им во всем.

Поиски щадящей психотерапии в 1940 и 1950 годах были обречены на вечные поиски чаши Грааля. Щадящей терапии также не существует, хотя терапевты и делают попытки со всей осторожностью относиться к больным.

За всю историю, когда решались проблемы помощи людям в их жизненных делах, выдвигалось много разнообразных моделей и парадигм поведения. Нравственная модель о добре и зле, о безнравственности и добродетели была вытеснена медицинской моделью, говорящей о здоровье и болезни. В свою очередь, медицинская модель сходит на нет под давлением новых социально-психологических парадигм, ставящих во главу угла образцы самоудовлетворяющего поведения, а также паттерны самозащитного и антисоциального поведения. Однако при всех изысканиях разных моделей тема добра и зла, желаемого и нежелательного остается неизменной. А поскольку общество, больные и их родственники придерживаются нравственной модели, я взял ее за основу и не только потому, что она остается до сих пор ценной концепцией человеческого поведения, но и для того, чтобы настроиться на волну их языка.

Язык раздевалок, язык жестов и религиозно-моральный обычно вызывают удивление и массу вопросов, профессионально, корректно ли их использование? Наш ответ таков – термин «непрофессиональный» должен применяться только при явных показателях ухудшения здоровья, не в качестве заменителя «каприз» или «мне не нравится это». Нам совершенно ясно, что это только институтская дефиниция, которая лишний раз подтверждает, что слова греко-латинского происхождения неизменно считаются более «профессиональными», чем англосаксонский слэнг. Один из проповедников как-то заметил: "Сегодня в нашей культуре непристойность – не слова из трех-четырёх букв, обозначающие сексуальные отношения или функции тела, а такие, как «ниггер».

Мы пользуемся таким языком с друзьями, семьей и коллегами; больные также используют его для общения между собой и персоналом. Почему же тогда не пользоваться им, если он эффективен? Ведь наша задача – *спровоцировать клиента на действие*, и мы избегаем всяких эвфемизмов и нечеткой терминологии в беседах с ним. Мы отдаем себе отчет, что очень часто клиенты прибегают к такому языку с целью выбить у врача почву из – под ног, поставить его наравне с собой и контролировать. Следующий пример (№ 47) очень показательен в этом смысле. Врач сам прибегает к подобному языку, чтобы обрести утраченный контроль:

К. (молодая агрессивная лесбиянка, сердито): Боже, ты же настоящий подонок! У тебя, наверное, прыщи на члене?

Т (ошарашен, протестует «безвольно»): Я... ты... как ты... Вовсе нет! (Колеблется, выглядит неуверенно). По крайней мере, сегодня утром не было, я проверял. Ничего такого нет.

К (отворачивается, краснеет и смеется): Ну и дурень же ты, мальчик!

Т (строго, нервный тик на лице): Мальчик! Ты точно, Герман, знаешь, как побольнее

оскорбить парня.

К (усмехается, смущенно): Меня ведь не Герман зовут (пр. № 47)

Если сам терапевт не владеет подобным языком и не может вовремя им воспользоваться, некоторых больных ему не вылечить.

Таким образом, чтобы войти во внутренний мир больного, его шкалу ценностей и попытаться изменить ее провокационной терапией, необходимо много языков общения. И выбор языка зависит от социально-культурных корней больного и темы обсуждения в определенный момент. Как им пользоваться— зависит от искомой цели на тот момент и борьбы умов и воли между врачом и клиентом.

Глава 6. СТАДИИ ПРОЦЕССА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

В этой главе мы намерены представить ряд эмоциональных наблюдений. Когда мы рассуждаем в провокационной терапии о стадиях выздоровления больного, мы не имеем в виду четко определенные шаги или этапы выздоровления. И все же за последние десятилетия более или менее определились этапы, которые мы условно разделили на «стадии выздоровления». Мы вполне осознаем, что типы реакций больного являются все же частично функцией типов стимулов, которые предлагают больному врачи. И хотя реакции больных разнообразны и не могут быть измерены или одинаково определены, все же в них можно обнаружить нечто стоящее и закономерное, что и позволяет нам сделать попытку классифицировать эти стадии выздоровления.

Если предположить, что существует четыре стадии выздоровления, то уделять внимание следует мотивации больного в ходе лечения. И, наконец, учитывая, что мы преследуем также учебные цели, мы хотим поговорить о некоторых последствиях или показательных случаях, небезынтересных для практикующихся в провокационной терапии.

Из предыдущих глав нелишне напомнить, что врач стремится спровоцировать больного на реакцию (участие), которые условно можно обозначить как пять типов поведения:

- 1) утверждение своего я, как вербального так и поступками;
- 2) самоутверждение соответственно ситуации;
- 3) реальная самозащита;
- 4) распознавание признаков дискриминации и адекватная реакция на нее;
- 5) участие в общении с элементами риска.

Даже если больной и согласится на некоторые или все эти обобщенные цели, его представление о том, как их достигнуть, могут совсем не совпадать с представлениями врача.

Стадия 1

На первых сеансах больной поспешно провоцировал на ряд поступков, результатом которых было удивление, недоверие, неуверенность и временами даже ярость. Он пережил резкое столкновение ожидаемого: роль терапевта вопреки его ожиданиям оказалась совсем иной. Его естественным желанием было реагировать таким образом: «Что же ты за терапевт? В жизни не слышал, чтобы кто-нибудь так со мной говорил». Он был удивлен глубиной собственного чувства, когда терапевт быстро разрушил его самозащиту и продолжал вызывать его на быстрые реакции – переживания. Он стал неуверен в себе, как следствие:

К (медленно): Мне это не нравится... Не могу угадать, что *вы* сделаете или скажете, но хуже всего, я не могу представить, что сам скажу...

Невзирая на все предшествующие реакции больной просто заинтригован тем, как терапевт подходит к его проблемам.

Пример (№ 48): больная была направлена ко мне (Ф.Ф.) ее тринадцатым врачом. Едва она вошла в приемную, я быстро спросил: «Как твое имя, еще раз?» Она ответила: «Рэйчел Левина» (псевдоним). Я прокомментировал: «Еврейское имя». Она ошетилилась: «Да». Под-

черкивая еврейский акцент, я спросил: «Ты откуда родом?» – «Из Нью-Йорка», – ответила она. Я расстроено опустил в кресле: «О Боже, Нью-йоркская сука пришла». Она не успела еще снять пальто: «Не верю своим ушам, вы что, помогаете людям таким вот образом? Я начинаю злиться».

На что я отреагировал: «Помогаю? Кто говорит о помощи? Поговорить можно, но помочь... Ведь тебе не помогли те двенадцать врачей, которых ты вымотала, зачем же требовать от меня невозможного? Кроме того, (жест в ее сторону) мне нужен материал для работы». Сказав это, я поерзал в кресле и продолжил угнетенным тоном: «Боже, знаешь ли ты, что пишут даже книги о таких случаях, как твой: „Как быть еврейской мамой?“ Ты ведь прекрасный материал, можно сказать, архетип». Нет необходимости говорить, что за шум начался. Некоторым может показаться удивительным, (нам тоже было интересно), однако, 95% клиентов приходят на следующие сеансы. Оказывается, в этом подходе что-то есть, но пусть больные сами скажут за себя:

(1) «Здесь происходит что-то неожиданное и внезапное» Клиенты признают, что терапевт задевает их за живое очень точно и этим вызывает мгновенную реакцию, во время этих переживаний, возбуждений и происходит освобождение, отдача. В качестве примера (№ 49) приведу случай одного клиента. До того времени я использовал с ним более традиционную технику в течение 170 сеансов. Когда в очередной раз он появился у меня, я сменил технику. Сначала он пришел в замешательство и, как выразился позже: «Я вышел из прежнего состояния и что-то бормотал про себя». Потом он спросил, как мне это удастся, выводить людей из себя.

Я ответил:

Т (с пониманием): Я ведь просто пытался помочь.

К. (со смехом): Помочь? Провокацией помочь! Позже он признался: «Теперь вы обращаетесь со мной как со взрослым человеком, а не как с хрупким пациентом, который впервые пришел к врачу. Вы сняли детские перчатки, хотя не всегда это и приятно, я все-таки чувствую себя мужчиной и почти равным вам».

(2) "Мне не нравится, что вы мне говорите, но вам признаюсь: зато мне не нужно гадать, что вы думаете обо мне, как это я делал у других врачей. Клиенты говорили мне, что их предыдущие врачи «темнили» с ними, и это их пугало: т.е. «Я очень испугался, так как у меня появилось ощущение, что врач думает, я разобьюсь на кусочки, если он выскажет мне все мои проблемы». Иногда клиентам не нравятся слова терапевта, но им важна обратная связь. Похоже, им хочется удариться обо что-нибудь: «Мне не хочется самому говорить. Ведите хотя бы часть беседы, возьмите это на себя». «Врачи, у которых я был на приеме (а видел он шесть терапевтов), неохотно шли на то, чтобы вызвать у меня ответную реакцию. Если я спрашивал их о чем-нибудь, они уставятся на меня или на потолок, и я прямо-таки видел, как крутятся колесики в их головах и просеивают слова и фразы, что им сказать мне, а после, поколебавшись, они задавали ответный вопрос: „А почему ты спрашиваешь?“ Но вы, вы орете на меня с самой первой минуты...»

(3) Третьей причиной, почему клиенты продолжают приходить на сеансы провокационной терапии, является вопрос контроля. И опять пусть скажут сами клиенты: «Я поняла, что могу обвести вокруг пальца любого врача, могу заставить его покраснеть и смутиться. Но не вас, и это хорошо. Когда я прихожу сюда и пытаюсь смутить вас своими сексуальными рассказами, вы даже не краснеете, а наоборот, заставляете меня смутиться своими вопросами. И знаете, это правильно, только из вас и Хэнка (ее парня) я не могу вить веревки».

(4) Четвертой причиной является желание быть понятым. Очень часто клиенты неправильно понимают прием «мрачного» подхода к состоянию их болезни и считают такой подход глубоким пониманием их состояния. Как выразился один клиент: «Вы единственный, кто понимает меня до мозга костей. Даже мои друзья и семья не понимают, как я болен, но вы за несколько минут почувствовали всю важность происходящего со мной»(!!!) И действительно, терапевт предпринимает попытку вникнуть в мир клиента, как внутренний, так и внешний, достигнуть не только эмпатического взаимопонимания, но и осознать, каково кли-

енту в глазах важных для него людей. И клиенты это чувствуют: «Вы всегда говорите именно то, что я думаю о себе», или «Вы должно быть, поговорили с моей семьей – именно так они считают».

(5) Пятая причина – возможно, самая важная, почему многие из них возвращаются на лечение – юмор, что очень близко к цели провокационной терапии. Когда одну клиентку спросили, придет ли она на следующий сеанс, она усмехнулась: "Обязательно! Ведь впервые в жизни я была центром целого представления! "

(6) Шестая причина – желание клиента полюбить терапевта, хотя временами и неосознанно.

К (смеется).

Т (улыбаясь): Что? (К. продолжает смеяться). Над чем смеешься?

К. (вытирая глаза): Ох и умник же вы, Фрэнк!

И другой клиент:

К. (искренне, тепло): Вы самый добрый и понимающий из всех, кого я встречал в своей жизни. (Улыбаясь). И самый большой сукин сын, к тому же.

(Т. и К. смеются вместе).

Стадия 2

После удивления и неопределенности, испытанных на первой стадии, обычно клиент начинает меньше протестовать в отношении поведения терапевта и осознает, что меняться нужно ему самому, а не врачу, и только тогда он начинает адекватно понимать, что ожидать от лечения. Обычным настроением является угрюмость: «Черт вас побери, вы правы в отношении меня». На этом этапе начинают зарождаться слабые зачатки тех видов поведения, которые стремится вызвать терапевт. Эта стадия характерна тем, что намечается сокращение психотической защиты, если она присутствовала вначале.

Пример (№ 50):

В приемную вошел молодой глубоко верующий человек, сопровождаемый родителями, непоколебимыми католиками. В его истории болезни был записан психотический срыв, несколько пребываний в лечебнице и увольнение с работы из-за гомосексуальной связи. Уверенный в своей бессмертии, он вел себя в транспорте так, что мог погибнуть.

На первом же сеансе я понял, что идея «бессмертия» пришла к нему после гомосексуального эпизода. К ужасу своих родителей, он гордо заявил, что все, кто вступит с ним в гомосексуальный контакт, также станут бессмертными. Между взрывами смеха терапевт с намеренной серьезностью в течение трех сеансов пространно разъяснял ему социальные, теологические и экономические последствия его новой «силы»:

- 1) он «войдет» в историю, как Понс де Леон 20-го века,
- 2) Государственный Институт Здоровья объявит его национальным достоянием,
- 3) все религиозные организации мира немедленно переделают свои литургии на новый лад: «Тот, кто сосет мой член и выпьет мою сперму, получит продолжение жизни»,
- 4) все святые места мира опустеют, поскольку все верующие образуют «преклоненное стадо» вокруг него,
- 5) государственные и местные органы здравоохранения (больницы, оздоровительные программы, и вся медицина en masse) немедленно обогатятся за счет продажи вновь открытого «Эликсира жизни».

Т. (серьезно): Я думаю, будет справедливо в присутствии твоих родителей (жест в их сторону), которые уже вступили в средний возраст, и даровали тебе Жизнь, так вот...

Мать (приложив руку ко рту): Похоже, я начинаю заболевать, разве необходимо говорить обо все этом?

Отец (пристально смотрит на сына): Боже, да у тебя больное воображение!

Т. (не очень удачно сохраняя строгое выражение лица): Ну... хорошо, что мама и папа

будут первыми... не знаю, как выразиться потактичнее...

К. (оглушительно смеется – то при попытках терапевта развить глупую тему, то при виде растерянности родителей, наконец, сердится): Черт побери, вы прекратите снова и снова твердить об этом идиотском дерьме?! Я ведь по-настоящему не верил этой чепухе, даже когда и трепался об этом. Это просто бред и больше ничего.

Т («удивленно»): Что? Что ты сказал?

К. (с нажимом): Я повторяю, что не верил в эту чепуху, все это бред сивой кобылы, так что замолчите об этом.

Т. (с невинной улыбкой, льстиво): Повтори, что ты сказал? К (смеясь): Вы слышали.

Т (улыбаясь): Я знаю, но мое любимое число три, и некоторые вещи я хочу слышать три раза. Давай еще разок.

К. (замечает, что родители смеются с облегчением, начинает улыбаться): Пошел ты к черту!

Т. (глаза к потолку, руки молитвенно сложены): Не слушай его, Боже, во веки веков. (Клиенту, льстиво): Ну, давай, скажи еще раз своему другу-терапевту.

К. (улыбается, кивает и серьезным тоном): О'кей, О'кей! Я никогда не верил этой идиотской чепухе, что я говорил о своем бессмертии. Ну вот. Удовлетворены?

Стадия 3

Эта стадия характеризуется прояснением, выбором и сдвигом настроения и поведения клиента. Критерием этой стадии являются крепнущие и адекватные протесты больного против уклончивого определения врачом его состояния на основе искаженного понимания его поступков. (Пр. № 25)

К. (пауза, убеждающе): Но это потому, что я не люблю себя за то, что делаю такие вещи.

Т. (уточняя): Нет, нет и нет! Это потому, что ты делаешь такие вещи, поэтому ты...

К. (перебивая): Нет...

Т (заканчивая): Ты не любишь себя.

К (громче): Нет!

Т (подавляя ее): И все ты делаешь по-дурацки.

К (более громко и твердо): Вы не правы!

Т (поддываясь под ее тон): Что ты имеешь виду, «не прав»?

К (пытаясь объяснить): Потому...

Т (с помпой, не дожидаясь ее ответа): Черт возьми, ты ведь просто пациентка, а я – врач. Откуда тебе знать, черт побери, прав я или нет?

К (ровно, убеждая): Ведь вы тоже не непогрешимы, м-р Фрэнк Фаррелли.

Т (смеется): О, разве? Я тоже могу ошибаться, ты хочешь сказать?

К (уверенно): Да, вы ошибаетесь. Насчет меня вы ошибаетесь. Я не... такое уже зло и не ужасная, и не проклята богом, и не... не такая уж безнадежная... (Звонит телефон. К не обращает внимания и заключает:) и не такая... (телефон звонит снова, Т кладет руку на трубку, но не снимает ее, ждет, когда К закончит)...уж неадекватная, как... вы вообразили себе. (К. смеется и резко кивает головой) Вот так! (Пр. № 51)

Стадия 4

Эта завершающая стадия консолидации и интеграции (объединяющая). Протесты клиента в отношении его оценки терапевтом значительно сокращаются или исчезают совсем. Если уж и протестует, то пассивно или с юмором, он все более осознает, что начинает адаптироваться и справляться с собой. Все более настойчиво он отвергает попытки терапевта

изобразить его карикатурно, это для него прошедший этап и как «это был другой, прежний я».

К (смеясь): Я был таким, мистер Всезнайка, но больше не таков.

Он укрепляет полученное и находится в фазе интеграции, готовый проанализировать свои впечатления более точно и адекватно.

К (задумчиво, медленно, как бы сам с собой): Знаете... последнее время я получаю много тепла, и ласки от людей... теперь я это понимаю, теперь, когда я стал другим... но они-то не изменились... они все время относились ко мне одинаково... и все же, я этого не замечал, или отвергал... так было, а я был слеп...

Т. (пауза, с сарказмом): Опять то же искаженное представление, да?

К. (улыбаясь): Нет, не искаженное на этот раз, Фрэнк, а этот раз – настоящее, и так было уже неделю, (пауза, задумчиво) Вам бы следовало с недельку походить со мной посмотреть, как тепло относятся ко мне люди. Думаю, никогда и не догадывался. А теперь я и сам стал более открытым для них, я сам вижу.

Т (с отвращением): Ну и выражаешься ты, черт возьми! К. (качает головой, усмехается) (Пр. №52)

Он подходит к концу своего лечения, и основы его самосознания и идентичности крепко заложены, следовательно, освобождается психологическая энергия, которую можно использовать на укрепление жизненной позиции, стиля жизни, взаимоотношений, целей и самосовершенствование.

Итак, в этой главе мы рассмотрели четыре стадии процесса выздоровления клиента, а также его мотивацию к продолжению провокационной терапии. Теперь обратимся к ее следствиям и возможным результатам, которые должны быть известны всем изучающим эту науку. Но прежде – несколько комментариев уважаемых коллег.

Карл Роджерс при прослушивании записей провокационной терапии заметил: «Знаю я вас, Фрэнк, и знаю ваши обязательства перед пациентом, но получают ли такой же результат другие, кто будет пользоваться этим методом?» Карл Витакер высказался после наблюдения за сеансом групповой терапии: "Да, это достоверно. И правдиво, *живо*, но если проводить это механически, результатов не будет". А Билл Джексон высказался так: "Я вас знаю, я работал с вами и видел, как вы тепло и заботливо относитесь к больным. И все же, когда некоторые наши выпускники впервые пробуют такую терапию, они наталкиваются на такие трудности. Это все равно, что новичка противопоставлять опытному скрипачу. Новичок смотрит на скрипача и говорит: «Я понял. Вы вталкиваете эту штуку под подбородок, а потом водите туда-сюда тем, что вы называете смычком». Да, из-под этих двух смычков выходит разная музыка. И если посмотреть на терапию с одной стороны, она, в основном, построена на обертонах. Посторонний бы выразился. «Неважно, что он говорит, важно – как он говорит». Нам представляется, все три врача подчеркивают тот факт, что провокационная терапия, чтобы быть успешнее, не должна быть механической техникой, а требует больших личных познаний.

Долгие годы, наблюдая за процессом выздоровления, нам удалось непредвзятым путем выделить семь различных стадий становления врача провокационной терапии.

Стадия 1.

Первую реакцию на термин провокационная терапия можно было бы обозначить «Явление преклонения», а выразить это ощущение так: «Бог мой! Нельзя без боли говорить с этими людьми». А один из клиницистов на вопрос выразить первое впечатление ответил: «О'кей. Я почувствовал, какого дьявола этот сукин сын терапевт обращается так с несчастным больным?»

Стадия 2.

Второй реакцией является всепоглощающее желание больше увидеть и узнать о сеансах «вживую», групповой терапии, посмотреть видеозаписи приема больных, послушать аудиокассеты с записями индивидуальных, групповых и семейных бесед. Степень интереса можно грубо измерить тем, насколько начинающий врач поглощен процессом познания этого курса лечения (наблюдая и впитывая).

Стадия 3.

Начинающий, окончив прослушивать и пассивно наблюдать, начинает испытывать потребность самому вовлекать пациентов в процесс терапии и часто делает это так поспешно и неуклюже, что терпит неудачу, и клиент его отвергает. Однако вскоре он понимает, что нужна индивидуальная манера, подход к терапии, которая по сути своей является конфронтационной. Он приобретает больше информации о клиенте, воздействие которого на врача становится непреодолимым, и в надежде преодолеть влияние больного, врач часто сам, либо отвергает последнего, либо бросает эту роль.

В этот момент наиважнейшее значение имеет наставничество. Начинающие хотят знать: "Как мне быть дальше? Я могу спровоцировать аффект, но не знаю, что с этим делать дальше. А мое чувство юмора недостаточно хорошее или острое, чтобы заставить клиента засмеяться". Наставник помогает начинающему врачу предвидеть все уловки клиента, помогает ему «штурмовать» мозг больного и разрабатывать стратегии и важные вопросы в процессе терапии. Он старается облегчить работу студента на этом этапе и дать проявиться его чувству смешного примерами из своей практики. Он может, например, повести разговор таким образом: "Назови три способа юмористического подхода, которые помогли бы вызвать у больного реакцию, а затем наставник мягко и терпеливо помогает проводить эти подходы при лечении. Он также помогает студенту справиться с забавными откровенно смешными ситуациями, которые встречаются в нашей практике. В этом случае он рекомендует разыграть пяти– или десятиминутные сценки из пьесы «терапевт – клиент», а затем и претворить роль терапевта в жизни, то есть на сеансе с больным. Однажды один из студентов поделился казавшейся ему непреодолимой проблемой. Пациент не хотел студента в качестве лечащего врача, а желал лечиться у опытного терапевта. И тогда студенту, уже достаточно запуганному клиентом, быстро помогло такое разыгрывание ролей:

1. (обеспокоено): «Послушай, я сообщил администрации твою просьбу, но они там явно не хотят тратить на тебя время настоящего профессионала».

2. (с деланным гневом на наставника): «Но и я не хочу тебя тоже. Вот он я, юнец, только начинающий лечить, а мой наставник навязал тебя мне!»

3. (умоляюще): «Ну пожалуйста, надо же мне на ком–нибудь практиковаться!»

4. (с явным ужасом): «Боже, мой наставник предупредил, если я не вылечу тебя, он не поставит мне экзамен».

С годами, когда студенты овладевают искусством лечения с помощью юмора, овладевают своей ролью терапевта, требования клиентов «настоящего профессионала» постепенно исчезают, они принимают лечение назначенного терапевта.

Стадии 4

На этой стадии начинающий врач уже чувствует себя более свободным от сравнительно узких рамок традиционной терапии и начинает ощущать вкус (как выразился один выпускник) «эффективного противоядия против абсолютно стерильного подхода к психотерапии с научной точки зрения». Здесь явно виден прогресс уверенного ведения беседы со сто-

роны врача и его желание сделать беседу эмоциональным двусторонним процессом. Выпускник хочет извлечь смысл из своего предыдущего опыта и правильно применить его в этом новом и интересном лечении. Он пытается ускорить процесс: "Ура, лечение как развлечение! Но полезно ли это? Один начинающий терапевт касательно вопроса болей у пациента выразился так: «Это напоминает снятие повязки. Только провокационная терапия подобна очень быстрому снятию повязки, невзирая на боль. Возможно, клиент должен пройти X-количество болей, но очень быстро». Начинающим терапевтам свойственно также задумываться о своей роли в лечении еще некрепкого состояния больного. Это время требовательного самоанализа и постоянной неудовлетворенности собой. Выпускников «мучает голод» знать все правила общения с больным, все, что говорит законодательство по этому поводу и как следствие – у них повышается чувство ответственности за свое личное отношение к больному и его лечение.

Стадия 5.

На этой стадии начинающий врач провокационной терапии испытывает чувство свободы в применении всего, чему он научился. Он становится все более уверенным в своих знаниях и накапливаемом опыте, как лечебном, так и жизненном. Он обнаруживает у себя внутренние ресурсы, еще нетронутые и ценные. Обычно это всплеск фантазии и хранящегося в памяти опыта, а удачное их сочетание помогает ему схватить все нюансы, благоприятные мгновения, звуки, т.е. все возможное и немедленно применить это в лечении пациента. Желая не переборщить с лечением, он иногда нечуток как деревяшка, иногда игрив, иногда невосприимчив, но вместе с тем он накапливает опыт, причем успешно.

Стадия 6.

Начинающий терапевт все более становится компетентным и относится к лечению с радостью, но иногда попадает

- 1) в ситуацию неясной конфронтации, которая может стать безвыходной, а также
- 2) в ситуацию, когда использует юмор больше для своего удовольствия, чем это требуется для лечения. В таких случаях наставник напоминает своему подопечному, что главной задачей терапевта является помощь клиенту, и такое поведение является большим промахом в работе.

Начинающий врач на этой стадии уже овладевает средствами невербальной коммуникации пациентов и может сам посылать информацию таким же образом. Он уже овладевает самодисциплиной и может целиком сфокусировать свое внимание на конфликтных областях поведения клиента и корректировать свое вторжение в них с пользой для него (больного).

Стадия 7.

Это окончательная стадия, характеризуемая постоянным самообразованием. К этому моменту он более не нуждается в наставничестве, поскольку сам может управлять своим поведением при лечении (самостоятельно проводить лечение), нуждается лишь в редких консультациях. Он овладевает широким репертуаром терапевтического поведения, в состоянии сам урегулировать случившуюся конфронтацию с помощью юмора, внешней социальной реальности (положения вещей). Он может предвидеть реакции и поведение клиента, а также внушить родным больного, чего им действительно следует ожидать от него. Он экспериментирует своими знаниями в новых ситуациях и применяет умения с новыми клиентами.

Глава 7. СЕМЕЙНАЯ И ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ.

В данной главе мы делаем попытку обобщить вышеописанные принципы и техники провокационной терапии с целью применения их в группах и семьях больных. Предпосылки и техники должны применяться здесь несколько по-иному, поскольку иная терапевтическая ситуация.

Поскольку провокационная терапия обладает богатыми возможностями подхода к межличностному общению, она вполне применима в таких социальных ситуациях. Цели терапии во многом схожи как для лечения отдельного больного, так целого коллектива. В любом случае терапевт пытается спровоцировать как положительные, так и отрицательные переживания (впечатления) клиента для того, чтобы он смог:

- 1) утвердиться вербально и поведенчески,
- 2) повести себя адекватно в общении и выполнении задания,
- 3) уметь реально защитить себя,
- 4) вступить и осознать психо-социальную реальность, и отвечать на дискриминацию,
- 5) вступать в рискованное личное общение, т. е. уметь точно выражать привязанность, уязвимость и защищенность.

Все вышеизложенные цели вполне доступны для семейной и групповой терапии. Мы начнем главу с рассмотрения групповой терапии, а затем обратимся к семейной, делая основной упор на иллюстрациях применения разных принципов. Мы не претендуем на исчерпывающий анализ этих видов терапии или ее применения в этих группах больных. Наша цель – рассмотреть несколько аспектов и проблем групповой и семейной терапии, демонстрируя ее технику.

Провокационная групповая терапия

Провокационная терапия сформировалась на опытах терапии в государственной больнице. Именно в больнице неотъемлемой частью лечения являлось посещение больными различных групп. Часто состав таких групп поражал воображение научных исследователей и большинство амбулаторных врачей. Членство в таких группах – свободно, посещение и время собраний -произвольное. Обычно группы – гетерогенны: разные симптомы пациентов, их возраст, пол, диагноз, профессия, образование, занятие, социальный статус и семейное положение.

В процессе лечения основным связующим фактором для таких групп становятся общие и одинаковые переживания и впечатления, что служит для лечащего врача ключевым основанием для внесения какой-то организованности в этот хаос. При этом возможность контролировать ход лечения с самого начала приобретает решающее значение. Задача терапевта – обеспечить структуру и нормы поведения членов группы, а также их обязательное общение. Вопросы для обсуждения выбираются либо всей группой (например, «Как ладят между собой персонал и пациенты?»), либо одним членом группы (например, «Моя проблема в том, что я нахожусь здесь. Когда можно вернуться домой?») или же самим терапевтом (например, «Как вы назовете свою группу: "Неудачники и К⁰«, „Обреченные Ltd“., „Отчаяние Inc.“?»).

Когда я впервые занялся групповой терапией (№ 53) – приблизительно спустя месяц после 91-го сеанса с «Биллом» – я удивился реакции членов группы. Вернее отсутствию реакции. Они тихо сидели, поглядывали на часы, просили закончить пораньше и всячески показывали, что им неинтересно. Объяснение пришло после нескольких таких встреч, когда одна из няней спросила: «Что происходит в вашей группе, Фрэнк?» Когда я отреагировал «Ничего! А почему? Я не могу понять», она заметила: «Да, что-то происходит. После ваших собраний они долго не ложатся спать, группой собираются и подолгу обсуждают, что же было с ними на ваших собраниях». Тогда я порадовался: «Прекрасно! Реакция все равно есть, хотя они и не показывают вида. Кто это утверждает, что душевнобольные не в состоянии ор-

ганизовываться в группы?»).

В начале следующего собрания я объявил: «Я в курсе, что вы собираетесь в тайне от меня, а потому...»

К1 (спокойно): Вам легко сидеть здесь и смеяться над нашей болью. Хотел бы я видеть, как вы страдаете, приятель, случись в вашей жизни такое.

Т (озадаченно, смущенно, громко фыркая): Да ну? Да мы здесь все не страдаем ничуть. Как же? Плыдем под парусом от одного успеха к другому, между собой у нас все хорошо, тишь да гладь. Не бывает у нас неприятностей, и мы не огорчаемся. А теперь...

К (задумчиво кивая): Понятно... нет, разница не в том, что вы, персонал не страдаете, как и мы, а в том, что вы справляетесь со своими проблемами гораздо лучше, чем мы.

С того собрания и далее пациенты собирали свои «особые сессии» на регулярной основе.

Задачей терапевта является прежде всего спровоцировать реакцию отдельного члена или всей группы на высказывания терапевта или кого-либо из пациентов. Весьма часто он пытается противопоставить членов группы друг другу или же, по крайней мере, укрепить поступки членов и их отношение поступкам. В соответствии с природой провокационной терапии там, где нужно как можно большего общения, терапевт опускает всякие виды реакций: регрессивную, защитную, антисоциальную. Часто остальные члены группы вполне могут объяснить действия своего врача.

Пример (№ 54):

Агрессивная, умственно отсталая пациентка часто приходила в ярость от того, как я разговариваю, угрожала подойти и ударить меня. Когда я спрашивал ее: «Что ты думаешь, я сделаю, если ты ударишь?», она мрачно отвечала: «Конечно, вы ударите тоже, пока никто не видел». Она всегда сердилась и вся напрягалась, когда я начинал говорить о ее поведении, а один раз бросила в меня ком разорванной бумаги. Я заставил ее наклониться и подобрать с пола каждый клочок бумаги. Слегка смущенная она сделала это и порадовалась, что я не посадил ее в изолятор. Другие женщины из группы по-матерински объяснили ей: «Разве ты не видишь, Мэри, что он действительно хочет помочь тебе. Он старается, чтобы ты могла контролировать свой характер и не ввязываться в неприятности, набрасываясь на других».

Использование объяснения и интуиции одинаково важно.

Пример (№55):

Молодая пациентка, будучи на похоронах, вдруг бросилась в церкви на гроб, обхватила его руками и начала целовать. Потом я спросил ее об этом. Она молчала, я стал давать «правдивые» объяснения ее поступку: «Такая добрая католичка, как ты...». Она прервала меня, сказав, что уже много лет не ходит на мессы. Я продолжил: «Наверное, это был хороший друг семьи...». Она снова прервала, заявив, что не знала ни умершего, ни его семью. Остальные члены группы стали удивленно переглядываться. Одна пациентка не выдержала: «Ты хочешь сказать, что ты ходила, как это ты называешь, на похоронную процессию и поддалась массовой истерии (К1: «Да») и бросилась на гроб и целовала его, а сама даже не знаешь мертвого?». (К1: «Да, так»).

Т.: Может быть, это был момент религиозного рвения.

К1: (качает головой и смеется): Ага... В голове у меня помутилось.

Т.: (недоверчиво): Что ты имеешь в виду?

К1: Просто глупо все это.

Нам не удалось убедить ее признаться, что она поддалась чувству массовости, хотя весь персонал провоцировал ее на это признание. Вскоре эта женщина вернулась на работу, речевое поведение ее было вполне нормальным. Она утверждала, что ни под каким давлением не станет больше целовать гроб или делать какие-либо другие странности.

Т. (протестуя): Ты не будешь делать это только тогда, когда осознаешь психологические и генетические корни своих конфликтов. Если ты не поймешь, как все началось, как ты сможешь остановить конфликты?

К (твердо): Я не собираюсь больше делать этого и все.

Т: Ты можешь начать совершать что-нибудь другое, это называется симптомом замещения.

К: К черту! Я понимаю, что безумно, а что нет! Я не буду больше делать подобной чепухи. (Группа и терапевт начинают смеяться).

Как и на сеансах индивидуальной терапии, на групповых встречах терапевт часто использует юмор с целью вызвать на реакцию и обсудить проблемы пациентов. Следующий пример иллюстрирует, каким образом терапевту удается подвести негодование больного к смеху.

Человек лет 30 крепкого телосложения был доставлен в больницу полицией за агрессивный нрав, его считали потенциально опасным для общества, персонал придерживался того же мнения. В первый раз, войдя на сеанс групповой терапии в мужской группе, он уселся напротив терапевта, дышал громко через нос, зубы были сжаты, а глаза недобро блестели.

Т. (заканчивая вопрос одного из членов группы и оборачиваясь к новому): Привет! Как тебя зовут?

К1 (громко, грубо, сквозь зубы): Не ваше дело!

Т. (озабочено): О'кей, ты не обязан... (Неожиданно передумав): О, я вспомнил (щелкает пальцами) Ты – история болезни № 93, 322. Не так...

К1 (нахмурившись и оглядывая группу, прерывает сердито): Кто этот хрен?

Т. (некоторые больные оглядываются и начинают посмеиваться, Т. ударяет ладонью по лбу и указывает на К1): Подожди, не говори. Попробую угадать. Ты тот парень, которого упрятала сюда жена за то, что он бегал из дома от нее и трахал...

(К2, 3, 4 и 5 смеются, четверо других осторожно следят за терапевтом и К1)

Кб (непосредственно к К1): Это же Фрэнк Фаррелли, он проводит у нас два раза в неделю групповую терапию тебе надо привыкнуть...

К1 (менее свирепо, перебивает Кб и обращается к группе): Похоже, он немного не в себе...

Т. (перебивая сурово): Возможно, ты и прав, номер 93, 322, но я нормальный, как черничный пирог, по крайней мере, был нормальным, пока не начал эти встречи с такими болтунами как...

К1 (смотрит на Т, локти на коленях, руки перед собой, опускает голову, поворачивается налево, кусает нижнюю губу, явно сдерживает смех, затем качает головой и хрипло произносит): Дерьмо!

К4 (наклоняется вперед, чтобы сказать что-то К1): Этот час мы называем Комедией обреченных бород. Это самое интересное в нашей... (несколько клиентов смеются, вместе с ними и К1, взгляд его оттаял).

Т. (глядя на К1, шутливо): Ну, старина 93, 322, ты расскажешь нам, чего ты икру мечешь?

К1 (нахмурившись, но контролируя себя): Меня зовут Фред Бланк, и ты бы тоже метал икру, если бы твоя жена выбросила тебя сюда с помощью парочки копов...

К3 (согласно кивает, обращается к К1): Моя тоже выпнула меня сюда месяц назад. Я все еще злюсь на нее...

К1 (твердо глядя на К3): Я-то не задержусь здесь на месяц, можешь быть уверен. К4 (наблюдая за перепалкой, К1): К чему она прицепилась?

К1 начал объяснять свою ситуацию, и все согласились, что у него характер – порох. Такое сотрудничество – общение очень много значило, оно помогло ему правильно осознать случившееся.

(№ 56)

Следующий рассказ иллюстрирует манеру, с помощью которой терапевт провоцирует понимание окружающей реальности на групповом сеансе.

Один из пациентов находился в глубокой депрессии, поскольку был уверен, что «убил» своего отца". На семейных праздниках они любили побороться и в одной из схваток его отец упал, ударившись головой. Месяц спустя отец был серьезно ранен в автомобильной аварии и

нуждался в операции на мозг. Пациент поверил, что «убил» отца, ибо он уже не был прежним здоровым мужчиной, а стал «беспомощным хроником с мозговым синдромом». Пребывая в депрессии, пациент все-таки надеялся выйти из больницы.

В этот момент терапевт возразил ему: «Ты хочешь выйти из больницы, преуспеть в жизни, а бедному папочке станет еще хуже?».

К1 (рассмеялся, покраснев): Это вы бы так *подумали!*

Т. (сердито): Ты маленький паршивец. Ты ведь хочешь, чтобы ему стало хуже! (Группа смеется)

К1 (смеется): Хоть вы меня и заводите, я понимаю, но *все-таки* так это чувствую. Затем он сравнивает себя с Ли Харви Освальдом как с убийцей.

К1: Шесть месяцев спустя после того, как ударился отец, Ли Харви Освальд убил Кеннеди. Он, как и я, был одиночкой.

К2 (параноик) начинает смеяться над К1.

Т. (сердито и серьезно): Да, теперь я определенно вижу связь.

Другие члены группы смеются. К1 краснеет, смущается, а затем тоже поддается смеху. Терапевт поддерживает мысль, что К1 похож на Ли Освальда и что представляется ему «неопровержимо логичным». К2 осмеивает это сравнение: «Можно что угодно сравнить, если захотеть». Терапевт продолжает называть К1 «злостным маленьким убийцей, которого нужно запереть в тюрьме». К1 согласен, что так и следует поступить, но наконец его выводит из себя эта мысль и он начинает кричать. «Это произошло случайно! Он всегда боролся со мной, мы были чуть навеселе, и это просто – несчастный случай!» Терапевт по-прежнему не верит: «Спорим, ты ссорился с отцом, когда был еще ребенком, а теперь это случилось помимо твоего желания!»

К1 (уверено): Точно, я злился на отца, когда был ребенком, как и многие ссорятся, но это ничего не значит.

В этом он точно уверен, убежден. И это было в первый раз, когда он заговорил о несчастном случае, хотя раньше все: семья, персонал, друзья твердили ему это, но он обвинял только себя.

На этом время встречи подошло к концу, К1 подходит к терапевту, который съезжился в своем кресле и захныкал: «Я беру назад все, что наговорил тебе». К1 весело смеется и хочет пожать терапевту руку. Наконец терапевт робко подает руку: «Это что, прием джиу-джитсу?» и намеренно старается «вырвать» руку из «зажима» пациента.

Т. (удивленно): Боже, у тебя железная хватка!

К1 не выпускает руку, смеется и говорит, что беседа была прекрасной: «Мне действительно немного полегчало сегодня» и добавляет, что надеется еще видеть терапевта. Все это происходит около двери, другие пациенты стоят вокруг них и смеются. К1 провожает терапевта по коридору. Подойдя к выходу, терапевт быстро отпирает дверь, проскальзывает сквозь узкое пространство и захлопывает ее. Сквозь стекло ему видно, как К1 машет рукой и улыбается терапевту.

(№57)

Следующий пример показывает, как терапевт провоцирует на групповой встрече сознание реальности посредством избыточной жалости к самому себе.

Невысокая безвкусно одетая хроническая пациентка средних лет (№ 58) на встречах женской группы постоянно использовала тактику грубого крика, чтобы не позволить терапевту обсудить ее поведение. В основном ее тактика сводилась к обсуждению темы «как они поступили со мной». Из отдельных травмирующих эпизодов терапевт пытался выяснить причину ее «умственного расстройства» – «если бы этого не произошло со мной». Наконец, она стала говорить «о самом плохом»: свыше двадцати лет назад она родила сына вне брака.

Зная, что 5 из 8 пациенток имели внебрачные беременности, терапевт встает из кресла, поднимает плачущую пациентку на ноги, кладет левую руку ей на плечо, правой рукой берет ее обе руки в свою и начинает драматически вещать: «Я беру тебя под свою защиту, дитя мое, от этого холодного жестокого мира». Голос его срывается, горло – сжимается, он гром-

ко проглатывает слюну и вытирает слезы на глазах: "Никто не знает, как тяжело матерям-одиночкам. Это такие глубокие раны... и они не заживают. Они всегда терзают бедное сердце матери (пациентка смотрит на терапевта, шмыгает носом и кладет голову ему на плечо; он гладит ее по волосам левой рукой и одновременно продолжает свой изобретательный монолог)... они, эти раны, гноятся в сердце и истекают горечью в течение многих лет (некоторые больные хихикают) до тех пор... пока вы не увидите (вытирает слезы)... разбитую, отчаявшуюся, убитую горем страдальицу... В этом месте группа начинает смеяться, и некоторые громко выкрикивают: «Боже, вот это артист!». Другие же раздражены и говорят К1: «А пошла ты, Фрида, четверо из нас в таком же положении, как и ты!». Одна из пациенток усмеивается: «Не строй из себя мученицу, Фрида». И пациентка быстро прекращает жалеть себя в присутствии всей группы.

Следующий эпизод иллюстрирует часто встречающееся в групповой терапии явление: врач вовлекает других больных в провокационное общение; в данном случае – это групповое отрицание навязчивого вопроса одной из пациенток.

Шизофреническая больная (К1) недавно поступила в больницу и впервые пришла в женскую группу на сеанс терапии. Она начинает непрерывно спрашивать у всех, когда же она сможет вернуться домой: «Пожалуйста, отпустите меня домой. Почему я не могу пойти домой?». Она прерывает беседу и не слушает вопросы, которые терапевт и другие члены группы задают ей в попытке выяснить причину ее заболевания.

К2 (умственно отсталая женщина): Она ведь не зря попала сюда, но не хочет признать это.

Члены группы выражают желание помочь К1, но она упорно отвергает их помощь: «Мне не нужно быть здесь» и добавляет, обращаясь к К3: «Не думай, что я такая же, как ты». Обернувшись к терапевту: «Так могу я пойти домой?»

Эти вопросы заняли три четверти времени группового сеанса, и терапевт сравнивает поведение К1 с «китайской пыткой капающей водой». Он объясняет группе в подробностях, что представляет собой такая пытка, и начинает произносить «кап» при очередном вопросе К1: «Если ты серьезно не помотришь на свою проблему, я не стану обращать внимания на вопросы». Другие пациентки тоже подхватывают «кап» -припев.

К1 (колеблется, но снова): Я понимаю, что здорова сейчас... Можно мне домой?

Члены группы (смеются и хором): Кап!

К3 высказывается, что К1 еще не «созрела», чтобы быть выписанной из больницы.

К1 (к К3 настойчиво): Я созрела в желании пойти домой.

К4 (смеется): «настойчиво созрела» – вот как правильно будет сказать.

К2 (перебивая): Я не согласна. Она еще недостаточно здорова. Она больна. Она не готова идти домой.

Т. (подпевая обращается к К1): Анни, неужели ты думаешь, что вымотаешь нас этим повторением своих вопросов, и мы скажем: «Ладно, черт с ней, сдаемся, пусть идет домой?».

К1 (улыбаясь): Ну, не знаю. Но я пытаюсь, вдруг сработает?

Члены группы и терапевт смеются, и К1 присоединяется к их смеху. (№ 59)

На следующий день состоялось большое собрание палаты. Анни открывает его своим припевом. Несколько членов вчерашней группы непроизвольно произносят хором: «Кап» и смеются. Остальные недоумевают и им со смехом объясняют сравнение с китайской пыткой.

Теперь уже вся палата подхватывает «кап!» в ответ на ее вопросы. В течение дня она перестает вопрошать и начинает слушать других и вести себя осознанно на всех сеансах терапии.

Для более полной иллюстрации использования провокационной терапии в группах можно отослать читателя к главе «Юмор в провокационной терапии».

Провокационная семейная терапия.

Семейная терапия имеет свои исторические, клинические и утилитарные корни. В провокационной терапии нельзя прописать лекарство для целой семьи (некоторые врачи отказываются встречаться с клиентом без присутствия семьи), однако в этом случае можно предло-

жить несколько рекомендаций:

1. Клиенты имеют меньше шансов для сокрытия информации от врача: члены семьи всегда готовы «донести» друг на друга в порыве энтузиазма,
2. С готовностью, приняв от терапевта идею о том, что больной родственник – не хрупкое существо, члены семьи, не щадя, нападают на самые болевые точки его поведения, поскольку выбор их гораздо шире, чем в больнице.
3. Полагаясь на долгий опыт проживания вместе, члены семьи лучше знают эмоциональный лексикон друг друга и быстро могут расшифровать нюансы общения заболевшего.
4. Кровь по-прежнему гуще, чем вода. Поэтому возможность провокации в недрах семьи увеличивается в тысячу раз по сравнению с возможностью терапевта.

Обращаясь к теме семейной терапии, мы не ставили целью дать всестороннее научное описание семейных отношений современного американского общества, равно как и не собираемся углубляться в супружеские отношения, сложившиеся в нашей культуре. Мы намерены представить ряд наблюдений касательно семейной терапии, поскольку в ходе лечебного процесса клиницисты используют методики лечения без учета некоторых особенностей такой терапии. Мы намерены выдвинуть несколько предпосылок и предложить последующие установки на супружеские отношения в семье, что может оказаться важным для наших клиентов.

Верно сказано, что «проблема не в том, что люди невежественны, а в том, что они знают слишком многое того, что не соответствует действительности». Ле Мастере (1970) перечислил ряд положений– мифов о родителях и детях, которые нашли полное понимание в нашем обществе, в том числе и среди клиницистов. Вот эти парадоксальные высказывания:

1. *Иметь и воспитывать детей – это забава.*
2. *Дети вырастают хорошо, если у них «хорошие» родители.*
3. В настоящее время дети реально ценят все преимущества, предлагаемые их родителями.
4. *Нет плохих детей – есть плохие родители,*
5. *Современная наука выживания кстати пришла к родителям.*
6. *Любови вполне достаточно, чтобы хорошо исполнить роль родителей.*
7. Американских родителей можно изучить (составить о них представление), не обязательно опрашивая отцов.

В провокационной терапии нередко эти высказывания– положения обыгрываются (ср. № 50 в гл. У1).

В своей практике мы выделили несколько наиболее часто встречающихся тем и предлагаем вашему вниманию. Первую можно сформулировать примерно таким образом «Кто здесь главный?». Во многих случаях родители утрачивают контроль над семейством и поэтому задачей терапевта становится возвращение их на место за рулем. Вопрос о власти в любой группе, в определенной степени, является спорным (выбор предводителя по критериям его суждений, применимы ли эти критерии в настоящей социальной ситуации и т. д.) Семейная провокационная терапия делает попытку внушить это родителям посредством урока «терапевтической жестокости и радостного (веселого) садизма», (ср. Предпосылки № 9, гл. П и VII). Терапевт провоцирует родителей (особенно тех, кто потакает детям во всем) на... «пусть ваша прихоть будет руководить вами». Он делает насмешку из чувства несостоятельности родителей, вышучивая тот факт, что наука о поведении сама несостоятельна, а воспитатели-ученые не имеют какого-либо четкого представления о своем предмете, Далее он насмешничает, что хвалебная гибкость этих дисциплин ломает их каменные идола и создает новые каждые пятнадцать лет. Явно или скрыто провокационная терапия подталкивает роди-

телей вернуть контроль над детьми и «взять бразды правления в свои руки». Это касается и запущенных ситуаций (ср. «кто не работает, тот не ест», пример № 7, гл. II). Когда с помощью терапевта это решение воплощается родителями на деле, они легко обобщают достигнутое и начинают решать другие семейные проблемы.

Второй частой темой, которая возникает у большинства детей, является «Мои родители существуют для удовлетворения моих потребностей». Семейный терапевт объясняет детям, что они должны оценивать возможности родителей разумно. Даже не касаясь темы «прощения» родителей, терапевт начинает высмеивать нереальные ожидания детей. Прямо или косвенно он внушает детям, что

- 1) им не нужно ожидать желаемое от родителей,
- 2) надо подождать, пока родители сами предложат и
- 3) они могут получить желаемое другим способом.

Пример (№ 60):

На сеансе семейной терапии студент колледжа срывающимся голосом и со слезами на глазах признался, что хотел бы «иметь другом» своего отца, крепкого, надежного и работающего человека. Из дальнейших расспросов выяснилось, что он хотел бы «иметь с папой долгие разговоры». Рассмеявшись, терапевт показал в сторону отца: ведь мы уже выяснили, что отец не очень-то разговорчив. Если он произнесет три предложения сразу, то посчитает это за словесный понос, ведь так, отец?" Отец кивает: «Ты же знаешь, я не болтун, мой мальчик!». Вскоре сын оставил реальные ожидания от своего отца, научился воспринимать его таким, каким он есть и вместе проводить время (починяя вещи в доме), а потребность в общении удовлетворял с другими людьми.

Третьей темой, часто проблемной в семейной терапии (тесно связанной со второй), выделена утрата надежды видеть родителей, именно такими, каких им хотелось бы иметь. Из-за возраста и недостатка опыта детям часто не хватает кругозора, они смотрят на родителей односторонне. По этой причине возникают семейные конфликты. Задачей терапевта является расширение знания о родителях, показать, как их видят другие люди. Для этой цели терапевт может попросить детей описать родителей глазами постороннего взрослого или сверстника, при этом называть родителей полным именем, даже девичьей фамилией матери. «Мисс Бетти Джоунс» и «Джордж Смит» звучат по – иному для ребенка, чем «мама и папа».

Чтобы придать больше жизненности и достоверности личности родителей, которые уже были задолго до появления детей, терапевт может попросить рассказать об их детстве. Очень важно подчеркнуть здесь, как в свое время родители ладили со своими родителями и учителями. Пап и мам просят пойти домой, написать их «социальную историю» и принести на следующую встречу для детального обсуждения. При обсуждении подобной социальной характеристики один из отцов со смущением признался, что «в средней школе его домом часто был кабинет директора». Смех всего семейства помог не только сыну взглянуть по-новому на своего отца, но и отцу понять трудности подростка-сына. Матери же редко говорят о своих детских недостатках в присутствии своих дочерей.

Все вышеизложенное ни в коей мере не является полным перечнем постоянно возникающих тем семейного обсуждения на сеансах терапии, и мы хотим закончить этот раздел последней темой – «у родителей – обязанности, а дети имеют права». – Эта мысль прочно вошла в наше сознание, в некоторой степени это – верно. Неотъемлемой частью службы благосостояния страны по ряду причин стал отдел защиты прав детей. Более того, начинают действовать в судах законоположения о правах детей. Поскольку, если у детей есть права, а у родителей обязанности, можно и сказать наоборот. Врач, работающий с семьей, старается придать равные права обеим сторонам.

Вопросы и ответы.

Начиная с июля 1963, провокационная терапия заявляла о себе, как отдельном методе

лечения, на многочисленных лекционных курсах, семинарах, на симпозиумах, в институтах. Сотни «социальных работников» имеют доступ к прослушиванию аудиозаписей, к видеоматериалам, сделанным за последние десятилетия. Разумеется, в процессе знакомства возникают вопросы и различные мнения касательно данной системы лечения. В этой главе представлена выборка наиболее типичных вопросов, заданных во время обсуждения на презентациях. Мы считаем себя должниками всех, кто спровоцировал нас на размышления в таком ключе.

1. Вопрос (В): Вы так чертовски уверены в том, что говорите. Откуда эта уверенность?

1. Ответ (О): Никто в мире не сможет сказать, что – «истинно». Очень часто со своими практикантами и врачами-психиатрами мы беседовали о том, что я задумал как «мозаичную аналогию».

Клиническая область может условно быть названа мозаикой, а отдельные терапевтические системы или методы, теории человеческого поведения и мотивации можно назвать кусочками этой мозаики. Провокационная терапия – есть способ организации нашего клинического опыта, имеет логический каркас и внутреннее содержание, что вкуче и придает нашим терапевтам уверенность. И она *работает*. Другими словами: «Если я обращаюсь с клиентом таким образом, тогда и он с большой долей вероятности, отвечает таким-то и таким образом». Такого рода предсказуемость, такое чувство контроля различных клинических явлений придает врачу уверенность во всем, что он делает. А дополнительный опыт расширяет поведенческий репертуар.

Однажды я присутствовал на семинаре по социальному поведению и слушал, как группа молодых людей защищала особую линию поведения для изменения ситуации в определенном сообществе. После я сказал руководителю: «Боже, все звучит так просто, а они так смело сражаются, что кажутся правыми». Его ответ я никогда не забуду. Он заявил, что когда приходит время действовать, ты должен предельно упростить задачу и подчеркнул, что как терапевт я сам следовал этому в работе с клиентами. И я понял, что все это – верно как в работе с отдельным больным, так и с группой. Можно найти ряд «правильных» решений в личной, политической, религиозной, социальной, культурной и экономической сферах, но если требуется действие, ты должен выбирать и действовать по своему выбору. Точно так и приходится делать в терапии. Довольно часто мы оказываем клиенту медвежью услугу, если ведем себя неуверенно, колеблемся, мнемся и отказываемся помочь, утверждая, что всего не знаем и что «клиент знает себя лучше, чем кто-либо другой». Все это – клинический миф, поскольку важные для нас люди знают нас лучше, чем мы знаем себя. Сейчас я хорошо понимаю, что дать категорическое и неопровержимое заключение о состоянии и перспективах на выздоровление больного так же смешно, как и принадлежать к терапевтам бесполезной школы. Однако повторяю, что врач провокационной терапии черпает свою уверенность из гипотезы «если-тогда», действуя соответственно. И это работает, дает результат.

2. В: Всегда?

2. О: Нет. Но ведь ни какая другая терапия, будь это розовое детство с яблочным пирогом и куриным бульоном не всегда дает результат. Мы не выдвигаем по значимости провокационную терапию как эквивалент змеиного яда в 20-м веке, как универсальную панацею от всех личных и межличностных конфликтных ситуаций и даже от перхоти. Это – очень взаимосвязанная система терапии, которая дает альтернативные решения более традиционным методам, и которая, если использовать ее честно, дает хорошие результаты в подавляющем количестве случаев.

3. В: А каким образом провокационная терапия вылечивает алкоголиков?

3. О: Вы, парни, задаете мне трудный вопрос. Никто не сможет дать и намек для решения этой проблемы (Речь идет о 70-х годах). Проводить лечение алкоголика все равно, что ковырять вечную мерзлоту чайной ложкой. Но у меня есть некоторые успехи в лечении таких больных, хотя и мой профессиональный клинический опыт не завел меня так далеко, как одного из наших клиницистов. Испытав разные подходы к лечению алкоголиков, и, получив успешные, хотя и драматические, результаты лечения именно моим методом, он заявил: «Провокационная терапия, как следует из моего опыта, есть лечение выбора алкоголика».

Возможно, не существует какого-либо одного пути, пользуясь которым, можно было бы вылечить всех, но поведение алкоголиков можно изменить, в этом я уверен".

Я уверен, что в будущем обнаружится несколько видов лечения алкоголизма, которые сегодня считались бы бесчеловечными. Уже сегодня в Англии проводятся эксперименты излечения путем воздействия выжимки холина на алкоголиков (им предлагается выпить лекарство в больнице, а после, когда он выпивает, эта выжимка «превращается» во внутривенную бутылку алкоголика, начинается быстрая физиологическая реакция, и появляется всеподавляющее чувство, что алкоголик умирает). Идея этого метода заключается в многократном усилении отрицательного стимула на прием алкоголя, доводящий человека до замедленных реакций. В России экспериментальная программа состоит из (вшивания) помещения электрохимического прибора в стенку желудка (в больничных условиях), который вызывает даже при самом минимальном приеме алкоголя очень болезненные судороги и колики. Рассказавший мне об этом человек добавил грустным голосом: «Конечно, они не публикуют уровень смертности от этой процедуры». Эти программы, я полагаю, представляют собой взгляд в будущее: лечение, которое придает провокационной терапии место увертюры к воскресному школьному пикнику.

4. В: Когда вы начинаете говорить с клиентами таким образом?

4. О: Это легко сделать, Не согласен с вашим мнением, что говорить таким образом с клиентами нельзя. Ведь люди говорят друг с другом таким образом. Клиенты – тоже люди.

4. В: (сердито): Вы хотите сказать, что когда вы умышленно и зло вы нападаете на бедных пациентов, вы...

4. О: (перебивая): Я не имел в виду ничего подобного. А теперь, если вы послушаете, я скажу, что имею в виду. Я не нападаю на больного, но я нападаю на его мысли, мышление. Я высмеиваю не его, а его поведение. Я был уверен, что ясно изложил в разговоре об использовании юмора в провокационной терапии, что терапевт спонтанно играет свою роль, когда ему нужно поднять на смех мысли и идеи клиента.

В этой связи следует отметить, что у большинства из нас складываются разные представления об отношениях людей. Мы недоумеваем, почему А продолжает общаться с Б. Ответ в том, что мы либо имеем смутное представление о поведении Б и не имеем полных сведений о его отношении (положительном и отрицательном) к А, либо же мы даем не такие оценки отрицательных сообщений Б к А, чем сам А оценивает их. Если рассмотреть наши собственные взаимоотношения с людьми, то наше восприятие человека «он просто говорит, но его слова ранят сильнее, чем его поступки» – не всегда верно. Одним словом, одно дело говорить с человеком, и совсем другое – оценивать отношения с ним. Непосредственное общение легко может привести к неверным заключениям. Бывает, конечно, и наоборот.

И в провокационной терапии происходит то же самое: существует много положительных моментов в общении, которые заставляют клиента возвратиться к нам, хотя постороннему наблюдателю отрицательные аспекты (высмеивание, насмешки, конфронтация и т. д.) кажутся невыносимыми.

5. В: Как вы используете провокационную терапию с клиентами, покушавшимися на самоубийство (суицидальными больными)?

5. О: Очень осторожно. Однако, если рассматривать мысль о самоубийстве как мысль, уводящую от депрессии, или же как часть депрессивного состояния, уводящую от агрессивных чувств, тогда провокационная терапия с ее способностью вызывать реакцию «борьбы» очень полезна для таких больных. Депрессивному чувству противопоставляются и гнев, и смех, поэтому большинство клиентов, несмотря на «отсутствие смысла жить», начинают живо реагировать на провокации терапевта и, следовательно, переживать сильные сиюминутные реакции смысла жизни (raisons d'etre).

Врач провокационной терапии может разыграть разные сценарии: «прощание с останками», похоронную мессу или службу, панегирик(который все-таки терпит фиаско, когда священник отчаянно ищет хорошие слова в адрес «усопшего» и не находит их), «глубокий сон», когда уснувший клиент попадает в ад(он никогда не попадет в рай), «семейный совет»

после самоубийства клиента и пр.

Можно привести такой пример. Молодой человек (из моей частной практики) в панике позвонил мне и попросил о срочной встрече помимо расписания. Он чувствовал себя на грани самоубийства и попросил «прощального сеанса» («последнюю встречу»). Когда он пришел, то сразу заявил, что единой причиной, «единственной тонкой нитью», по его выражению удерживающей его, является то, что его счета с жизнью приведут мать к нервному расстройству и госпитализации.

Т («тепло»): Не волнуйся. После твоих похорон я все объясню родителям. Я как сейчас вижу... твоя мать и отец сидят здесь... (Т. указывает на два пустых стула) и твоя мать говорит:

(Т. играет роль обоих родителей, которых никогда не видел, придумывает голоса, манеры, выражение лиц. Мать – в виде рыдающей Мод Фрикерт, а отца – в виде громкоголосого, перебивающего всех Билли Графа).

«Мать» (слезливо): Почему... зачем он сделал это, м-р. Фаррелли?

Т. (кладет локти на ручки кресла, откидывается назад, кончики пальцев вместе, смотрит на стулья и кивает головой): Я понимаю, что для вас это шок, м-р Джоунс, но профессионально это можно объяснить. Сыграла свою роль психодинамика и...

«Отец» (громко перебивает): ЧТО ЭТО ЗА ПСИХО ДИНАМИКА, ЧЕРТ ПОБЕРИ?

Т. (Спокойно, с достоинством держит голову): Подождите, м-р. Джоунс, я объясню вам, это означает, что думал ваш дражайший сыночек... о, простите, бедный Джордж, и что он чувствовал. Видите ли (наклоняется вперед с намерением высказаться), у него был Эдипов комплекс.

«Отец» (громко перебивает): Какого черта еще комплекс...?

Т. (удерживающий жест рукой): Минуточку, минуточку, м-р. Джоунс. Я как раз собирался это объяснить. Видите ли, он хотел трахнуть... извините... иметь сношение со своей матерью.

«Отец» (взрываясь): Проклятье!

Т. (с полужестом, кивает понимающе): Знаю, знаю, м-р Джоунс, но вы должны понять, таково уж мышление тех, кто заболел. Видите ли, такой импульс или желание было для него неприемлемым...

«Мать» (слезливо): О, слава Богу! Я никогда...

Т. (перебивая, продолжает): Поэтому он подавил в себе это желание и перенес его на вас, м-с Джоунс. Он был уверен, что вы хотите трах... ох, иметь сношение с ним.

«Отец» (взрываясь): Ох он, дерьмо. Я...

Т. (успокаивая): Держите себя в руках, пожалуйста, м-р Джоунс.

Мать" (в ужасе, оправдываясь): Я никогда, слышите, никогда не хотела этого! Это противоестественно...

Т. (понимающе кивает): Знаю, м-с. Джоунс. Но тогда он пережил ужас от вашего противоестественного чувства к нему и хотел даже убить вас...

«Отец». Черт побери! Я убью этого прыща!

Т. (сдерживает, твердо): Слишком поздно, м-р. Джоунс. Позвольте мне закончить мое объяснение. (Оборачиваясь к «матери» теплым тоном): Но и эта мысль была для него неприемлема, он ее тоже отверг и тогда убил себя. Уж мы-то знаем, м-с. Джоунс, что каждое самоубийство есть убийство. Ваш сын был убийцей в мыслях.

«Мать» (плаксиво): Ох, м-р. Фаррелли, не знаю, что и...

«Отец» (перебивая): Проклятье, я рад, что он умер, раз уж он был таким...

Пациент (наблюдая за сценой, все более хмурился, скривив губы, перебил терапевта злым голосом): Ну и сукин же сын! Вот еще одна причина, почему я не могу умереть. Ведь вы расскажете моим родителям всю эту чепуху, ложь, когда меня не станет!

Т. (вежливо): А что тебе за забота? Ты будешь уже мертв и какое тебе до этого дело? (№ 61)

Неважно, какой подход вы выберете, если вы вплотную работаете с больным, в истории болезни которого записаны попытки к самоубийству, рано или поздно он, как свидетельствует статистика, совершит еще одну попытку с вами. Я подчеркиваю – «с вами», так как уверен, что многие клиницисты встречались с этим. Один клиент даже сказал мне:

К (пристально смотрит на Т.): Если я совершу самоубийство, ваше профессиональное имя запятнается.

Т. (беззаботно): А-а, брось! Я тоже так думал, но когда такое случилось несколько лет назад... А что? Мои коллеги поддержат всегда, даже не поверишь! Они обычно говорят: «Он все равно собирался покончить с жизнью на днях, никто не смог бы остановить его», или «Отдаю должное твоему ему мужеству работать с ним, Фрэнк, я слишком боялся». Они просто обнимут меня и скажут: «Успокойся, Фрэнк, давай налью тебе чашечку кофе. Сливки, сахар?» А я скажу (Т. изображает колебание, со слезами в голосе): «Да... пожалуйста... одну ложечку сахара». (Вытирает слезы). А (внезапно голос становится счастливым) сейчас я чувствую себя лучше, к ленчу все забудется. И даже семья поблагодарит меня: «Вы сделали все возможное, и мы вам признательны». Или они скажут «Теперь он спит с Иисусом», что звучит довольно странно (клиент неожиданно для себя засмеялся), но, нет не позволю, чтобы твои страхи о моей репутации удержали тебя, не нужно бояться.

К. (покраснел, кусает губу, хрипло смеется): О'кей, о'кей, и все понял! (Пр. №62)

Можно привести еще примеры, но позвольте остановиться на иллюстрации: Пациентка лет двадцати делала успехи в течение тридцати лечебных сеансов. Мы уже собирались окончить лечение, как вдруг она объявила, что это ее «последний сеанс».

Т. (слегка удивлен, соглашается): О'кей, так о чем ты хочешь поговорить?

К (вежливо): Просто... вы не будете возражать, если я покончу счеты с жизнью?

Т. (отпрянув, с отвращением в голосе): Нет! Совсем нет! Это показывает, что ты можешь выбирать, предвидеть последствия, а самоопределение – великое дело в клиническом смысле. И еще, это качество, а не количество тех дней, когда ты живешь. Впрочем, в нашей области есть кое-что новенькое, что, я думаю, будет полезно в твоём случае, что само убийство не всегда результат неудачного лечения, наоборот, даже может считаться успехом. Да, так и есть. Пожалуй, я впишу твой случай как успешный, если ты правда убьешь себя. Конечно, (в сторону, про себя) если она не сделает этого, не знаю, как и квалифицировать ее случай...

К (смотрит сквозь терапевта, сердито и ровно): Вы – бесчувственный чурбан, вот вы кто!

Т (недоверчиво): Бесчувственный! Отнюдь нет! (смеется облегченно, провоцируя ее на гнев): Я сочувствую твоей бедной семье, которой приходилось спасать тебя от самоубийства раньше. Я глубоко сочувствую твоим соратникам и школьным друзьям. Я сочувствую...

К (перебивая, сердится и смеется): Уж да! Вы – само сострадание Фрэнк!

Терапевт продолжает рассказывать, как он видит ее смерть, говорит с ее семьей после похорон и т. д. Клиентка явно пытается подавить временами смех, но гневно смотрит на терапевта. Он поднимает ее кошелек и пачку сигарет: «Здесь курить нельзя, это вредно для здоровья, а впрочем, больше они тебе не понадобятся». Когда он начинает вынимать деньги из кошелька, клиентка возражает:

К (пытается выхватить кошелек; Т. не отдает, смеется, клиентка холодно): Невежливо рыться в кошельке леди.

Т. (смеется облегченно на ее реакцию «борьбы»): Леди? Брось! Да и зачем все эти светские условности в последние часы жизни!?

Терапевт продолжает рыться в кошельке, делает унижающие комментарии насчет беспорядка, но добавляет, что не нужно волноваться из-за этого, берет 3 доллара, что провоцирует клиентку сказать:

К. (старается сохранить строгое выражение лица): Перестань, Фрэнк, мне нужны эти три бакса на такси домой.

Т. (как будто осознает ошибку): О, прости. Возьми, (возвращает деньги и кошелек) Я

забыл, что тебе надо вернуться домой, чтобы совершить самоубийство. Уверен, не будешь ведь ты делать это здесь, в моей приемной! (№ 63)

Месяц спустя, она прислала чек с язвительной припиской: «Заметьте, что чек оплачен полностью, но вычтена стоимость пачки сигарет, что вы оставили себе, м-р Всезнайка».

По этому поводу можно сказать многое о том, что клиницисты испытывают отвращение к самоубийству, о реакции семьи на самоубийство, можно описать огромную выдержку врача при работе с потенциальными самоубийцами, ведь смерть, причем любая смерть в нашем обществе, считается непристойной. До сих пор дискутируется вопрос о законности и этичности самоубийства со стороны совершившего его при определенных обстоятельствах, обговариваются вопросы создания центров по предотвращению самоубийств и т. д. Самоубийство как таковое неизбежно вызывает у меня массу мнений и чувств, и я очень надеюсь, что и впредь не оставит равнодушным. Но вернемся к вопросам.

6. В: Какими вы представляете исходные данные для выздоровления больных?

6. О: Наши терапевты целенаправленно стараются принимать во внимание (прямо или косвенно обращают внимание самого больного) на возможные и действительные события в прошлом, настоящем и будущем в социальном окружении больного и указывают, каким образом его поведение может оказать влияние на последующую жизнь. Другими словами, как последующая жизнь зависит от его поведения. Очень важным толчком к изменениям является стремление терапевта изменить мировоззрение больного посредством соглашения с теми характеристиками, которые дает себе больной, и высмеивания отрицательных из них. Еще одним источником выздоровления является имплицитное ожидание терапевта изменений в своем клиенте, когда «его собственные родители не смогут узнать его». И такое ожидание по своей природе может вызвать изменения в больном, т. е. наметить выздоровление. Более того, провоцируя больного на негативные поступки, терапевт одновременно вызывает у него протест и сопротивление такому поведению и вырабатывает у него стремление подавить негативные желания. Одним словом, терапевт не упускает возможности использовать собственные чувства больного, его сопротивление и защиту с целью сдвинуть его поведение в более конструктивном направлении. И, наконец, еще одним ресурсом к выздоровлению является искусное владение терапевтом средствами ролевого моделирования поведения больного (с помощью юмора, высмеивания и нелепых ситуаций, которые он предлагает клиенту). Используя ролевое моделирование, терапевт демонстрирует больному иной путь осмысления реальности и отношения к своим проблемам, а также вовлекает его в другой тип поведения.

7. В: А как насчет мотивации клиента и его нежелания излечиться? Необходимо ли ему принять и осмыслить его собственные проблемы?

7. О: Я всегда считал этот фактор особо важным еще и потому, что терапевту гораздо легче работать с осознавшим свои проблемы клиентом. Но теперь я думаю: «Черт возьми, предоставь мне свое тело, пока оно еще живое и дай мне поработать над ним». Многие терапевты постепенно начинают работать с мотивированными, но не госпитализированными больными, врачи же провокационной терапии пришли к лечению и не желающих выздороветь пациентов. Мы полагаем, если нет мотивированного клиента, всегда есть контроль.

Что касается вопроса «Необходимо ли больному осознать собственные проблемы?», я отвечаю, что хотя это и желательно, но и необязательно в провокационной терапии. Если клиент не признает своей проблемы, терапевт подскажет ему или укажет, как на это смотрят важные для больного люди, а затем и сам подтвердит свое согласие с этими людьми. Например, для клиента единственной проблемой может быть «Я заперт здесь» или «Я должен быть уверен, что вы и мои родственники намерены выпнуть меня отовсюду». В этом случае терапевт обычно смеется прямо в лицо больному и провоцирует его на откровенные высказывания и признание того, что с ним сделали его близкие, описывает его поведение и ту отвратительную репутацию, которую он заимел в результате своих поступков. Иначе говоря, для клиента неважно осознавать свои проблемы, пока терапевт не спровоцирует его на оценку своего поведения глазами близких людей.

8. В: Каковы истинные причины создания провокационной терапии?

8. О: В любой человеческой ситуации существует, по крайней мере, дюжина факторов, объясняющих своеобразное поведение человека; поиски одной истинной причины того или иного поведения иллюзорны. Я всегда говорю стажеру: «Бойтесь болтовни и гипотез, основанных на одном факте». Возможно, вследствие моих религиозных убеждений и профессиональной подготовки в области мотивации человека, я всегда полагал, что чем глубже мотивация, тем хуже она пахнет. А чем хуже запах, значит тем и реальнее она. Таким образом, *истинные* причины – самые зловонные. Теперь я в это не верю, не верю также в поиски гипотез, основанных на одном факте, чтобы объяснить свое поведение, а тем более поведение других людей.

В отношении того, как развивалась провокационная терапия. Проблема как вылечить тех, кого я был нанят лечить, всегда неотступно следовала за мной. Этой проблемой были озабочены все мои помощники. Проблема занимала нас в личном, профессиональном, финансовом и социальном планах и стимулировала успех; возможно и чувство благородства было не последним: как это прекрасно – предпринять попытку оказать помощь страждущим, кому больно. И, наконец, я был чертовски тщеславен; я хотел быть одним из лучших терапевтов, когда-либо сошедших с небес и преуспевших в исцелении тех больных, от которых отказались другие и считали их «неизлечимыми».

Возможно, и это не все, что может объяснить истоки провокационной терапии. Обязательно найдутся еще факторы, по выражению моих сестер. Старшая сестра Сисси заявила, что провокационная терапия как раз отвечает тем моим наклонностям, которые проявлялись у меня в подростковом возрасте: «У тебя был фантастический дар перевоплощения (мимикрии) задолго до того, как ты пошел в школу». А моя младшая сестра Джитти заметила: «Ты всегда любил дразнить людей. Ты дразнил их до исступления». Однако, как можно до конца понять предпосылки и условия стиля жизни, свободного выбора и личных взаимоотношений? Я не берусь, вы тоже не возьметесь. Самое лучшее, что можно сделать, – строить догадки.

9. В: Вы говорите «внутри каждого терапевта сидит врач провокационной терапии и взывает выпустить его наружу». Какие факторы, по-вашему мнению, препятствуют принятию вашего метода лечения всеми терапевтами?

9. Многие годы мое внимание привлекали причины неприятия провокационной терапии другими врачами. Одной из причин является их отличающийся взгляд на человека, человеческое поведение и исходные установки для излечения людей. Другая причина кроется в начальной подготовке врачей. Врачи не могут освободиться и переосмыслить то, чему их когда-то научили. Третья причина – в социополитических корнях. Например, некоторые психиатры имеют явные трудности в перевоплощении, иначе, трудности в постижении новой формы терапии, отличной от тех, которым они привыкли обучать. Один из пожилых психиатров однажды признался: «Мне очень интересна провокационная терапия и хотелось бы овладеть ее приемами, но мне не хочется, что бы знали, что я – его ученик». Некоторым психологам присуще задаваться вопросами по теории, такими как: хотя провокационная терапия детально описывает как работать с клиентами, однако ее теоретические обоснования и научные выводы видимых изменений клиента кажутся неубедительными. По мнению некоторых социальных работников, провокационная терапия не отвечает требованиям сложившегося образа такого работника, и той роли, которую он призван сыграть в судьбе лишенных многих радостей больных. Для медицинских сестер и служб милосердия провокационная терапия является «притчей во языцех» образа профессионального человека-целителя. Мы ни в коем случае не обвиняем всех вышеперечисленных, кто не принимает провокационную терапию, не предаем их анафеме, однако в глубине души мы считаем их неправыми. Очень скромно мы верим: «Сегодня – Провокационная терапия, Завтра – Мир».

В течение многих и многих лет совершенно произвольно и с других точек зрения врачи, не принявшие, строго говоря, основ работы с клиентом по методике провокационной терапии, тем или иным способом применяли ее методы для лечения больных, что оказалось в

подавляющем количестве случаев весьма полезным: "Я больше не смотрю на пациента, как на больного или слабого, и, знаете ли, они откликаются на мою «жесткую юмористическую политику». А другие врачи признаются: «Теперь я могу шутить и смеяться с больными, чего я не осмеливался делать до того, как увидел вашу методику терапии».

Некоторые терапевты писали мне, что после знакомства с провокационной терапией они буквально «напускали Фрэнка Фаррелли» на пациентов и изумлялись при виде их беспомощности. Они стали понимать, что пациенты нуждаются в том, чтобы с ними работали, входили в их жизнь и общались с ними как с равными. Врачи писали, что временами только после того, как сами меняли свои мнения о больных и ожидали их выздоровления, пациенты действительно достигали заметных улучшений. Некоторые терапевты признавались, что отныне они свободно обсуждают всевозможные вопросы с пациентами, в состоянии работать с большим числом больных, чувствуют свободу при расширении собственного репертуара поведения, стали гораздо честнее и более открытыми для больных, стали больше интересоваться случаями чужих (не своих) пациентов и мнениями о них персонала, семьи и других пациентов.

Некоторые терапевты признавались мне, что вместо боязни и страхов по поводу своего «противоречивого» отношения к больным они рассматривают это как нормальную и «разумную» реакцию и доводят до сведения клиентов свое отношение к ним. Другие уверяли меня, что провокационная терапия дала им, а они, в свою очередь, дали своим пациентам надежду, реальную надежду на изменение всей своей жизни.

10. В: Каким образом можно провести сравнение провокационной терапии с клиент-центрированной терапией.

10. О: Условия времени не позволяют нам проводить здесь пространственный сравнительный анализ двух систем лечения, но коротко мне хочется сказать, что врачи той и другой систем согласятся с тем, как важна «я-концепция», мировоззрение (установка), какую решающую роль имеет эмпатия как необходимая составная часть терапевтического процесса. Тем не менее, провокационная терапия считает не менее важным, чтобы клиент понимал и воспринимал сообщения от других людей. Врач провокационной терапии также считает, что наряду с конфронтацией, передразниванием и высмеиванием идиотских мыслей пациента, должна быть теплота в отношении терапевта к больному. Как выразился Бруно Бетельхейли: «Одной любви недостаточно», необходимо еще теплое, положительное отношение и доброжелательная оценка возможностей пациента. И это необходимая сторона в терапевтическом взаимодействии. Провокационная терапия поддерживает установку клиент-центрированной терапии, что вовлечение клиента в понимание своих действий в общении с другими – есть признак его зрелости, что он овладевает «траекторией оценок», что он становится все более психологически здоровым и способным к самооценке.

11. В: Найду ли я в провокационной терапии элементы рационально-эмотивной терапии?

11.0: Да, в каком-то смысле, этим я обязан Альберту Эллису. Некоторые люди называют провокационную терапию чем-то «вроде зеркального отражения» РЭТ, в том, что терапевту часто приходится «катастрофизировать», несерьезным образом воспринимать «двенадцать безумных идей» Эллиса с тем, чтобы заставить клиента их отвергнуть. Терапевту необходимо твердо поддерживать стереотипные идеи, чтобы заставить клиента разувериться в них и подходить к ним избирательно. Это очень переключается с работами Дорджа Келли, Роджерса и Раблина, с их шкалой терапевтического процесса или так называемой подшкалой построения личности, как если бы эти типы были фактическими; в верхней части шкалы эти типы значительно разнятся, клиент не рассматривает их как «объективные факты», а рассматривает их в качестве формулировок и логических абстракций своего опыта и впечатлений.

Врач провокационной терапии, разумеется, намерен «персонифицировать» эти параметры построения личности и рассматривает их как факты, как высшее доказательство. Он

руководствуется такими постулатами: «Какие еще нужны доказательства?» и «Об этом всякий знает», или «Только новообращенный атеист не согласится с тем, что вы только что сказали» и т. д. Врач провокационной терапии продлевает это таким неизменно смешным образом, словно он – Иегова, вырезающий таблетки из камня, который пытается вызвать клиента на смех своей сверхустремленностью в работе, и спровоцировать таким образом клиента на избирательный, осмысленный подход к построению собственной личности. Он делает это также с целью заставить клиента рассматривать построение личности как «факт», которым он должен быть озабочен, как сверхгенерализацию, основывающуюся на предыдущем опыте или как негарантированную исходную предпосылку, основанную на нескольких неудачных и тяжелых фактах из жизни.

Однако РЭТ несколько прямолинейна, с моей точки зрения, и я чувствую, что гораздо легче убедить клиента отбросить, оставить эти его упорные безумные идеи путем их осмеяния, высмеивания, чем «логическим» аргументированным убеждением.

12 В.: Не напоминает ли провокационная терапия парадоксальную интенцию Виктора Франкла и Джея Хейли?

12 О.: Нет. В становлении концепции я не испытал влияния этих идей, хотя в настоящее время мы можем отметить некоторое сходство. Описательно провокационная терапия имеет некоторые сходства с терапией парадоксальной интенции, но в то же время она намного шире. Только спустя два года после объявления провокационной терапии коллеги обратили мое внимание на сходство двух систем.

С другой стороны, если это поможет вам понять провокационную терапию лучше, я скажу несколько слов о взаимосвязи теоретических подходов Хейли, Франкла и провокационной терапии.

Мы согласны с теоретиками, что не общаться нельзя, но в провокационной терапии упор делается на невербальное общение и неконгруэнтные признаки. Психотерапия рассматривается обеими системами в качестве взаимовлияющей ситуации, где обе стороны стремятся оказать давление друг на друга. В этом случае на первый план выходят контроль, мета-контроль и их техники (способы контроля).

В обеих системах симптомы заболевания считаются результатом межличностных взаимоотношений, они дают возможность контролировать отношения. С незапамятных времен человек сражался за то, чтобы контролировать окружающее. Вначале, чтобы выжить самому, а затем – поддержать стиль и качество жизни. Точно так же каждый человек борется за возможность контролировать общественные отношения, из которых он черпает свой психологический потенциал. Если брать это – за исходное, «психопатология» может рассматриваться как чрезвычайный способ (маневр) овладения контролем над непредсказуемыми межличностными отношениями.

Мы не рассматриваем симптомы исключительно как защитные меры против интрапсихических импульсов или мыслей. Мы не считаем также, что только ситуационные факторы объясняют многие симптомы. То есть нельзя сказать, что эти факторы не объясняют поведение отдельного человека; в определенных ситуациях и до определенных пределов они могут оказаться полезными в предсказании и контроле поведения (т.е. могут оказаться «научно» верными). Можно сказать, практически все случаи улучшения здоровья после психотерапии – результат межличностных отношений, являются следствием социального общения, как самого важного мотиватора в стремлении вылечиться.

При описании (определении) отношений между людьми явно недостаточно сказать «один верховодит», «один покоряется» или же «симметричные силы». Обычно пациент стремится использовать каждую возможность для удовлетворения своего заветного желания держать все под контролем (в своих отношениях они используют всякие уловки). В этом случае задачей терапевта и является управлять этими уловками и сводить их на нет.

13 В.: Как вам удалось найти организацию, место, где бы терпимо относились к вашей терапии?

13 О.: Неплохо найти такое место как больница Мендота. Я хочу сказать, место свобод-

ное и открытое для экспериментов, в котором проводилось бы много научных исследований и подготовка кадров. Ваш вопрос заставляет нас сказать, что не многие учреждения открыты к экспериментам, и хотя это печально, я должен с этим согласиться. Однако, возможно, не так все плохо. Я получал много предложений после презентации провокационной терапии: «Вы могли бы поработать в нашем центре защиты детей» или «Вы могли бы поработать в тюрьме, даже с уличными бандитами Нью-Йорка», либо «в нашей местной клинике для душевнобольных» и т.д. и т.д. С полным правом можно сказать, что все больше учреждений стало открывать свои двери новым видам работы с больными, при условии, что в государстве уделяется самое пристальное внимание благополучию именно наших больных.

14 В.: Весьма очевидно, что вы отдаете своим больным много тепла и чуткости. Как это происходит непосредственно на ваших сеансах?

14 О.: Следуя принципам провокационной терапии, я даю пациентам невербальные сообщения (точно такие же я делал вербальным путем и пациенты им не верили). Теперь я называю вещи своими именами, и что в результате? «Но, я знаю, что вы хорошо ко мне относитесь...» или «Мне наплевать, что вы говорите, я знаю, что любите нас, пациентов». Они интуитивно понимают и верят в мою симпатию к ним, несмотря на мои словесные выпады и смех. Я не в состоянии всегда сохранять строгое выражение лица.

Парадокс провокационной в том, что, с одной стороны, терапия – искусственная и недостижимая сфера, а с другой – она создает вполне реальный социальный микрокосм, в котором больной быстрее всего нашел бы для себя убежище. Ведь часто в терапии провозглашаются в качестве ценностей доверие, теплота, эмпатия, хотя при выходе в реальную жизнь наш клиент окунается в грубость и жестокость, сомнительное окружение и уличную философию «бойся вдов и сирот». Сплошь и рядом клиент видит огромную разницу реальной жизни и атмосферы нашего учреждения. Одно из самых значительных преимуществ провокационной терапии в том, что терапевт никогда не внушает больному постоянного тепличного окружения, полного понимания окружающих и благородной честности, встречающейся каждый божий день. Вместо этого он «лжет» клиенту, «отвергает» его самым отвратительным образом, иногда сознательно «не понимает» его, и все это делается для создания микрокосма и генерализации лечебного эффекта.

15 В.: Имеет ли эта система ограничения с точки зрения помощи больным. Кому она не может помочь.

15 О.: Прежде всего, необходимо сказать, что все системы психотерапии не помогают людям, люди оказывают помощь людям. Психотерапевтические системы помогают терапевтам организовывать лечение, наделить их особой ролью, соответствующими техниками для исполнения этой роли, то есть «благословить» его на помощь больному. Врачи провокационной терапии не ограничены какими-либо особыми диагностическими категориями современной психиатрической нозологии (речь о функциональных расстройствах), они успешно могут работать с любой. Однако существуют некоторые ограничения для больных, страдающих кататонией (неподвижностью) и острой маниакальной возбудимостью. Проблема не в том, что нельзя работать с больными с заметно выраженной низкой или высокой возбудимостью, их в течение короткого времени приводили в нормальное состояние. Проблема состоит в том, что как кататонические больные, так и легко возбудимые имеют тенденцию тормозить участие врача в процессе лечения: больные – кататоники недостатком реакций, что требует от врача больших усилий, легко возбудимые больные – наоборот, избытком реакции, опять-таки требующим большего контроля и усилий врача. Приведу пример неудачного случая, когда молодой парень, не раз находившийся на лечении, заявил о своем враче: «Он хочет, чтобы я больше реагировал, но я верчу им и не разговаривая.» Тактика этого больного не была бы столь успешной в семейной терапии, поскольку члены семьи легко подавили бы такую инициативу.

16 В.: Почему вы избираете внешность человека, которую нельзя изменить, мишенью для насмешек?

16 О.: Я буду продолжать передразнивать, высмеивать и шутить по поводу физической

внешности больных, их кинестетики и общей манеры держаться потому, что все это часто отражает их внутренние чувства, а еще потому, что использую внешность для провокации именно в силу ее особой важности для больного. Верно то, что нельзя изменить тело, но можно изменить восприятие этого тела.

Позвольте привести примеры. К больной, которая очень сутулилась и с трудом преодолела холл прежде, чем зашла в приемную (выражение лица – неподвижная маска, а сама – бесчувственная мумия), я обратился так:

Т. (усмехаясь): Ты не похожа на человека, малышка Ты больше выглядишь как робот, у тебя наверное и волосы на лобке не растут, наверное, у тебя там кучка постриженных проводков. (Указывает ей ниже живота).

К. (поражена): Так нельзя разговаривать с людьми. (Она быстро меняет выражение лица и начинает разговаривать о своих проблемах более нормальным тоном). (№ 64)

Внешний имидж человека иногда называют индивидуальными параметрами его внутреннего мира и, если вы можете изменить имидж, вы во многом изменитесь сами. Например, я работал с одной пациенткой, которая находилась в глубокой депрессии из-за своей внешности. Она считала себя непривлекательной по сравнению с сестрой и была уверена, что никто не захочет проводить с ней время. Считая себя «страшной», она полагала, что только голый секс может привлечь кого-нибудь к ней. Во многом она была приятной девушкой, довольно привлекательной, но сама не осознавала этого.

Т. (с отвращением): Да, теперь понятно, о чем ты говоришь. Боже мой! Никто, только сексуальный маньяк осмелится пригласить тебя куда-нибудь. У тебя такие огромные ноги, толстые щиколотки, выпирающие груди и кривые ноги...

К. (нервно смеется): Нет, ноги у меня ровные.

Т. (не терпящим возражения тоном): Ладно, хорошо, ноги прямые, но бедра толстые, зад отвислый, а живот выпирающий, талии нет, грудь впалая, плечи широченные, челюсть как фонарь, нос картошкой, брови как кусты, свинячьи глазки, а прическа – как крысиное гнездо! Но все– таки зубы у тебя отменные!

К. (оглушительно смеется): Они же вставные! (смеются вместе).

Очень скоро она рассталась со своим мифом о непривлекательности, за тридцать лет ставшим ей родным. (№ 65)

17В.: Мне кажется, то, что вы делаете – большое преувеличение, в смысле оскорбления и прочее, нужно просто правильно все воспринимать.

17 О.: Правильно, спасибо за понимание.

18В.: Почему вы думаете, что вы единственный кто добивается результата в лечении?

18 О.: Я не утверждаю этого. Я бы не стал так заявлять. Необходимо принимать во внимание, что мы имеем дело не с метафизическими данными в терапии, а с вероятными предположениями. А вероятность заключается в следующем, если он полагает, что он вылечился, я думаю, что это так, если важные для него люди (семья, сотрудники) думают, что он вылечился и если он оплачивает мой счет, тогда все указывает на то, что клиент здоров.

Думается, наша терапия способствует появлению начальных сдвигов в поведении клиента, изменении его поступков, которые становятся заметны для других людей только спустя некоторое время. Клиент чувствует, что это приветствуется открыто окружающими его людьми и имплицитно самим врачом; вместо порочного круга он оказывается в благотворном окружении, поощряющем его изменения, что, в свою очередь, ведет к большему желанию вылечиться.

19 В.: Как вы сдерживаете чувство обеспокоенности после того, как спровоцировали больного на гнев или слезы?

19 О.: Во-первых, я не слишком этим обеспокоен, поскольку я специально иду на это – спровоцировать эффективную реакцию, за долгие годы я привык к этому, по-своему адаптировался к разным эмоциям. Во-вторых, я научился рисковать отношением клиента к себе; его любовью и осуждением моих действий. Они, кстати, быстро сменяются на чувства любопытства и привязанности. Я допускаю волнение и беспокойство только тогда, когда хочу яв-

но показать клиенту свое отношение к нему. Приведу несколько примеров:

1. Пациент (осуждающе): "Вы снова сделали из меня пациента (то есть заметил в нем психонарушения). Кстати, вы же беседовали со мной прошлый раз".

Терапевт (беззаботно смеется): "Такие моменты не стоит упускать!"

Пациент (недоверчиво, потом смеется): "Точно, не упускайте, не упускайте!... (№ 66)

2. Пациентка (рыдая): «Дайте мне салфетку».

Терапевт (с любопытством смотрит в потолок, молчит, а затем колеблется): «Ну... не знаю, с одной стороны, если я дам тебе салфетку, этим я сделаю тебе хуже, ты будешь зависеть от меня. А с другой стороны, не топить же приемную в слезах и соплях».

Пациентка (выхватывает салфетку): «Пока вы размышляете, я сама возьму, хотите вы этого или нет» (шумно высмаркивается). (№ 67)

3. Пациент (ростом шесть футов, два дюйма, 225 фунтов весом, 187 см, 45 кг, худой злобный человек): «Ты воображаешь, что очень умный, да?» (с ненавистью уставился на терапевта).

Т. (спокойно глядя, говорит напрямую): «Да, сэр, я достаточно умен, чтобы понимать, что государство не платит мне за то, чтобы я старался говорить о том, о чем не хотят говорить со мною. Посвятите меня в свои проблемы, которых вы не хотите иметь – взаимоотношения с женой и семьей, что-то с работой, то, как вам живется здесь – и мы не будем о них больше говорить. Да, мне не платят за то, что вы сердитесь на меня, я ведь не хочу огорчать вас со всем, хотя персонал и понимает, что вам надо поговорить об этом, иначе вам долго придется сидеть здесь. Более того (терапевт смотрит на клиента и меняет тон на слегка просящий), я бедный социальный работник, весь изможденный, посиневший, всего боящийся трусишка. Пожалуйста, скажите мне, о чем вы не хотите рассказывать, и мы никому– никому не станем рассказывать, хорошо?»

К. (удивленно смотрит на терапевта, потом задыхается от смеха): «Нет, вас не испугаешь! Это уж точно! Ладно, черт с вами, о чем вам рассказать?» (№ 68)

20 В.: Знаете ли, на словах вы враждебный противный подонок, но как вам удастся показать теплое отношение к клиентам?

20 О.: Вот такой вопрос приводит меня в трепет. Я помню тот страх, когда один пациент вошел ко мне и заявил: «Я был здесь в прошлом году. Мы поговорили с вами один раз, и вы сразу поняли по моему виду и манере говорить, что Я пропащий человек. И вы оказались правы». Дело в том, что я вздрагиваю, когда снова встречаюсь с больными не в первый раз. Но все же сердечность и участие необходимы, их можно показать по-разному, не только через юмор.

Тем не менее, с разными людьми терапевт проявляет свое участие по-разному, не обязательно посредством шутки. Например, одна пациентка назвала это «глубиной внимания», которое я проявил к ней. Другой же принял за участие тот факт, что я «не выпнул его», когда лечил. Еще один пациент почувствовал мою заботу в том, что я предоставлял ему свободу: «Я мог говорить вам все, что хотел». Один из пациентов оценил мое спокойное восприятие: «Неважно, что бы я не говорил, вас это не шокировало». Один из моих соратников обобщил: «Фрэнк Фаррелли опускается до уровня клиента, валяется в такой же грязи, как будто в сточной канаве, а после поощряет клиента: Не бойся, входи, вода превосходная».

21 В.: Приходится ли вам выполнять рутинную работу персонала, такую как планирование выписки, предварительные собеседования и т. д.?

21 О.: Да, можно привести пример с «Матильдой-Уродиной», случай, когда мы с помогающим мне социальным работником забросили пациентку в центр города с наказом пойти на собеседование по поводу получения работы «по выдаче полотенец в публичном доме». Решение о таком собеседовании пришло в результате ее бесконечных сетований на бесполезность и из-за того, что она бесцельно околачивалась по отделению и надоедала всем своей болтовней. Мы задумали создать «провокационную ситуацию», из которой эта «бедная, беспомощная и застенчивая» пациентка смогла бы выпутаться и найти обратную дорогу в больницу.

Р. S. Она благополучно вернулась как раз к ленчу.

22 В.: Как работает провокационная терапия с клиентами-жертвами социальной системы.

22 О.: Делая основной упор на самоутверждении, самооценке и на реальной защите провокационная терапия прекрасно помогает клиентам, которые «влачили жалкое существование» или же тем, кто стали настоящими дверными ковриками для других. Общаясь с терапевтом, клиенты учатся не «быть тряпками», а оказывать сопротивление тем, кто пытается влиять на них, и использовать любую возможность в семейной жизни, социальном и экономическом и схоластическом окружении. Я бы мог привести много примеров на каждый из этих случаев.

23 В.: Думается, что вы все-таки начинаете свой первый сеанс не с провокаций, а устанавливаете доверительный контакт с больным, да?

23 О.: Нет. С самой первой минуты лечебного сеанса я старался действовать не по шаблону и учитывать все: состояние клиента, его образ мышления, задаваемые вопросы, внешний вид и т.д. Например, пациентка средних лет едва слышно постучалась в приемную. Когда я открыл дверь, она стояла вся сгорбившись, как будто тяжелая ноша висела на ней.

К (Едва слышно): Можно к вам, мистер Фаррелли?

Т. (громко): Конечно, Джорджия. (Шествует к своему креслу и усаживается)

К. (пугливо входит): Где мне можно сесть?

Т. (указывает на стул рядом со своим столом, она хочет сесть). Садитесь вот сюда.

Т. (грубовато): Подождите. Нет (указывает на стул у противоположной стены): Садитесь вон там.

К.(тащится к указанному стулу).

Т. (командным тоном, оглядывается): Нет-нет, подождите минуточку... (оглядывается, неуверенно): Ага, садитесь вон там... (Указывает на стул возле двери).

К.(вдруг выпрямляется, хмурится и громко говорит): Пошли вы к черту! Сяду, где мне хочется. (Плюхается на стул).

Т. (выбрасывает вперед руки, словно защищается): О'кей, о'кей, только не надо насилия! К. (разражается смехом) (№ 70)

Полагаем, если бы терапевты оглянулись на прошлый опыт, они бы поняли, как это сделали мы, что первые сеансы приходится на время кризиса и дают благоприятные возможности затрагивать с клиентом такие вопросы, которые еще не возникали для него ранее. Обычно случается так, что врачи начинают обсуждать больные вопросы и сами же пасуют: «Вы слишком ранимы, чтобы говорить об этом сейчас». Если же начинать сеансы с провокации, общение идет с инициативы врача, он задает тон беседы, особенно с пассивными больными. Необходимо также учитывать, что в этот период клиент наиболее нуждается в общении и, следовательно, более подвержен влиянию врача.

24 В.: На четвертой стадии лечения вы продолжаете по-прежнему провокации или прекращаете, если больной показывает явные признаки улучшения?

24 О.: Зачем же упускать возможность и не сделать ставку на выигрывающую лошадь на скачках? Я, конечно же, продолжаю провокации. Именно в этот период клиенты обычно просят терапевта стать друзьями и быть с ними «откровенным». На это терапевт обыкновенно отвечает: «Друзьями? Неужели я похож на парня, который тащит свой эмоциональный груз к обеденному столу? Ведь мне платят за часы, которые я провожу в беседе с вами, но друзьями быть?... Бросьте, теперь-то вы понимаете. А что касается откровенности... Разве вы не знаете, что дружелюбный терапевт говорит вам только правду, одну правду и ничего, кроме правды, да поможет мне бог».

На четвертой стадии лечения терапевт знает, что клиент в состоянии декодировать его слова и действия, в состоянии правильно оценить его юмор и провокации. Вплоть до последнего сеанса он продолжает провоцировать клиента с целью утвердить его самосознание, разрушить его зависимость от внешних обстоятельств, подвести его к пониманию реального и «нереального» в рамках дружеского участия. В этом смысле дружеское участие не есть цель

его работы, а желанная цель излечения. Задачей самого клиента является построение социального внешнего мира, не процесса лечения, где дружба – это равенство и честность.

25 В.: Часто ли Вам приходилось работать с супругами?

25 О.: Да, часто. Есть весьма забавные примеры, такие как случай с Брунгильдой, мистером Мильктоустом (Нерешительным), Компьютерным Супругом и Рыдающей Женой и так далее. Следующий вопрос.

26 В.: Даете ли Вы какие-нибудь рекомендации по провокационной терапии?

26 О.: Чаще всего нет. Но есть исключения. Врач провокационной терапии мог бы дать бессмысленный совет, который не поможет клиенту, он мог бы отправить к «одному врачу, который может предложить...» На подобное поведение один из наших больных отреагировал со смехом: «Вы вечно ссылаетесь на каких-то врачей, которые могут предложить то или иное. Мне что, надо искать и найти кого-нибудь из них. Они что, могут дать чертовски много лучших советов, чем вы с вашими шуточками и сарказмом?» (Оба смеются). И, наконец, врач провокационной терапии может дать действительно прямой совет, а затем обыграть способность клиента последовать этому совету. Таким образом, если клиент действительно делает прогресс, успех обеспечен, все возможности для этого есть. Однако, если совет неэффективен, врач скажет: «Я же вам говорил, предупреждал!»

27 В.: Как вы находите нужный афоризм или пословицу для клиента?

27 О.: Они практически все правдивы и верны. Я не говорю им ничего такого, чего бы они не слышали, или сами не применяли к себе. Они знают, что другие люди думают о них именно так; в конце концов, им уже говорили подобное другие люди. Поэтому, из моих уст это звучит как хорошо знакомый мотив, он совсем не противоречит их чувствам, как это может показаться стороннему наблюдателю, кто интересуется терапией и читает медицинскую литературу.

28 В.: Кто-нибудь еще, кроме вас, лечит методом провокационной терапии?

28 О.: Я могу с радостью сообщить, что о провокационной терапии слышали во многих странах, ею интересуются и применяют не только в Англии, Германии и Польше. Слово наше услышано, и провокационная терапия находит все большую практику как у нас в стране, так и за рубежом. Разве это не приятно сознавать?

29 В.: Как вы можете быть уверены, что действительно излечиваете больных?

29 О.: Для ответа на этот вопрос позвольте мне привести в пример случай с миссис Абсолютный Нуль. Меня пригласили осмотреть депрессивную больную в возрасте тридцати лет. Персонал больницы не мог понять причину ее глубокой депрессии. Я задавал ей разнообразные вопросы в надежде спровоцировать ее на какой-нибудь намек о ее заболевании.

Терапевт (лаконично): Возможно, ты паршивая мать и знаешь это, поэтому-то у тебя три госпитализации.

Быстрота и уверенность, с которой она отреагировала, не оставляла сомнений, что проблема ее не в этом. Она чувствовала себя уверенно в роли матери.

Т. (продолжает): Тогда, дом у тебя похож на мусорную свалку. Наверное, костюм мужа давно не чищен и весь в грязи?

К. (твердо): Нет и нет! Он – почище, чем у многих в нашем городе. Иногда и не висит в шкафу, но ведь в доме маленькие дети!

И так продолжалось довольно долго. В ответ на мои пробные «забрасывания удочки» следовали точные уверенные ответы, дающие представление о ней как о хорошей матери, домохозяйке, соратнице в делах мужа, хорошей дочери и невестке, здоровье тоже было в порядке.

Т. (устало): Ладно, Джорджия, ты прекрасна во всем, так что же тебя так угнетает?

К. (смотрит в пол): Не могу говорить об этом.

(Мне вдруг подумалось: Ага, она сдается. Стоп, надо попробовать другое?).

Т. (ликует): Это ведь секс!

К. (громче, смотрит прямо и сердито): *Я* же сказала, что не буду говорить об этом!

Т. (самодовольно): Понятно, стыдишься своей извращенности.

Скоро я вытянул из нее причину депрессии: она испытывала «грязные, извращенные желания и чувства», но стыдилась их и боялась рассказать мужу, он бы «до смерти удивился». Терапевт поднял на смех ее страхи от желания заниматься оральным и анальным сексом в разных позициях и в разное время суток.

Т. (недоверчиво): Ты, наверное, сексуальная маньячка. Как часто вы занимаетесь этим?

К. (неразборчиво): последние 14 лет по 3 раза в неделю.

Т. (делает подсчеты): Значит, это почти 2200 траханий за 14 лет. А сколько оргазмов ты испытала?

К. (мрачно): Пять!

Т. (удивленно): Пять? Откуда такая точность?

К. (уверенно): *Я считала.*

Т. (вопросительно): *Вы* уверены?

К. (твердо): Абсолютно!

Т. (со смехом обращается к присутствующим): Довольно слабая награда.

(Все смеются, пациентка тоже).

Эта беседа проходила во вторник, в четверг должен был прийти повидаться ее муж. *Я* попросил уведомить меня о его приходе. Сеанс, на который я попросил их быть вместе, я начал с изложения разговора, состоявшегося ранее. Объявив, что мы обнаружили причину трех госпитализаций жены, я заключил: «Дело в том, что у нее полно всяких грязных сексуальных желаний по отношению к вам, но она боится их высказать». Муж тут же наклонился в своем кресле вперед и, переведя взгляд с жены на терапевта, удивленно воскликнул: «Да? Даже так?» Терапевт рассмеялся, за ним все остальные, даже пациентка, стгорая от стыда, засмеялась независимо от своей воли. Терапевт объявил мужу, что назовет их случай «Миссис Абсолютный Нуль», потому что она «далеко не фригидна», ведь она испытала 5 оргазмов за 14 лет и 2200 половых актов. К этому времени пациентка уже смеялась без смущения и страха. Терапевт поинтересовался, во время их близости с мужем, «лежит ли она пассивно, как мумия Тутанхамона» Они оба согласились, что в основном так и происходит. Тогда терапевт посоветовал ей во время акта помогать мужу и не стесняться возбуждать себя мастурбированием и одновременным ласканием груди и сосков. «Старайтесь делать руками так, как вам приятнее всего, не обязательно руки должны быть на его спине, а может быть эрогенная зона для вас между его ключицами».

В то время, как все присутствующие смеялись, пациентка смущенно призналась, что она мечтала об этом, но думала, что это «ненормально».

Т. (мужу): Вам не будет противно, если ваша жена поможет вам донести ее до оргазма?

Муж к этому времени уже пускал слюнки и с радостью заверил, что «это было бы прекрасно». Он попросил отпустить жену домой погостить. Терапевт согласился дать ей возможность «сделать кое-что по дому». «Что?» – в один голос воскликнули супруги.

Т. (откровенно): *Я* хочу, чтобы вы сделали три вещи: трахались, трахались и трахались. У вас на это четыре дня. Увидимся в понедельник утром.

На следующий понедельник супругов увидели идущих рядышком. Стало известно, что за 4 дня она превысила количество оргазмов по сравнению с 14 годами. Этот случай со всей очевидностью доказывает, что «посредничество» терапевта иногда вносит неоценимый вклад в отношения супругов. К сожалению, специальных исследований в этой области еще нет, во в будущем они неизменно будут проводится. (№ 71)

30 В.: Сколько в среднем сеансов вы проводите в ходе лечения больного? 30 О.: *Примерно от 2 до 100, большей частью 20 – 25 сеансов.* 31В.: Вы бы назвали садизмом то, что вы делаете?

310.: Нет, не думаю. *Я* не хочу, чтобы меня неправильно поняли, но позвольте ответить так. *Я* пришел к определенной концепции в этом отношении и назвал ее «терапевтической

жестокостью и радостным садизмом».

Твердо установлено, что практически есть два пути вызвать значительное улучшение состояния больного: наказанием и поощрением. За время моей практики я пришел к выводу, что у подавляющего количества рецидивов и неизлеченности причина не в утрате эмоциональной или нереализованной психологической потребности, а в том, что я назвал бы «ложной добротой». Например, первый раз ребенок порезался, он неизменно будет обласкан родителями и окружен заботой. И если так будет продолжаться, даже самый тупой ребенок возьмет верх над взрослыми. Он заставит их бегать вокруг себя и вынудит превратиться в совет по опеке с просьбой каких-нибудь подарков, иначе он якобы порежет или изувечит себя. Таким же образом клиент стремится взять врача под свой контроль, изобретая новые и новые симптомы.

Ирония в том, что явно кажущееся жестоким впоследствии оборачивается добром, а то, что видится добротой по отношению к клиентам, в конце концов приводит к ущербу для их здоровья и антилечебным последствиям. Позвольте привести пример (№ 72) и разъяснить, какой смысл я вкладываю в термины «кратковременная жестокость и долговременная доброта». Я амбулаторно наблюдал молодую (около 19 лет) пациентку. Однажды около полуночи, когда шел сильный снег, она позвонила мне чтобы известить, что порезала себя в очередной раз. Первым побуждением было броситься к ней, однако я позвонил своему другу, психиатру по специальности и рассказал ему об этом случае. Несмотря на его протесты, выпитые несколько рюмок мартини, на то, что он намеревался отправиться спать, я заявил: «Прекрасно. Значит, руки будут дрожать, когда будешь зашивать ее». А в ответ на то, что у него нет при себе новокаина, я также обнадежил его: «Это даже лучше. А когда будешь у нее, сдери с нее 35-40 долларов за беспокойство в поздний час». Короче говоря, ей пришлось вынести операцию без новокаина, когда руки врача были нетвердыми, да еще заплатить штраф. Результат: она никогда больше не травмировала себя и не совершала какого-либо насилия над собой. Вопрос: это— «жестокость и садизм» или долговременная доброта? Думаю, что последнее.

Когда-то эта пациентка хвасталась передо мной, что не чувствует боли при порезах. И даже рассказала, что сама зашивала шелковой ниткой-зубочисткой. Рана начала гноиться, тогда она взяла ножницы, отрезала шелковую нить, протерла порез лосьоном и с помощью зубной щетки снова зашила! В ту ночь я был счастлив видеть, что она чувствовала боль, пока накладывались швы. Я позволил ей держаться за мою руку, которую она чуть не сломала. Я был рад видеть слезы в ее глазах и думал все время: «Надеюсь, ты пострадаешь от боли и подумаешь десять раз, прежде, чем сделать подобное, сестричка!» Это что, «садистские» мысли по отношению к клиенту?

На следующем сеансе, когда я рассказывал ей о своих чувствах, она рассмеялась и, наконец, призналась: "Когда я резалась в больнице, все неизменно суетились вокруг: "О, бедняжка! «, но я никогда не резалась больно. Порежу только кожу да немножко под кожей, но никогда не доходила до мышцы». Эта пациентка и еще несколько других явились моими первыми учителями, после чего и появилась «кратковременная жестокость и долговременная доброта».

Таким образом, я пытаюсь подчеркнуть, что необходимо провести четкую грань между кратковременной «жестокостью» и долговременной добротой с одной стороны, и с другой – кратковременной «добротой», которая приводит к долговременному ухудшению здоровья пациента. Вероятно, существуют на практике такие люди, которых можно назвать «садистами». И опять нужно провести линию различия между настоящим «садистом» и человеком, который испытывает удовольствие, давая выход своему накопившемуся и вполне законному гневу по отношению к клиенту, который сам желает видеть свое воздействие на терапевта, а затем получает удовольствие, видя «изменившееся» поведение своего «субъекта» жестокости.

В «работе с людьми» есть свое удовольствие и хорошие стороны, которые превышают все негативное. В термин «работа с людьми» я вкладываю смысл исправления поведения детей и родителей, помощь стажерам, сеансы с больными и беседы с персоналом. Свободный

от чувства вины, радостный «садизм» весьма полезен в оказании социально-психологической помощи детям, стажерам и пациентам. Я не говорю уже о том, что любовь и положительные ощущения очень важны в работе с людьми. Вместе с тем наказание и отрицательные чувства также необходимы в построении новой формы поведения больного, очень необходимы.

Давайте взглянем на это под другим углом. Поставьте себя, если можете хотя бы на минуту, на место маленького ребенка и посмотрите на родителей его глазами. Я имею в виду, заботливых и любящих родителей. Возможно вы, ребенок, начинаете сердиться и с ликованием топаете ногами, бросаетесь книгами, громко заявляете о своих правах на получение бутерброда с арахисовым маслом. И вдруг встречаете массивный отпор от высоченной, как из страны Великанов, женщины, называемой Мать, которая набрасывается на вас, громко и вкрадчиво что-то воркует совсем непонятное и ненужное, сбивает вас с толку уговорами и помимо вашей воли уносит вас в какое-то зарешеченное место. И вы остаетесь один в изоляции, как в тюрьме, и это место называется «кровать».

Попробуй вы освободиться из тюрьмы, всевидящий гигант ворвется и учинит насилие, даже физическое наказание, окрестя это наказание подходящим эвфемизмом «трепка» (взбучка). А если вас даже выпустят из тюрьмы, попробуйте нарушить еще какой-нибудь городской закон, с вами сделают не только все вышеописанное, но еще пригрозят голодом. Моего четырехлетнего сына Тимоти без стеснения отправляли спать без ужина только за то, что он был шумным. Как только он неохотно входил в свою комнату, тут же получал толчок в спину от своей мамочки. В ответ он протестовал обиженным голосом со слезами на глазах: «Знаешь ли, так ты можешь заморить малышкой голодом до смерти, не давая им есть».

Суммируем сказанное: Социализация детей в любой культуре происходит посредством любви и нежности, но наряду с этим не избежать также массивного сопротивления, насилия, физического наказания, лишения пищи, изоляции и иных приемов «тренировки собак». Теперь мы обладаем знанием и умением помочь многим считавшимся «безнадежными» пациентам. Именно неверие людей в «садизм» и «антигуманизм» чаще всего нам мешает «достать» больного, пробиться сквозь его шизофреническую «стеклянную стену».

32 В.: Почему при работе с клиентами вы уделяете основное внимание терапии настоящего момента?

32 О.: Потому что реальность такова, настоящий момент – это то, с чем мы имеем дело. Клиенты не пытаются разрешить прошлые конфликтные ситуации, такие как Эдипов комплекс. Его проблемы – проблемы настоящего дня, застряли у него в голове. И я целиком и полностью согласен с Эллисом, что именно разговоры, беседы о настоящем моменте жизни больного принесут ему решение проблем, если, конечно, удастся вовлечь его в это обсуждение.

Врач провокационной терапии старается использовать прошлое клиента для того, чтобы показать, каким образом оно повлияло на его восприятие и поведение, либо просто продемонстрировать протяженность во времени разрушения его сознания (то есть, как долго он терял разум). Будущее можно использовать для показа клиенту картин его будущей жизни. Основанные на его представлениях темы могут быть нереально правдоподобными с намерением вызвать его «ух-ты» реакцию, а затем противопоставить будущему его нынешние идиотские идеи и поступки. Пример (№ 73):

Т: «Я теперь вижу, как через несколько лет после всего этого слезливого, беззубого бормотания: „Моя мать виновата во всем“, вижу ясно, как ты, этакий гуляка, подходишь к могиле матери и с ненавистью мочишь ее всю-всю!»

Еще пример:

Т. (глядя в дальний конец потолка как будто ясновидящий): "Ко мне пришло озарение. Я вижу дом престарелых, мрачную комнату, маленького старичка, привязанного к стулу, потому что он щипает сестричек. Голова его не держится, он бубнит про себя: «Я бы мог сделать его большим, очень большим... если бы только...» Клиент не выдерживает, краснеет, начинает смеяться, закрывает лицо руками: «Ну, хватит, пожалуйста!»

33 В.: Вы оговорились, что если у вас будет достаточно техник, вы смогли бы вылечить всех больных, это так?

33 О.: Некоторым образом я действительно верю, что смог бы. В этом случае техники лечения являются решающим фактором. Они являются оперативным средством, обеспечивающим вмешательство терапевта в сознание клиента. В дальнейшем мы намерены детально описать применяемые нами техники лечения, поскольку книги описывают только философскую установку врача, но чертовски мало пишут, как он лечит. Вместе с тем, нам не хочется создавать иллюзию, что техники решают все. Нужно учитывать свои данные и свои умения. Верно также, что «по его плоду вы узнаете дерево». Покажите мне, что вы делаете с клиентом, и я скажу, какими приемами вы владеете.

34 В.: По каким признакам вы определяете, когда больного надо подавить или же наоборот поощрить на поступок?

34 О.: Прекрасный вопрос, на который я не могу ответить иначе, чем «Это зависит от многого». Психотерапия – это искусство и наука одновременно, этот вопрос можно отнести к части «искусство». Очень трудно, если это вообще возможно, даже за десятилетия практики установить какие-либо правила, можно только выделить некоторые суждения о работе с клиентами в той или иной ситуации, которые подходили бы всем врачам и применялись бы ими. Разве легко художнику ответить на вопрос: «Мистер да Винчи, как вы написали Тайную Вечерю?» Пола Горнунга спросили, как он смог достигнуть «дневного света», была ли это практика, интуиция или опыт? Помявшись пять минут, он признал, что на вопрос невозможно определенно ответить. Многие используют слово интуиция для описания предположений врача, но это не точное решение вопроса. Похоже, интуиция – это молниеносный процесс выбора из большого ряда стимулов, как внутренних, так и внешних, затем нахождение предположения, которое переводится больному в качестве реакции, что и провоцирует его самым благоприятным образом.

Когда вы учитесь водить машину, вы осваиваете все знания, инструкции. То, что вы делаете во время этого трудного для вас процесса, часто приводит к соблюдению чрезмерной точности инструкций и, следовательно, неверному предположению в оценке сложной дорожной ситуации. Однако с опытом, практикой и инструкциями по вождению, вы улучшаете свои способности, способны инициативно влиять на процесс, корректировать вождение и этим увеличиваете возможность прийти к более лучшему предположению, уже более ровно претворяете его с гораздо меньшими энергетическими затратами. Подобная ситуация и в терапии. Вот все, чем я располагаю, чтобы ответить на ваш вопрос.

Вижу, что есть еще вопросы, которые мы могли бы обсудить, но как мы говорим иногда больным, «на сегодня время истекло».

СПИСОК СЕАНСОВ ПРОВОКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Глава 1

1. Созвездие семьи
2. Сеанс «отвечай»

Глава 2

3. Психологический детерминизм
4. Угрожающий больной

Глава 3

5. Мобилизация внутренних ресурсов
6. Не будет рождества в этом году
7. Вспышка раздражения
8. Косноязычный полковник блимп
9. Реакция на внешний вид
10. Сценарий «необитаемый остров»
11. Тренированное восприятие
12. Ущербная левая грудь
13. Пойми сначала других
14. Тайны жизни
15. Испорченные хромосомы

16. Бессмертный, слабый и ленивый
17. Новая теория гомосексуальности
18. Поменять место работы?
19. Преимущества самоубийства
20. Назови три положительных факта о себе

Глава 4

21. Знаю, что нравлюсь тебе
22. Вторая Кэрол Бэрнетт
23. «Психомоторный приступ»
24. Пример мессианства
25. Никто не непогрешим
26. Необходимость понимания душевнобольных
27. «О, бедный пациент»
28. Христова невеста-
29. Пенис Джона Кеннеди
30. Твой Золотой Самородок
31. Поражение беспамятством
32. Помогите
33. Желание 367 дней в году
34. Подопытный?
35. Не позволяй свихнувшимся подавлять тебя
36. В постели с Богом
37. Особый профессионализм
38. Бейсбольные проблемы
39. У тебя грипп?
40. Бэббитт

Глава 5

41. Дверной коврик
42. Скрытая кататония
43. Способ «банан»
44. Сосание
45. Разговоры-разговоры

46. Святой Фрэнк из Медисона
47. Прыщи на члене

Глава 6

48. Еврейская шлюха из Нью-Йорка
49. Попытка помочь
50. Понс де Леон
51. Ты тоже грешен
52. Нарушенное восприятие

Глава 7

53. Ты будешь страдать
54. Практика усмирения нрава
55. Целование гроба
56. Случай 93.322
57. Убивший отца
58. Чувство матери-одишочки
59. Кап-кап
60. Папа и словесный понос

Глава 8

61. Фантазии семейной терапии
62. "Имя твое – профессиональное ничтожество"
63. Избавление от суицида
64. Робот с волосами-проволокой
65. Зубы у тебя красивы
66. Вы можете сделать меня снова пациентом
67. Клиническая зависимость
68. Я бедный социальный работник
69. Матильда-калека
70. Садитесь сюда... нет – вон туда...-
71. Миссис Абсолютный Нуль
72. Без будущего
73. Над могилой матери