Лекция №15. Другие направления современной психотерапии (часть -3).

Саногенетический подход в психотерапии. Краткосрочная позитивная психотерапия.

Современный этап психотерапии характеризуется активным использованием саногенетического и позитивного подходов как в клинико-организационном, так и в методическом плане. По мнению ряда авторитетных экспертов, как в нашей стране, так и за рубежом, они обладают очень серьезным терапевтическим потенциалом, имеют хорошую профессиональную перспективу и будут во многом определять общее стратегическое развитие психотерапии в 21 веке, что является весомым аргументом для их более подробного рассмотрения.

Учитывая относительную новизну и недостаточную разработанность данных подходов как в практическом, так и в теоретическом плане, (о чем более подробно будет сказано ниже) целесообразно начать их обсуждение с терминологического прояснения (уточнения терминологического статуса данных понятий), а затем рассмотреть практические варианты их использования на модели конкретной психотерапевтической технологии.

Слово «саногенетический» имеет латинское и греческое происхождение.

Корень «сано-» обозначает разные дефиниции понятия здоровья, процесса выздоровления («вылечивать, исцелять, заживать» и т.д.) и, как составная часть, используется в сложных словах, относящихся к здоровью и оздоровлению. Разнообразные варианты его использования в этом контексте можно найти в многочисленных древних изречениях и современных понятиях: "Mens sana in corpore sano»., санаторий, санитария, санация и т.п.)

Термин «саногенетический подход» в смысловом отношении непосредственно связан с понятием «саногенеза» – универсального процесса самовосстановления поврежденного организма, на основе собственных терапевтических (ресурсных) возможностей и его саморегулятивных активов.

Саногенез - это динамический комплекс естественных биологических и психологических защитно-приспособительных процессов, возникающих при воздействии на организм чрезвычайного раздражителя, и развивающихся на всем протяжении болезни (от состояния предболезни до выздоровления) и направленных на восстановление нарушенной саморегуляции организма.

Факторы, активирующие механизмы саногенеза представляют собой проявление саморегуляции и самоисцеления и составляют важнейший аспект управления здоровьем. Собственно, эти факторы , методически оформленные в какой-то конкретный технический прием или процедуру и могут являться практической формой выражения саногетического терапевтического подхода.

Соответственно терапевтический саногенетический подход – это подход, который ориентирован на активацию собственных ресурсов организма, его

естественных природных защитных саморегулятивных механизмов (на разных уровнях биопсихосоциальной организации).

Его терапевтической альтернативой можно рассматривать патогенетический подход, во всяком случае, в организационно-клиническом плане. Однако, следует отметить, что с такой формулировкой и, вообще, с выделением саногенеза, как самостоятельного феномена из общей системы патогенеза, согласны не все исследователи этого вопроса. В первую очередь, это связано с его недостаточной изученностью и методологической разработкой, более того, само понятие саногенез, в отличие от патогенеза, на сегодняшний день не является общепризнанным в профессиональном сообществе.

Патогенетический (этиопатогенетический) терапевтический подход, доминирующий в современной западной медицине базируется на представлениях о патогенезе заболеваний.

Патогенез — комплекс взаимосвязанных процессов повреждения и адаптации организма, лежащих в основе возникновения, развития и исходов конкретных болезней и патологических процессов.

Корень «пато» , происходящий от греческого «Pathos» означает переживание, страдание, болезнь, а как составная часть сложных слов, означает "относящийся к патологическому состоянию, к болезни".

Несколько условно, для большей наглядности отличий между двумя понятиями можно сказать, что патогенез – это механизмы развития болезни, а саногенез – это механизмы развития (поддержания) здоровья. Соответственно, саногенетический подход направлен на активацию саногенеза, а патогенетический на блокирование патогенеза.

В основе проведения патогенетической терапии и профилактики болезней и патологических процессов лежит выявление и коррекция основных звеньев в динамической цепи повреждающих процессов, что, соответственно, подразумевает их остановку и прекращение (предотвращение) развития заболевания. Другими словами, патогенетическая терапия основана на «локальном ремонте» поврежденных процессов за счет активных целенаправленных внешних воздействий.

В этом заключается его важнейшее отличие от саногенетического подхода , аппелирующего, прежде всего, к внутренним (ресурсным) саморегулирующим активам самого организма. Существуют и другие различия. Кроме упомянутого выше отличия в функциональном отношении (патогенетический подход блокирует механизмы развития болезни, а саногентический –активизирует механизмы самовосстановления), два подхода базируются на разных биологических основах. В этом отношении патогенез и саногенез –не «зеркальные противоположности», структурно они связаны с различными биологическими системами , что подразумевает различные векторы терапевтического вмешательства и не всегда взаимосвязанные общностью механизмов лечебные процедуры. При этом

система саногенеза не только гораздо менее изучена, но и более сложна в структурно- организационном плане. Механизмы саногенеза в многоуровневой (от клеточного до личностного) и многократно дублируемой системе саморегуляции функционируют на соматическом, психическом уровнях и высшем уровне сознания (духовный уровень). В частности, на соматическом уровне - это автоматические механизмы самоорганизации и саморегуляции биосистемы. Для психического уровня характерна возможность самосознания и активного управления своим здоровьем. Интегрирующим элементом, определяющим состояние всей системы является духовный уровень, где заложены цели и смысл жизни конкретного человека.

Тем не менее, несмотря на существующие нерешенные и проблемные вопросы, связанные с теорией и практикой саногенетического подхода, его практическое внедрение рассматривается как чрезвычайно актуальная клиническая задача и для этого есть серьезные основания.

В последнее время доминирующая ориентация на патогенетический подход, который несомненно сыграл и продолжает играть важнейшую роль в реализации эффективной терапевтической помощи населению, все больше подвергается критическому анализу и стремлению к пересмотру.

У сторонников данной точки зрения есть достаточно убедительных аргументов. В частности, неудовлетворенность результатами традиционного лечения, нарастание хронической патологии, пассивная роль пациента в лечебном процессе, как объекта внешних врачебных манипуляций, недоучет его собственных саморегулятивных возможностей. Все это свидетельствует о недостаточной терапевтической силе используемых подходов, несоответствии новой биопсихосоциальной парадигме, здравоцентристкому (нормоцентристкому) подходу, а также стратегической переориентации государственной медицины на профилактический подход, что предполагает значительно большую ответственность самого пациента за результат терапии, более интенсивное вовлечение в лечебный процесс его внешних и внутренних ресурсов и других саногенных личностных активов.

В этом отношении у саногенетического подхода, несомненно, есть хорошие клинические перспективы и, кроме того, существуют прямые указания в руководящих методических документах о необходимости его использования.

Однако, как было отмечено выше, его непосредственное внедрение в практику терапии, существенно затруднено сложностью и недостаточной методологической разработанностью этого вопроса, в результате чего специалисту порой трудно обоснованно применять даже то, что хорошо известно обычному человеку на бытовом уровне.

Очевидно, что в условиях такой информационно-методологической неопределенности, в выработке оптимальной тактики, подразумевающей актуализацию саногенетического подхода, существенно возрастает роль и ответственность конкретного специалиста, которому приходится

адаптировать имеющиеся в его распоряжении теоретические представления и методические подходы к реальной терапевтической ситуации, в значительной степени полагаясь на свой практический опыт и логику собственного клинического мышления.

Одной из методик, относящейся из категории «психотерапии новой волны», в которой механизмы саногенетического подхода, в частности, его его ресурсно- и позитивно-ориентированная составляющие представлены достаточно развернуто и технологично, является – краткосрочная позитивная психотерапия.

Краткосрочная позитивная психотерапия

В последнее время чаще употребляется другое название — консультирование и терапия, ориентированные на решение проблемы — solution talk. Одно из направлений современной новой волны в психотерапии, центрированное на активизации собственных ресурсов пациентов для решения их проблем.

Несмотря на то что практикующие К. п. п. являются принципиальными противниками концепций в работе с пациентами, в теоретическом осмыслении своего опыта, как и в любой хорошей теории, можно выделить «три источника и три составные части». Три источника — это установки (Эриксон); опыт системной (Миланская школа Сельвини-Палаццоли) и стратегической (Хейли, Маданес) семейной терапии и психоанализ.

Последнее утверждение может вызвать несогласие и недовольство представителей К. п. п., поскольку они принципиальные антианалитики и считают, что анализ причин болезни или проблемы неминуемо приводит к появлению или усилению чувства вины, которое тем более выражено, чем глубиннее и активнее осознание пациентом и его близкими «патогенетических причин». Именно такие «побочные» самообвинения и обвинения своих близких, по мнению сторонников К. п. п., являются препятствием к сотрудничеству пациента и его близких с психотерапевтом, причиной низкой эффективности и длительности психодинамической психотерапии. Исходя из этой установки, К. п. п. не фиксируется на поиске причин дискомфорта своих пациентов, а ориентирована на выявление и активацию ресурсов для его преодоления, что вполне созвучно установкам Эриксона. Однако, в отличие от его непосредственных последователей, они не эксплуатируют трансовые состояния своих пациентов для «диалога с бессознательным», а апеллируют к их сознанию и вызывают позитивные инсайты. Ведущий психоаналитический вопрос «почему?» часто адресуется пациентам в рамках К. п. п., но ориентирован не на поиск патогенного конфликта, а на выявление саногенных атрибуций, базирующихся на субъективной концепции здоровья — болезни данного пациента и его близких (внутренней картине болезни). Отношение сторонников К. п. п. к психоанализу, который является базой их теоретического образования и психотерапевтического опыта, напоминает подростковый негативизм в отношении авторитета отца, зависимость от которого пытаются преодолеть,

делая все наоборот: если психоанализ — длительный процесс, то К. п. п. принципиально краткосрочна, если психоанализ подчеркивает значимость платного обслуживания пациентов, то представители К. п. п. принципиально обслуживают их бесплатно и т. п. И в одном, и в другом подходе есть рациональное зерно, подростковость лишь в перевернутом отражении низвергаемого авторитета.

Три составные части — это основные принципы К. п. п.: 1) опора только на позитивное в жизни пациента, его ресурсы; 2) использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом и его близкими; 3) позитивистский (в философском смысле) подход.

Поиск ресурсов может быть ориентирован на прошлое («Что раньше помогало вам преодолевать подобные проблемы? Как такие проблемы разрешали ваши родственники, знакомые?»), на настоящее («Что сейчас помогает вам разрешать проблему, хотя бы временно?») и на будущее («Кто или что могло бы вам помочь в разрешении проблемы?»).

Не способствует ли опора только на позитивное в работе с пациентом формированию «розовой иллюзии», однобокого и неадекватного «радужного мировосприятия»? Признавая односторонность и иллюзорность такого мировосприятия, позитивные психотерапевты подчеркивают столь же однобокое, но «черное» мировосприятие, характерное для абсолютного большинства пациентов, и задачей психотерапии считают формирование более диалектического мировоззрения, расширяя его подключением «светлого» видения и надежды. Использование только позитивных подкреплений в работе с пациентом позволяет раскрепостить и активизировать его позитивные воспоминания, интуицию и способность конструктивно фантазировать, сделать доступной его субъективную концепцию здоровья — болезни, которую обычно пациенты стыдятся предъявлять психотерапевту в связи с ее «ненаучностью и наивностью».

Позитивистский подход к психотерапии, принципиальное предоставление ведущей роли опыту и интуиции пациента, его близких и психотерапевтов, сознательное преодоление жестких рамок любых психотерапевтических концепций позволяют позитивным психотерапевтам разрешить стереотип поэтапного врачебного взаимодействия с пациентом (симптоматическая диагностика — постановка синдромального и/или нозологического диагноза — построение модели терапевтического воздействия — собственно терапевтические мероприятия с оценкой обратной связи) и начинать работу с пациентом непосредственно с коррекционных мероприятий, лишь в случае неэффективности приемов на когнитивном уровне анализировать проблемы пациента и моделировать терапевтические воздействия с учетом отрицательной обратной связи на первичное воздействие.

Курс психотерапии (консультирования) — в среднем 3-4 занятия при ориентации психотерапевтов на желательность и возможность психотерапии

одной беседы. Продолжительность занятия обычно более часа, первого — зачастую более двух часов. Промежутки между занятиями от нескольких дней до нескольких месяцев. Такое амбулаторное обслуживание пациентов осуществляется обычно бригадой психотерапевтов. Пациент может прийти один, но всегда приветствуется участие в занятиях его родственников или знакомых.

1. Основные положения краткосрочной позитивной психотерапии

Приводимые положения частью выделены и описаны в литературе, частью присутствуют как априорные предпосылки каждого успешного случая в практике работы психологов.

1. Позитивный подход — опора на ресурсы пациента. Психотерапевт принципиально фиксирует своё внимание не на проблеме, а на сильных, успешных, сохранных сторонах человека. Для пациента его проблема и его ресурсы не связаны друг с другом. Важно выявить и мобилизовать эти имеющиеся ресурсы для преодоления проблемы. Сам пациент следует своему опыту общения с профессионалами (в первую очередь с врачами) и центрирует разговор на болезненных переживаниях и страданиях, ожидая от психотерапевта (психолога, консультанта) углубления в проблему, вопросов о её обстоятельствах. Он может ожидать разделения своей позиции и стремиться обратить профессионала в свою веру «всё плохо и безнадёжно», используя в основном только чёрные краски. Фиксация внимания на ресурсах позволяет противостоять этому, порой довольно сильному, натиску. По отношению к первоначальному описанию проблемы пациентом психотерапевт сохраняет вежливость, но не более того. Не следует задавать избыточных дополнительных вопросов, «погружающих» в проблему, так как не существует «просто вопросов». Например, вопрос, направленный «просто» на сбор информации:

2. Использование только положительного подкрепления. Реплики, жесты, мимика, все реакции психотерапевта направлены на подкрепление движения пациента в сторону здоровья, преодоления проблемы. В большинстве эти реакции спонтанны, являются выражением интереса и уважения к возможностям пациента. Подкрепляются не только его действия и идеи, но и намерения. Использование только положительного подкрепления способствует диалектическому «черно-белому» взгляду на проблему.

3. Опора на интуицию психотерапевта.В последние годы традиционный научный метод, основанный на идее одной истины, энергично оспаривается в социальных науках. Центральным понятием альтернативного взгляда является то, что не существует точных (правильных) объяснений причин, что все объяснения причин — это произвольные обозначения, создаваемые в сознании наблюдающего. Жёсткое следование концепции может быть «шорами на глазах», заставляя каждый случай подгонять в рамки определённой концепции. В результате этого психотерапевтические

воздействия должны ограничиваться только теми, которые логически согласуются с концептуальным пониманием.

В качестве альтернативы (или дополнения) концептуальному подходу предлагается интуиция профессионала.Негативно можно относиться к ситуации, когда интуитивный выбор психотерапевта определяется ограниченностью его мастерства, незначительным числом или отсутствием альтернативных реакций.

4. Принцип утилизации заключается в том, что наполняет психотерапию сам пациент. Для решения проблемы могут рассматриваться и использоваться его личностные качества, физические особенности, социальное окружение, его временные, материальные, географические, культурные обстоятельства, его знания, умения, убеждения и т.д. Можно сказать, что процесс психотерапии напоминает «приготовление супа из топора».

5. Принцип экономичности воплощается в правиле И. Ким Берг: «Не чините то, что не сломано». Данная позиция противоположна позиции психодинамической психотерапии, где предъявляемая проблема (симптом) рассматривается как «верхушка айсберга». Пока не будет «наведён порядок» с причиной симптома, он будет резистентным, а симптоматическое улучшение — неустойчивым. В краткосрочной позитивной психотерапии противоположная позиция: подчеркивается, что если нам удаётся добиться изменения неэффективного паттерна, привычного стереотипа эмоционального и поведенческого реагирования, то возникает эффект «ряби» («ripple effect») — запускается цепочка когнитивных, эмоциональных, поведенческих изменений, которые опосредуются реакциями социума. Такая цепочка изменений преобразует субъективную ситуацию пациента, что, тем самым, не может не влиять на личностный уровень человека.

6. Пациент как эксперт, убеждённость в мудрости пациента. По этому поводу часто любят цитировать М. Эриксона, сказавшего: «Каждый клиент знает решение своей проблемы; единственное, что ему неизвестно, это то, что он это знает». Конечно, такое представление о высоком скрытом потенциале пациентов не является научно установленным фактом. Тем не менее, такое внутреннее уважение к возможностям пациентов передаётся им посредством метакоммуникаций и начинает «материализовываться».

7. Ориентация на будущее, которое является областью реализации решений.Сами пациенты часто обращены в прошлое как источник проблем. В этом случае психотерапевт может идти вслед за пациентом и говорить о прошлом, однако для него прошлое — ещё один источник ресурсов (см. технику «Ревизия прошлого»).

8. Принцип сотрудничества. Обычно говорят, что пациент должен сотрудничать с врачом, что подразумевает наличие у него необходимой мотивации. В краткосрочной позитивной психотерапии — задача психотерапевта сотрудничать с пациентом. Эта задача полностью распространяется даже на те случаи, когда человек не желает как-либо

меняться или что-то менять в своей жизни. Такие пациенты-визитёры оказываются у психотерапевта по настоянию родственников, врачей другого профиля, социальных служб и т.д. для того, чтобы «отметиться».

9. Эксцентризм — работа с социальной экологической системой пациента. Он методологически не изолируется от микро- и макросоциальной среды. Традиционная психотерапия концентрирует внимание на личности пациента, при этом часто декларируется, что человек должен стать способным самостоятельно справиться со своими трудностями. Помощь других людей рассматривается как признак несамостоятельности; высказывается опасение, что пациент привыкнет к тому, чтобы все проблемы за него решали другие люди. В краткосрочной позитивной психотерапии охотно обсуждаются различные формы участия других людей в решении проблемы. Психотерапевты стремятся организовать и усилить сотрудничество в системе пациента вместо манипулятивного использования им других людей или вместо зачастую имеющейся конфронтации в отношениях.

10. «Гласность». Во-первых, отсутствующие на психотерапевтической сессии члены семьи или другие причастные к проблеме люди могут в той или иной форме ознакомиться с основными моментами разговора. Приветствуется или даже организуется присутствие на сессии многих людей как со стороны пациента (родственники, коллеги, лечебный персонал учреждения, друзья и т.д.), так и со стороны психотерапевта (ко-терапевт, супервизор, коллеги, студенты).

11. Юмор. В психодинамической психотерапии юмор рассматривается как защитное образование, стремление пациента редуцировать напряжение. Использование на сессии краткосрочной позитивной психотерапии различных юмористических средств связано со стремлением максимально устранить напряжение, которое препятствует раскрепощению творческого потенциала, работе фантазии. Весёлая, непринуждённая обстановка облегчает обсуждение необычных и фантастических идей, поиск конструктивных решений. Практика показывает, что стимулируемое психотерапевтом исследовательское отношение к своей проблеме возрастает по мере уменьшения сверх поглощенности ею. В этом помогает юмор. Юмор — это «всё то, что вызывает улыбку, смех или хихиканье». Способность смеяться — специфическая человеческая особенность, и следует считать, что «смех сделал человека человеком».

Юмор в психотерапии — это также и способ дистанцирования пациента с проблемой, способность взглянуть на ситуацию со стороны, что само по себе имеет в ряде случаев психотерапевтическое значение. Это и средство сосуществовать с натиском пациентов, стремящихся обратить собеседника в свою «негативную» веру:

Психотерапевт может иметь запас анекдотов, историй и притч; однако непринуждённая, весёлая, благоприятная для фантазирования обстановка возможна быстрее у «несерьёзного» психотерапевта. Здесь несерьёзность

следует понимать как выражение свободы. Степень свободы очень велика, так как отсутствуют концептуальные представления о «верном» и «истинном» как с точки зрения самого метода, так и в непосредственном разговоре с пациентом. Отказ от представления о себе как носителе истины способствует концентрации на полезных «истинах» пациента, уважительному и несерьёзному отношению к ним одновременно. Разумеется, важно смеяться вместе с пациентом, а не над ним. Чтобы было именно так, надо понимать, что юмор — это контекстуальное явление, а чувствительность к контексту определяется достаточным общим уровнем коммуникативных качеств психотерапевта.

12. Отношение к проблеме как адаптивному стереотипу, сочетающееся с внешне выраженной не фиксацией внимания на нём — вместо отношения к симптому как «мишени» психотерапии. Вместо разговора о симптоме можно обсуждать другие, конструктивные способы достижения адаптации или цели. В краткосрочной позитивной психотерапии доминирует идея, что вновь и вновь делать для каждого случая «открытие» функционального значения симптома — способ повысить чувствительность к индивидуальным нюансам этой патологической (с клинической или социальной точки зрения) адаптации.

2 Схема (основные блоки) психотерапевтического взаимодействия в краткосрочной позитивной психотерапии.

Последовательность блоков и продвижение от блока к блоку не являются жёстко фиксированными. Надо подчеркнуть, что не существует также и жёсткого соответствия техники и блока, сами техники могут комбинироваться (например, «проблема как учитель» и «воспоминание из будущего»). Приветствуются импровизации, опирающиеся на интуицию психотерапевта.

Выделяют следующие основные блоки работы и основные техники в их рамках.

2.1. Работа с проблемой.

Техника хороших наименований заключается в поиске такого наименования, которое создаёт атмосферу надежды, позволяет смотреть на проблему, как нечто поддающееся изменению. Функция нового имени: помочь людям избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционным названием и сосредоточиться больше на своём потенциале, чем на проблемах. Новое имя должно явиться трамплином для новых творческих решений проблемы и позволить стать активными в её решении.

Технике работы с «визитёром». Техника работы с незаинтересованным в психотерапии лицом, направленная на повышение его мотивации с помощью специальных приемов, в частности, в работе через третье лицо, когда психотерапевт занимает мета-позицию и исследует

ситуацию без отождествления как с позицией пациента, так и с позицией других лиц. Пока пациент не достигнет точки, где он видит себя участником поисков решения, следует относиться с сочувствием к его трудному положению и благодарить за предоставление информации. Лучше всего — принять его сторону, проявить сочувствие, подчёркивать любые его положительные действия, но упорно концентрироваться на чём-то, что он должен делать по-другому, чтобы найти решение.

Техника изоляции проблем предполагает, что в случае комплекса («клубка») проблем у клиента более целесообразно для их продуктивного разрешения принять рабочую гипотезу, что они случайно сосуществуют у одного человека, будучи независимыми друг от друга.

При работе с проблемой надо быть осторожным с вопросами, направленными на углубление в проблему, поиск её причин. Альтернативой являются вопросы, направляющие разговор к будущим целям.

2.2. Работа с целью.

Разговор о цели автоматически ориентирует нас на будущее. Следует стремиться перевести проблему в цель.

Техники знаков улучшения. Направлена на помощь в конкретизации цели, когда она формулируется слишком обобщенно.

Т**ехника шкальных оценок** предполагает вычерчивание графической 10-бальную шкалы, где 10 баллами обозначен идеальный результат, а начало шкалы — наихудшее положение дел. Пациента просят отметить на этой шкале его сегодняшнюю ситуацию, а затем описать, какой должна быть его жизнь, чтобы он смог оценивать ситуацию на один балл больше. Следует не ограничиваться метками на бумаге или доске, а проговорить вслух их содержание. Техники знаков улучшения и шкальных оценок индуцируют идею продвижения «со ступеньки на ступеньку».

В **технике «воспоминание из будущего»** интересуются представлением пациента о сроках, когда проблема уже не будет существовать (цель будет достигнута); затем, предоставив возможность эмоционально «окунуться» в это замечательное время, любопытствуют насчёт того, как удалось к этому прийти. Психотерапевт разговаривает, используя глаголы совершенного вида и прошедшего времени так, словно это замечательное изменение — свершившийся факт.

Большинство людей с удовольствием фантазирует о будущем; они охотно соглашаются, когда это предлагается психотерапевтом. Иногда, однако, люди кажутся или неспособными, или не желающими генерировать позитивное будущее. Когда это случается, уместна **техника создания положительных представлений о будущем**, где психотерапевт может создать собственные фантазии о будущем пациента и поделиться ими, предоставляя пациенту комментировать это позитивное видение. Когда присутствует несколько человек, такие как друзья, члены семьи, студенты или другие помощники, возможно пригласить их предлагать их собственные

или генерировать коллективные фантазии позитивного будущего, касающегося пациента.

Будущее — одна из наиболее вознаграждающих тем для психотерапевтической беседы. Это территория, которой никто не может владеть и которая, поэтому, открыта для всех возможных идей и представлений. Люди могут расходиться во взглядах насчёт того, что будущее может принести. Но они в глубине понимают, что никому неизвестно, что оно принесёт, и потому эта ничейная территория — замечательное место для равноправных конструктивных разговоров.

Предвидение для себя позитивного будущего дает способность видеть своё прошлое как ресурс, распознавать свои успехи и ценить их, видеть других людей скорее как союзников, чем противников.

Часто при формулировании цели пациенты руководствуются скорее конвенциональными нормами, чем собственными мотивами. Поэтому, следует также выявить и усилить мотивацию на её достижение (пациент должен предвидеть для себя выгоды, которые последуют в связи с реализацией цели). Здесь уместно использовать **технику нахождение выгод от достижения цели.**

Если уже установилась общая атмосфера взаимопонимания, усилению мотивации способствует также **техника « разубеждения».** В этой технике в вопросах психотерапевта должны звучать нотки любопытства, юмора и уважения намерений, а не суггестия и недоверие (в последнем случае можно не усилить, а ослабить мотивацию)

. **2.3. Работа с ресурсами.**

Все люди обладают какими-либо ресурсами — это навыки, способности, интересы, достойные восхищения черты характера и т.д. Они могут быть в той или иной степени использованы при разрешении проблемы. Однако эти ресурсы могут остаться и незамеченными, если психотерапевт намеренно не сфокусирует внимание на их выявлении. Можно задавать прямые вопросы: «Есть ли что-то такое, что Вам хорошо удаётся? Как можно было бы использовать это Ваше умение в разрешении данной проблемы?".

В **технике «коупинг (coping)-вопросов**» стремятся выявить, каким образом человеку удаётся совладать со своими проблемами, противостоять их давлению.

Краткосрочные позитивные психотерапевты склонны искать ресурсы везде и повсюду, например, в прошлой жизни пациента. Прошлое, очень по-человечески, отвечает негативно на критику и порицание и благосклонно к уважению и поглаживанию. Прошлое предпочитает быть увиденным как ресурс, как предание памяти, хорошее и плохое, и как источник мудрости, исходящей из нашего жизненного опыта.

Обычно, будто это само собой разумеется, господствует убеждение, что первопричина текущих проблем — в прошлых отрицательных переживаниях. Стало привычным думать, что неблагоприятный детский

опыт (а также более поздние стрессирующие события) оставляют свой след, отпечаток на людях и проявляются в последующей жизни как симптомы. В клинической практике, основываясь на этой идее, пациентов зачастую поощряют «работать» через разговор о прошлых психотравмах. Это убеждение сейчас встречается не только в психиатрических и психологических учебниках и среди профессионалов, но также и в повседневных условиях. Взгляд, что прошлый травматический опыт — источник проблем в последующей жизни — конечно правдоподобен, по крайней мере в нашей культуре. Это мнение, однако, не является единственным. Противоположный взгляд, что прошлые тяжёлые испытания — ценный обучающий опыт — одинаково разумный. Убеждение, что трагедии прошлого являются причиной последующих проблем и делают людей уязвимыми к будущим стрессам может становиться само исполняющимся пророчеством. И наоборот, мысль о своём прошлом, как о ресурсе может помогать людям в достижении своих целей. Можно думать о негативных событиях, пережитых в прошлом и как о тяжёлых испытаниях, приведших к чему-то положительному, являющихся основой некоторых нынешних ресурсов и позитивных качеств.

Поэтому, хотя краткосрочная позитивная психотерапия стремится быть сконцентрирована скорее на будущем, чем на прошлом, это не означает, что разговор о прошлом следует считать запретной или нежелательной темой. Прошлое должно обсуждаться не как источник затруднений, а как ресурс. Человек может научиться видеть свои прошлые несчастья как тяжёлые испытания, которые, кроме причинения страдания, вызвали что-нибудь ценное и стоящее.

В **технике «ревизия прошлого»** мысль о том, что прошлое пациента способствовало увеличению его внутренних ресурсов не менее, чем проблем, должна быть высказана в сердечной манере, предпочтительнее в форме рассказанной истории. Это входит в задачу пациента, а не психотерапевта — произвести обзор своей прошлой жизни в соответствии с этим взглядом.

Техника «жизненного опыта» позволяет выяснить собственные, глубоко индивидуальные идеи пациентов о том, как подходить к решению проблемы, с тем, чтобы в последующем опираться на эти идеи.

Техника «шкала надежды» — один из способов инициировать разговор о прогрессе. Намеренное фокусирование даже на незначительных признаках прогресса помогает созданию плодотворной атмосферы во время сессии. На стандартной 10-бальной шкале отмечаются наихудшее состояние проблемы и сегодняшнее положение дел. Типовой вопрос: «Что даёт Вам основание давать такую оценку, считать, что Ваша ситуация сегодня лучше?"

Разговор о достигнутом прогрессе ведёт очень естественно к вопросу о том, как его объяснить (объяснение прогресса, а не проблемы!). Это, в свою очередь — богатый источник информации о том, что было полезным до сих пор. Собственные идеи пациентов о том, что им помогло, могут быть использованы как начальный пункт, из которого разрабатываются будущие

планы. В **технике «фокусирования на прогрессе»** тема прогресса функционирует как трамплин для открытия новых решений.

Технику «проблема как друг (как учитель) используется в случае , когда профессионалы сталкиваются с ситуациями устойчивого ухудшения или недавней неудачи вместо прогресса. Одна из возможностей в таких случаях — установление позитивных аспектов несомненно враждебных обстоятельств.

Понимание, проникновение в более светлую сторону текущего серьёзного затруднения делает его легче выносимым. Когда проблемы видятся в позитивном свете, люди становятся более творческими в их разрешении. Часто оказывается, что люди больше способны сделать прогресс только после того, как поймут, что кроме боли их проблема несёт что-то ценное. (Можно, вслед за В. Франклом, согласиться, что люди стремятся найти смысл своей жизни и, в том числе, смысл своих страданий. И фрустрация этой потребности в смысле создаёт экзистенциальный вакуум, не позволяет продвинуться вперёд). Чтобы помочь разобраться, можно задавать конкретизирующие вопросы о том, заметил ли пациент вследствие проблемы какой-то прогресс в своём личностном росте, физическом здоровье, семейных отношениях, работе, духовных вопросах, отношениях с друзьями, проведении свободного времени и т.д.

Разговор об улучшении, прогрессе — минимальном ли или существенном, временном ли или продолжительном — является приемлемой приятной темой, которая ободряюще действует на людей. Ещё один способ создания такой атмосферы — фокусировать внимание на исключениях или периодах, когда проблема временно отсутствовала с помощью **техники «хороших исключений» (или «эксплуатации ремиссий»)** Фокусирование на исключениях позволяет людям понять, что проблема не вечна и есть основания думать, что сами они обладают большим контролем над проблемой, чем кажется на первый взгляд.

Фокусирование на прогрессе и исключении — больше, чем просто психотерапевтические техники установления факторов, содействующих решению. Это способ поощрения оптимизма пациентов и помощи им в усвоении более дальновидного подхода к их проблемам и даже к жизни в целом.

Успех, так же, как и ухудшение, в большей степени, чем мы привыкли думать, является социально конструируемым феноменом (или даже иллюзией, хотя этот взгляд может быть неожиданным). Чтобы успех случился (или, чтобы случившееся было успехом), надо чтобы кто-то его увидел и сказал о нём. (В ходе социализации реакции других людей интериоризируются, но сам механизм социального конструирования успеха продолжает действовать постоянно).

Тема успеха, как и разговор о любом типе ресурсов естественным путём подводит к вопросу о том, как разные люди своим участием помогают пациентам. Такая помощь — не обязательно прямое участие. Другие люди

могут помогать своим положительным или отрицательным примером; оппоненты стимулируют уточнение и отстаивание своей позиции, благодаря некоторым людям можно лучше осознать свои стремления и т.д. Таким образом, люди, окружающие пациента — это тоже его ресурс, значение и важность которого невозможно переоценить.

2.4. Работа с социальной сетью (усиление сотрудничества в социальной системе пациента).

Решение проблемы, по сути, представляет собой социальный процесс. Разные вовлечённые в него люди или подвергают его опасности, или поддерживают. Это также возможность доброжелательно пригласить их присоединиться к партии, отстаивающей позитивные изменения в жизни пациента. Сам акт размышления о том вкладе, который внесли другие люди в решение проблемы, автоматически отменяет осуждение в отношениях и поощряет уважение и благодарность, усиливая тем самым сотрудничество. И даже в тех случаях, когда сотрудничеству что-то угрожает, появляется возможность возродить его, разделив с другими заслугу в достижении прогресса.

Техника « признание вклада других лиц в успех» помогает пациентам развивать более тёплые и поддерживающие отношения с их семьями, знакомыми и другими людьми.Психотерапевт задаёт вопросы, расспрашивает относительно персонального вклада в решение многих конкретных людей из социальной сети пациента, о которых стало известно в ходе беседы.

Признание вклада других лиц (распределение заслуг) не ограничивается ситуациями, где прогресс уже имел место; его также можно осуществить в фантазии, в сочетании с созданием положительных представлений о будущем. (Сначала помогают придумать позитивное видение будущего и затем поощряют отдать должное всем тем людям, которых пациент смог представить содействующими тому, чтобы будущее стало настоящим. Психотерапевт предлагает благодарить их так, как если бы проблема была уже преодолена).

2.5. Работа с объяснениями.

Способ, которым мы объясняем проблемы, и принимаемые меры тесно взаимосвязаны. Изменение способа, каким мы объясняем проблему, ведёт в результате к переменам в способе, которым мы пытаемся решать её и наоборот. Объяснения проблем в значительной степени определяют то, что, по мнению человека, требуется сделать для их решения.

Позитивная психотерапия использует разговор об объяснениях в ориентированном на решение ключе, где объяснения делятся не на верные и неверные, а на способствующие и препятствующие решениям (достижению цели). В такой прагматической позиции объяснения ценятся исключительно

на основе их потенциальной пользы для разрешения того, что пациенты считают проблемой.

Психотерапевт в разговоре избегает согласия или несогласия с объяснениями пациентов. Такой «взгляд с высоты птичьего полёта» достигается с помощью **техники «мета-вопросов».**

Техника «плодотворные объяснения» помогает пациентам мобилизовать воображение. Объяснения могут быть исследованы, но не в терминах истинности, а в терминах их действия. Это позволяет новым решениям появляться без необходимости для пациентов одобрения этих объяснений.

Для того чтобы объяснения были полезными, они не обязательно должны быть традиционными или благоразумными. Необыкновенные, богатые воображением объяснения (например, содержащие сексуальные нотки) — превосходные катализаторы для нахождения решений. Фантастические, сказочные объяснения, включающие в себя фей, монстров, троллей и т.д. и привлекательны, и эффективны. Они естественны в работе с детьми, но также приемлемы и хороши со взрослыми. Использование фантастических существ как «козлов отпущения» помимо увеличения сотрудничества имеет много преимуществ. Это облегчение обсуждения проблем и введение известной меры веселья, игривости, которая вдохновляет людей представлять творческие решения.

3. Заключение.

Сформулированы три «философских» правила терапии, фокусированной на решении:

1. Не чините то, что не сломано. Определение того, что «не сломано» очень субъективно, и психотерапевт должен обладать очень широкими взглядами относительно того, что «подходит» и «не подходит», так как многие отличия связаны с отличиями в культуре и образе жизни.

2. Узнав, что работает, делайте это ещё. Увеличить период существующего успеха намного легче, чем овладевать новыми и непривычными формами поведения.

3. Если что-то не подходит, то не повторяйте это опять. Делайте что-нибудь другое. Народная мудрость гласит: «Если не добился успеха, делай новые попытки», оставляя выбор между упорством и поиском новых путей.

Опыт обучения краткосрочной позитивной психотерапии позволяет сформулировать три «напутствия» начинающим работать в данной манере:

1. Улыбайтесь вместе с клиентом.

2. Усилия по «дизайну» при введении техник всегда полезны. Они не могут быть избыточными.

3. Не экономьте на похвалах. Выражайте одобрение каждому движению пациента в сторону решения.