

АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ
МИХАЛЬСКИЙ

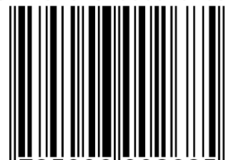
Нейроконструктивная терапия

NEUROCONSTRUCTIVE THERAPY

Михальский Алексей – к.п.н. (2001), клинический психолог, семейный и травматерапевт (ССТР I, II). Член Ассоциации EMDR Russia, АКПП, Европейской ассоциации краткосрочной терапии с 1996. Председатель Ассоциации ориентированных на решение психотерапевтов и практиков. В работе использует ОРКТ, системную терапию, КПТ и схема-терапию, EMDR, Brainspotting, Flash, Somatic Experiencing, сенсомоторную терапию, когерентную терапию, АСТ, IFS- и DBT-информированный терапевт, БОС-методы и др.

Эта книга о том, как современные знания нейробиологии, социальной психологии, диалектической философии, теории систем и нейроконструктивизма помогут сделать процессы психотерапии сбалансированными и эффективными. Психологи, работающие в любых терапевтических модальностях, смогут использовать в своей практике все основные принципы и методы, о которых рассказывает автор.

ISBN 978-5-0060-0268-5



9 785006 002685 >

Алексей Владимирович
Михальский

Нейроконструктивная терапия

Neuroconstructive Therapy

Издательские решения
По лицензии Ridero
2023

УДК 159.9
ББК 88
М69

Шрифты предоставлены компанией «ПараТайп»

Михальский Алексей Владимирович

М69 Нейроконструктивная терапия : Neuroconstructive
Therapy / Алексей Владимирович Михальский. – [б. м.] :
Издательские решения, 2023. – 364 с.
ISBN 978-5-0060-0268-5

Эта книга о том, как современные знания нейробиологии, социальной психологии, диалектической философии, теории систем и нейроконструктивизма помогут сделать процессы психотерапии сбалансированными и эффективными. Психологи, работающие в любых терапевтических модальностях, смогут использовать в своей практике все основные принципы и методы, о которых рассказывает автор.

УДК 159.9
ББК 88

12+ В соответствии с ФЗ от 29.12.2010 №436-ФЗ

ISBN 978-5-0060-0268-5

© Алексей Владимирович Михальский, 2023

Оглавление

О названии книги	7
Об авторе	10
Благодарности	11
Дополнительная информация	13
Предисловие из прошлого	14
Предисловие из будущего	15
Введение	17
Глава 1. Ключевые понятия нейроконструктивной терапии	21
Исторические закономерности развития психотерапии	24
От конструктивизма к нейроконструктивизму	33
Каркасный (фреймовый) подход к психотерапии ..	36
Ключевые понятия нейроконструктивной терапии	44
Отличия нейроконструктивной терапии от конструктивных подходов и Ориентированной на решение терапии	56
Резюме главы: основные принципы нейроконструктивной терапии	60
Глава 2. Как по нотам: Базовые процессы психотерапии	63
Как родилась концепция Базовых процессов? ...	65
Какие процессы были выделены?	70
Стадии, этапы, процессы или векторы терапии?	72

Домены терапии и их балансировка	76
О нейробиологии Доменов и процессов терапии ..	78
Как измерять процессы терапии?	82
Связь Базовых процессов и эффективности терапии: исследования и перспективы	84
Типичные нарушения баланса Доменов	89
Резюме главы	94
Глава 3. Домен Поддержки	95
Процесс 1. Кооперация: Создание, развитие и поддержание сотрудничества в терапии	100
1. Описание процесса	101
2. Цель и задачи	101
3. Нейробиологическая основа	105
4. Социально-психологический аспект	107
5. Возможные ошибки и ловушки	111
6. Некоторые методы и техники создания и поддержания кооперации	112
Процесс 2. Структурирование: Упорядочение и ресурсирование жизненного опыта	124
1. Описание процесса	124
2. Цель и задачи	125
3. Нейробиологическая основа	136
4. Диалектика структурирования	141
5. Возможные ошибки и ловушки	148
6. Некоторые техники структурирования	149
7. Некоторые техники ресурсирования	157
Резюме главы	164

Глава 4. Домен Изменения	165
Процесс 3. Конструирование изменений	169
1. Описание процесса	169
2. Цель и задачи	173
3. Нейробиологическая основа процесса конструирования	175
4. Возможные ошибки и ловушки	190
5. Некоторые техники конструирования на сессиях	192
Процесс 4. Создание навыков изменения	210
1. Описание процесса	210
2. Цель и задачи	212
3. Нейробиологическая основа	214
4. Возможные ошибки и ловушки	216
5. Домашние задания и применение навыков	221
Процесс 5. Мониторинг и закрепление изменений	246
1. Описание процесса	246
2. Цель и задачи	249
3. Нейробиологическая основа	249
4. Возможные ошибки и ловушки	251
5. Некоторые техники мониторинга на сессии	253
6. Домашние задания по мониторингу	257
Резюме главы	260
Глава 5. Ключи гармоничной терапии	261
Почему важно слышать клиента?	264
Подсказки клиентов и процессы терапии	268

Развитие навыков эффективной терапии с точки зрения нейробиологии	275
Техники развития навыков конструирования будущего	281
Резюме главы	293
Глава 6. Эффективность терапевта через призму Доменов	295
Эффективность в Домене поддержки	299
Техники самостоятельной работы психолога в Домене поддержки	301
Эффективность в Домене изменения	305
Техники самостоятельной работы психолога в Домене изменения	307
Полезные советы для эффективного терапевта	314
Резюме главы	316
Заключение	317
Постскрипtum: Мысли о будущем психотерапии	319
Библиография	329
Приложения	343
Опросники	345
Опросник клиента до начала терапии	345
Опросник клиента в процессе терапии	346
Опросник терапевта в процессе терапии	348
Опросник для партнеров в процессе терапии	351
Пример нотации сессии К. Роджерса с Глорией по базовым процессам	353
Базовые адаптивные (позитивные) схемы	358

О названии книги

Более 20 лет назад в середине 1990-х годов в США вышли в свет два тома сборника под названием «Конструктивные терапии», в которых рассказывалось о различных конструктивистских направлениях. Отдельные главы этого сборника написали известные терапевты – Джин Комбс, Джилл Фридман, Бен Фурман, Тапани Ахола, Ричард Фиш, Майкл Хойт, Билл О’Хэнлон, Ивонн Долан, Стив де Шейзер, Майкл Уайт, Фрэнсин Шапиро, Джон Уикленд и другие. Они рассказывали о своем видении терапии, о своих подходах (когнитивно-поведенческая, краткосрочная, ориентированная на решение, нарративная и много других). Тем не менее, позиции авторов сборника были похожими – они актуализировали экспертность клиента, фокусировались на конструировании желаемого будущего, уделяли много внимания поиску ресурсных моментов и исключений, проблемам экономичности и краткосрочности терапии.

С того времени много воды утекло – какие-то терапевтические подходы изменились, какие-то остались старыми, другие появились. Все больше изменений в работе психологов уже отражают новые научные находки. Мне очень нравится собирать то, что появляется, изучать это, хотя, к сожалению, на все времени не хватает. Но когда учишься, практикуешь и собираешь нечто, что тебе кажется новым, то сложно назвать это

одним словом. Так и ребенок, собирающий из кусочков конструктора нечто своеобразное, часто затрудняется назвать свое творчество определенным образом. Конечно, все эти элементы пазла уже сделаны кем-то ранее, и на мой взгляд, имеет значение способ сборки и фокусировки, возникающие в процессе конструирования. Поэтому, из всех предполагаемых вариантов названия того, о чем я хотел бы написать, (кандидатами на название были: «Терапия конструирования будущего», «Терапия нейросетевого баланса», «Конструктивная терапия» и другие) я выбрал для определения терапии новое слово – «нейроконструктивная». В нем много смыслов, которые я хотел бы подчеркнуть:

- 1) от латинского «con-struere» – «со-здаем», «с-кладываем», – слово со значением **«совместно»**;
- 2) проявляющаяся в **гармоничном** взаимодействии;
- 2) нацеленная на что-то конкретное и **полезное**;
- 3) созданная как **вывод** из чего-то прежнего;
- 4) предполагающая творчество и **архитектуру нового** (конструирование будущего);
- 5) включающая аспект использования **нейробиологии** (нейросетей) мозга.

Все эти смыслы отражаются в подходе, который я использую в практике. В основном он опирается «на плечи гигантов» – среди авторов того сборника 90-х есть терапевты, у которых я учился лично. Надеюсь, что моя оптика (фокусировка на отдельных нюансах) будет так же полезна и принесет новое.

Название «нейроконструктивная терапия» несет в себе связь с «конструктивизмом», напоминает о том уникальном сборнике 90-х годов, а также провозглашает научность, четкость, ясность, надежду и оптимизм. Концепция нейроконструктивной терапии опирается также на теорию функциональных систем П. К. Анохина, положения диалектической философии, идеи биологической кибернетики и современной нейробиологии, нейроконструктивизма, теорию привязанности, исследования социальной психологии и психологии принятия решений и конструирования будущего.

Об авторе

Михальский Алексей Владимирович – к.п.н., сертифицированный клинический психолог, системный семейный терапевт, травматерапевт (ССТР I, II). Член Ассоциации EMDR Russia, Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, Европейской ассоциации краткосрочной терапии. Соучредитель и председатель Ассоциации ориентированных на решение психотерапевтов и практиков.

Обучался и использует в работе следующие терапевтические методы: ОРКТ; системная семейная терапия; КБТ и КБТ пар; схема-терапия и схема-терапия пар; EMDR, Brainspotting, Flash, Somatic Experiencing, сенсомоторная терапия, пролонгированная экспозиция (PE), когерентная терапия, IFS-информированная терапия; АСТ, майндфулнес, DBT-информированный терапевт; нейротренинг, БОС и другие подходы.

Благодарности

В разной форме вклад в эту книгу внесли (но они об этом могут и не подозревать) замечательные психологи и психотерапевты, мои коллеги и учителя: Юрий Гамзин, Виталина Бурова, Инна Хамитова и весь коллектив Центра Семейной Системной Терапии (Москва), Мария Щевлягина, Дмитрий Шипотько, Марина Травкова, Алла Чугуева, Евгения Куминская, Оксана Мушникова, Мария Шут, Соня Киселева, Маргарита Кевац, Виктория Никитина, Елена Лаврова, Елена Щербина, Татьяна Арчакова, Ольга Евстешина, Ольга Хохлова, Дмитрий Стебаков, Елизавета Королева, Владимир Снигур, Олеся Симонова, Вячеслав Москвичев, Наталья Казанская, Наталья Дикова, Анна Осипян, Дмитрий Ковпак, Яков Кочетков, Никита Чернов, Нонна Шатхина, Руслан Кадыров, Константин Рыжков, Мария Стишова, Юлия Малик, Юлия Ерухимович, Торана Нельсон, Фрэнк Томас, Пламен Панайотов и Боян Страхилов, Кирстен Диролф, Ольга и Олег Хухлаевы, Ирина Первушина, Анатолий Мудрик, Игорь Гриншпун, Виктор Петренко, Инсу Ким Берг, Стив де Шейзер и Ева Липчик, Янина Фишер, Пэт Огден, Ариэль Шварц, Уди Орен, Бессел ван дер Колк, Брюс Эккер и Робин Тисиц, Мехмет Сунгур, Артур Фримен, весь коллектив Московского института психоанализа (МИП) и «Среды обучения» и многие другие. А также терпе-

ливые члены семьи: Анна, Андрей, Николай, Наталья, Андрей и Кирилл.

Особый и самый важный вклад внесли все мои клиенты и участники семинаров. Благодарю от души, без вас бы этот текст не получился. И у меня мурашки, когда я думаю, сколько людей формировали мою идентичность и эту книгу.

Дополнительная информация

Опросники и информация об обучающих семинарах доступны по адресу: traumacenter.ru и/или поиском по словам «психолог Алексей Михальский».

Данная книга является логическим продолжением предыдущих: «Психология конструирования будущего» (2014), «Психология времени: Хронопсихология» (2016) и «SFBT: Ориентированная на решение краткосрочная терапия» (2015).

Предисловие из прошлого

Когда я думал об этой книге, в сознании постоянно всплывали эпичные фразы, терапевтические лозунги, значимые клиентские истории. То и дело возвращался мыслями к тому, что сказал на той или иной сессии, к своим заметкам и материалам. Несколько лет после написания «Психологии конструирования будущего» в 2015 я думал о том, как и с чего начну эту новую книгу, как сделать ее максимально полезной и стоит ли вообще тратить время на то, чтобы создать очередную из сотен тысяч публикаций по психологическому консультированию.

Все это тем или иным образом накапливалось, пока я не осознал, что книга уже пишется, несмотря на мои размышления. Пишется исподволь, как часы практики складываются в недели, а месяцы — в годы. Получается, что большой период жизни (а может быть, и вся жизнь) посвящен не только учебе и практике, но и постоянному параллельному конструированию некоего текста — истории, которая так или иначе будет написана, независимо от того, хочу я этого или нет, и будет ли текст оформлен в буквы. Но пожалуй, все-таки лучше записать его на бумаге...

Предисловие из будущего

Предположим, что книга написана. Что для меня теперь по-другому? Что изменилось для тех, кто ее прочитал? Скорее всего, для меня и для читателей изменилось то, как мы вместе смотрим на психотерапию. В особенности — на так называемые «краткосрочные» подходы, системный подход, да и на весь процесс терапии. Ведь тот или иной подход — это ключ, который открывает одну из дверей в мир помощи клиентам. Через нее мы начинаем общаться, работать в терапии, и возможно, мы расширяем этот мир, обращаясь по мере развития и к другим подходам — смотря через их призму. Не исключено, что по мере того как вы знакомитесь с разными подходами осваиваете их, у вас складывается впечатление, что все делают примерно одно и то же. Но называют это по-разному. Может быть, и так. Мне кажется, что мы просто смотрим в центр происходящего — на клиента и его ситуацию через разные грани кристалла. Кто-то смотрит с одной стороны и видит проблемы, кто-то видит диагнозы, кто-то — ресурсы, кто-то прошлое, а кто-то — будущее. Но когда начинаем работать, мы идем от граней к центру — туда, где уже не видны грани и важны лишь общение и понимание, поддержка и изменение.

В этой книге изложено мое видение этих граней — то, каким образом можно обеспечивать эффективное и взаимно приятное, сбалансированное сотрудничество с человеком напротив.

Введение

*Оплодотворять прошедшее
и рождать будущее – вот чем
должно быть настоящее.*

Ф. Ницше

Эта книга является попыткой структурировать и описать некоторые идеи, которые кажутся важными для психологического консультирования и психотерапии, а также попыткой смоделировать нечто новое на их основе.

Самой сутью книги представляются два аспекта:

- 1) повышение эффективности терапии и консультирования на основе балансировки и гармонизации **базовых доменов и процессов** терапии;
- 2) фокусировка на навыках **конструирования будущего** для достижения изменений.

Основные предпосылки, принципы и характеристики нейроконструктивной терапии можно описать коротко таким образом:

- 1) Терапия и консультирование рассматриваются как **диалогический процесс**, который возможен при наличии двух и более участников, а его эффективность неразрывно связана с особенностями **совместного** диалога. *Оговорка:* самопомощь клиента по определенным методикам или общение с терапевтическими ботами

являются несколько иными видами деятельности, которые (по состоянию на сегодня) затруднительно полностью включить в «терапию и консультирование». Однако я уверен, что по мере развития этих технологий принципы, изложенные в книге, окажутся отчасти применимыми к будущим формам терапии. Более того, при компоновке системы я старался учесть будущие возможности искусственного интеллекта (такие возможности обсудим в следующих публикациях).

2) Имеются научные подтверждения, что **терапия в целом эффективна** (исследования подтверждают, что при наличии терапии изменения и улучшения у клиентов происходят быстрее и лучше, чем без терапии). Однако по состоянию на сегодняшний день почти **невозможно выявить** конкретные закономерности воздействия терапии на жизнь клиента в каждом случае — эти волновые эффекты происходят в сложных клиентских системах.

Из этого необходимо сделать важный вывод: **абсолютно точное измерение эффекта терапии является задачей настолько же сложной, насколько и невыполнимой.**

А если точное изучение и измерение **эффекта**, который терапия оказывает на ситуацию и жизнь **конкретного** клиента, буквально невозможно (и остается гипотетическим), то следует принять: (а) тезис об эффективности терапии **«в целом»** (что подтверждается клиническими исследованиями на уровне значимой

статистики), а также (б) тезис о возможности изучения и измерения **восприятия** процесса терапии «в среднем».

3) Следовательно, я считаю важным сфокусироваться на следующих аспектах практической работы:

– **оптимизация восприятия клиентом терапии как процесса**, а точнее – ряда параллельных процессов, происходящих одновременно, в большей или меньшей степени;

– **повышение эффективности каждой из сессий** (идея не нова и отсылает нас к возникновению целого направления краткосрочной / экономичной, сжатой – *brief* терапии);

– создание, развитие и укрепление базовых факторов жизнестойкости (резильентности) и изменений (например, оптимизм, надежда, особенности антиципации будущего, ресурсы, контекст, навык конструирования будущего и другие) – можно назвать это в каком-то смысле **«обучением клиента быть клиентом»**;

– **развитие знаний, умений и навыков терапевта** в части коммуникативных умений, особого рода мышления, особенностей восприятия терапевтической ситуации («видения») и других.

4) Таким образом, одной из важных тем для повышения эффективности терапии является **подготовка терапевта** (его мотивационной и эмоциональной сфер, когнитивных процессов, коммуникативных навыков и т.п.) к совместной с клиентом **практике**: сотрудничаю-

щей, коллаборативной, ресурсирующей и фокусированной на желаемом будущем.

5) В терапии я считаю важным отойти от противопоставления (дуализма) проблем и решений, но помогать структурировать личную историю и опыт клиента в ходе терапии, укреплять его авторскую позицию и помогать развивать желаемое будущее клиента в актуальной связи с его текущей ситуацией и его прошлым.

6) Необходимо уделять наиболее высокое внимание к *подсказкам* клиента и их расширению, а также роли клиентских метафор в консультировании.

7) Содержание терапии во многом ориентировано на научно подтвержденные факторы жизнестойкости (резильентности) — а именно, на надежду и оптимизм.

8) В терапии мы помогаем развивать адаптивные навыки клиента: наблюдение, самовопрошание и самоинструктирование. Также мы ориентированы на понимание движущих сил ситуации и создание ресурсирующего контекста. Роль *процессов и контекста* терапии нам представляется не менее важной, чем контент терапии (философия, методология, темы, техники), и это дает возможность найти в нашем подходе нечто полезное терапевтам, работающим в любой школе.

Представляемый подход является мета-подходом и предлагает возможность *интеграции* профессиональных знаний, навыков, умений терапевтов, работающих в разных подходах.

Глава 1. Ключевые понятия нейроконструктивной терапии

*Явное лучше, чем неявное.
Простое лучше, чем сложное.
Практичность важнее
безупречности.
Если реализацию легко
объяснить – идея, возможно,
хороша.*

***Дзен Питона (Тим Питерс,
разработчик Python)***

Исторические закономерности развития психотерапии

Развитие психотерапии — это возникновение, развитие, интеграция или застой, «замораживание» и отмирание тех или иных идей, концепций, мемов, а значит, и практических терапевтических подходов. В настоящее время с развитием многообразия школ и направлений психотерапии достаточно часты споры между специалистами об эффективности тех или иных подходов. Также и само развитие психотерапии, появление и переход от одних форм и методов к другим часто оставляют исследователей в недоумении. Параллельно ли идут процессы развития долгосрочных подходов и краткосрочных, экспертных моделей и конструктивистских, или они неразрывно связаны между собой? Что объединяет их, что различает?

Развитие терапии и оценка ее эффективности идут рука об руку. Формирование и развитие психотерапии не является процессом совсем уж оторванным от оценки результатов практики, от оценки эффективности терапии. Видоизменение терапии, появление новых подходов, школ, методов все же связано с стремлением повысить эффективность и найти наиболее удачное сочетание (вспомним, как появлялись

некоторые известные подходы терапии, например, НЛП, краткосрочная терапия MRI, SFBT и другие – это был целенаправленный поиск наиболее удачных приемов, имеющих большую или меньшую теоретическую подоплеку).

Мишени терапии формируются в определенной социально-культурной ситуации. Это базовое положение предполагает, что существует очевидная связь между социально-культурной ситуацией и теми проблемами, которые встают перед психологией в целом. На практике именно они являются мишенями психотерапии в тот или иной период, в том или ином обществе. Так, например, «условием возникновения теории неврозов и теории личности Фрейда стали набирающие силу процессы женской эмансипации, эмансипации социальных меньшинств, кризис традиционных ценностей в среднем классе», и далее: «нечто подобное следует сказать и о психотерапии А. Адлера, К. Г. Юнга, бихевиоральном подходе и т. п. Именно социальная и культурная история этих разновидностей психотерапии дает возможность их понимания внутри целого культуры, уяснения условий их возможности и терапевтических границ» (Бурлакова, Олешкевич, 2010).

Психотерапия является видом совместного творческого конструирования. Один из возможных взглядов на терапию – это взгляд на нее как на текстовую, нарративную практику: клиент и терапевт сотрудничают в создании личного повествования, которое в процессе

гармонизирует личность, её историю, роль симптома. Существует связь между личностью и социумом: «жизнь каждой личности представляет собой осмысленное целое в форме истории, а история социума предполагает переплетение этих историй» (Трубина, 2022).

Напомню здесь о методологическом **сдвиге к будущему** в более современных направлениях терапии, например, таких, как ориентированная на решение терапия (ОРКТ), где обращение к чуду является одной из базовых техник. Прочитую А. Ф. Лосева, чтобы не потерять связь с предыдущим упоминанием личностного повествования: «Что мы имели до введения понятия чуда? Мы имели такое определение: миф есть в словах данная личностная история. Теперь мы можем сказать так: миф есть в словах данная чудесная личностная история. Это и есть все, что я могу сказать о мифе. ...пользоваться полученной у меня формулой может только тот, кто хорошо усвоил себе диалектику таких категорий, как «личность», «история», «слово» и «чудо» (Лосев, 1990).

Аналогии в развитии психотерапии и литературы. Здесь необходимо вспомнить о концепции хронотопа, которую развивает М. Бахтин. Неразрывна связь феноменов литературы и психотерапевтического повествования, творимого вместе с клиентом; по выражению Ухтомского, «хронотопическая ткань жизни» — ткань не из отвлеченных событий, но значимых событий, спянных пространством и временем. Биографическое,

смысловое, событийное, временное конструирование будущего в процессе психотерапии также необходимы: «Хронотоп как формально-содержательная категория определяет (в значительной мере) и образ человека в литературе; этот образ всегда существенно хронотопичен» (Бахтин, 1975). **Психотерапия как сотворчество клиента и терапевта является отражением и конструированием реальности, таким же, как создание художественного текста.**

Назовем основные параллели литературного процесса и развития психотерапии. Понятие «литературный процесс», появившееся в 1920-х годах, обозначает совокупность изменений и развития литературы на основе определенных закономерностей, при одновременном сохранении целостности литературы в контексте культуры. Некоторые основные понятия литературного процесса могут быть приложимы и к анализу истории психотерапии.

Так, представляет интерес понятие литературного **направления** – **направление** объединено программной базой, определяется совокупностью методов, объединенных определенным принципом и теоретическими положениями – особым способом понимания и объяснения реальности, личности, нарушений, расстройств и работы с ними. **Направление** является проявлением использования **метода**.

Художественный **метод** – это основные принципы оценки, отбора и воспроизведения действительности

в произведении. То есть, по сути — это то, как терапевт оценивает, отбирает и реализует факты и отношения в работе с клиентом. «Появление новых методов приводило к новым онтологическим картинам психики, а эти представления, в свою очередь, оказывали влияние на становление новых методов» (Бурлакова, Олешкевич, 2010).

Важно также понятие **взаимодействия (интертекстуальности)** — это разнообразные влияния одного или группы подходов психотерапии на другой подход (заимствование, подражание, цитация и другие).

Далее, понятие литературного (терапевтического) **стиля** подразумевает определенный функциональный стиль коммуникации, способ отбора средств, которые передают мысли и чувства. Стилль безусловно подвержен взаимовлиянию, поэтому либо терапевт присоединяется к стилю клиента (использование языка клиента), либо наоборот, клиент принимает или демонстрирует принятие стиля терапевта. И наконец, **текст** (художественное произведение) — результат сотворчества в экосистеме клиента и терапевта, достигнутые в результате терапии изменения. Произведение создается, его авторы — уже не только клиент и терапевт, но и сами читатели произведения, то есть, окружающие их люди (Барт, 2001).

Если проводить аналогию с понятием художественного **жанра**, то жанру соответствует **стратегия**, выбираемая терапевтом, — сложенная в соответствии

с общественными нормативами, принятыми в данном направлении. В XX веке происходит отделение «массовой психологии» от узкоспециализированной, поэтому возникает необходимость в введении «психотерапевтических жанров» (так называемые «формулы коучинга», «алгоритмы самопомощи», «5 шагов к счастью» и другие тенденции).

Развитие системы **работы самого писателя психотерапевта** происходит в результате его работы с разными стратегиями терапии, а также разными историями клиентов, что вполне закономерно (Михальская, 1982). Развитие **литературы** психотерапии – это не только история прямолинейного развития терапевтических интервенций, но и их смены, при этом простейшей системой выступает их совокупность в работе отдельного терапевта, что предполагает наличие более сложных систем в направлениях, школах терапии.

Отдельным предметом и самостоятельной областью изучения развития психотерапии как культурно-исторического процесса могут стать переходные явления – приемы, методы, подходы, стоящие на границах различных направлений. И формы их использования – клиническая работа, частная практика, марафоны, независимые курсы и т. п. Важно изучать их самостоятельно – они не являются помехой в изучении «чистых сложившихся» школ и подходов, а, напротив, интересны сами по себе, как феномены, не всегда вписывающиеся в традиционную схему, построенную на основе той или

иной методологии истории развития психологии в целом (сравнение литературного процесса с развитием психологии по: Михальская, 1986).

Личность психолога и развитие психотерапии. Возможно, именно поэтому более перспективным будет являться такое изучение психотерапии, где материал представляется не по направлениям и подходам, а по персоналиям — самим психологам как творцам исторического процесса развития психотерапии, учитывая принципиальное значение авторской индивидуальности. Параллельная история психотерапии может быть представлена не как схематическая история развития **направлений**, а как история развития **персональных моделей выдающихся терапевтов**.

Каждый из выдающихся терапевтов стоял либо на пересечениях подходов и тем самым воплощал в себе новую интеграцию или новую форму практики, либо являлся ярким представителем конкретного подхода терапии, символизируя в себе в кристаллической форме всю полноту подхода. Но во втором случае такой яркий представитель подхода диалектически обозначает призыв к новизне, развитию «застывших» в кристалльном виде формы и содержания.

В качестве известного примера терапевта, стоящего на пересечении подходов, можно назвать Джеффри Янга, создателя схема-терапии, который был фактически вынужден **искать интеграции** и нашел их. Однако не забудем, что Д. Янг большую часть жизни работал

под руководством Аарона Бека, создателя когнитивно-поведенческой терапии. Аарон Бек, в свою очередь, является терапевтом, который в кристально прозрачной форме создал свой подход и, стоя «на вершине», поднял его на ту наивысшую **ступень четкой структурности**, где подход уже диалектически неизбежно вынужден серьезным образом трансформироваться и развиваться, что мы и наблюдаем в конце 2010-х-начале 2020-х годов в когнитивно-поведенческой терапии.

Примером терапевта, который совершил революцию **как в форме, так и в содержании метода**, является З. Фрейд. Его же усилия по развитию психоанализа вознесли данный подход на новый уровень по спирали дальнейшего развития.

Эффективность терапии зависит не только от совершенствования того или иного подхода, а от своевременного адаптивного развития и изменения подходов в зависимости от культурно-исторической ситуации. Изменения эти задают в первую очередь популярные, активные психотерапевты, влияющие на общественное восприятие, продвигающие свои концепции и методы.

Исходя из вышесказанного, эффективность терапии (как и успешность того или иного литературного произведения) зависит не только от метода, умения, опыта терапевта, от мотивации клиента и т.п., но в широком плане взаимосвязана с социально-культурными и экономическими особенностями времени.

Цели психотерапии также связаны с контекстом, постоянно обновляясь и изменяясь (об этом свидетельствуют и изменения классификаторов болезней).

Так происходят **изменения**, затрагивающие, соответственно, и наблюдаемую эффективность различных подходов терапии. (Johnsen, Friborg, 2015; Poulsen et al., 2014).

От конструктивизма к нейроконструктивизму

Нейроконструктивизм — современная теория, в которой основное внимание уделяется конструированию репрезентаций в психике в ходе жизненного развития человека. Психическое развитие рассматривается как результат изменения нейронных структур, поддерживающих ментальные репрезентации.

В концепции нейроконструктивизма развитие рассматривается как «самоорганизация интегральных систем, включающих subsystemы разных уровней: генетического, нейрофизиологического, когнитивного и социокультурного» (Марютина, 2014). **Самоорганизующаяся активность** (а не генетическая предопределенность и не линейные причинно-следственные связи) **в основном предопределяет формирование качественно новых структур и функций.** Таким образом, человек, особенно в раннем возрасте, во многом **конструирует** свое познание, ментальный опыт; соответственно происходят и нейрофизиологические изменения. Функциональные структуры, нейросети, эго-состояния не являются заранее заданными, а **формируются** на основе нейронного субстрата в рамках существующих ограничений и условий среды.

Развитие происходит в контексте множества взаимодействующих ограничений, действующих на разных

уровнях (контекст клетки, мозга, тела, социума) развивающейся личности. Когнитивное развитие может быть понято как траектория, которая конструируется на основе опыта, приобретаемого в условиях определенных ограничений, накладываемых на лежащие в основе нейронные структуры.

Нейроконструктивизм тем самым **нормализует** любой процесс развития, рассматривая его как нормальную адаптацию к целостной системе ограничений разных уровней. Различные результаты могут быть последствием одних и тех же процессов формирования опыта, и наоборот, похожие результаты могут быть получиться из совершенно различных траекторий (в этом состоит одно из важнейших положений системного подхода).

Мне важно упомянуть здесь, что в среднем один из пяти человек, подвергшихся сильному стрессу, не смог интегрировать этот опыт в свою личность. Это дает начало развитию посттравматического расстройства. Мозг после травмы, которая не переработана, также начинает перестраиваться на физиологическом уровне. Так запускается цикл дальнейшего негативного нейроконструирования. Продолжают сохраняться или развиваться травматические воспоминания, сенсомоторные переживания, интенсивный аффект, флэшбэки, панические атаки и так далее.

Однако исследованиями последних лет показано, что цикл может быть развернут вспять, так что мозг

начинает реконструироваться в благоприятном направлении. Если терапия эффективна, она конструирует возможности для изменений в сторону желаемого будущего, а это, в свою очередь, создает возможность для мозга начать необходимые реконструктивные процессы на уровне нейрофизиологии. Поле желаемого будущего (другими словами – «поле решения») часто может находиться вне поля проблемы: **паттерны новых изменений и решений могут быть совершенно не связаны с теми паттернами, которые обусловили создание проблемных паттернов в прошлом.**

Каркасный (фреймовый) подход к психотерапии

Определение субъекта (экосистема Клиент-Терапевт), объекта (решаемая проблема, цель терапии) Доменов и Процессов терапии, их нейробиологических основ и системных связей – всё это может послужить методологической базой для определения парадигм психотерапии и понятного осознанного практического применения.

Парадигма деятельности (в данном случае – психотерапии) – это совокупность идей и понятий, определяющих особенности (стиль) деятельности. Это способ концептуализации, то есть, способ описать работу и ее структуру. Естественно, в каждом подходе психотерапии предлагается своя парадигма и свои концептуализации, казалось бы, не сводимые к одному основанию.

По аналогии с другими областями деятельности, мы можем предположить о существовании:

1) императивной парадигмы (проблемно-ориентированная – сначала постановка диагноза как причины проблемы и фокус терапии на заранее predetermined шагах, необходимых для решения задачи, – выполнение инструкций по протоколу);

2) декларативной парадигмы (ориентированной на решение – начинаем с создания подробного описания желаемого результата и фокусируемся на выявлении и расширении желаемых изменений);

В декларативной парадигме не применима классификация проблем (здесь диагноз не играет роли – терапия нацелена на создание и развитие образа решения, а не на диагностику), поскольку это трансдиагностическая терапия, не требующая протоколов для отдельных классов проблем. В качестве примера таких подходов приведем ОРКТ, коучинг, нарративную терапию.

В императивной парадигме необходимо выделять классификацию проблем, создавать различные протоколы для работы с отдельными классами проблем. В качестве примера подходов такой парадигмы приведем КПТ или КСТ.

Тот или иной подход терапии, находящийся в той или иной парадигме, легко может быть описан, если мы посмотрим на следующее:

- а) какова, собственно, ведущая парадигма?
- б) как рассматривается роль Клиента или Терапевта в экосистеме субъекта терапии?
- в) как распределяется фокусировка на том или ином Домене или процессе?

Так, подход классической когнитивно-поведенческой терапии может быть коротко описан как Императивный, Экспертный, Структурирующий, Навыковый.

Клиент-центрированная терапия — более Декларативная, Неподчиненная, фокусируется на Домене поддержки.

ОРКТ — Декларативная, Неподчиненная, фокусируется на Домене изменения.

И так далее.

Домены терапии включают определенные Базовые процессы, при этом каждый из процессов реализуется определенными техниками (конкретные операции). Анализ любого терапевтического кейса (всего в целом и отдельных сессий), таким образом, может быть осуществлен с точки зрения системы отношений представленных Доменов, процессов, техник (операций).

Мы смотрим, как организованы процессы, каковы связи между ними. Можем записать это в виде нотации (транскрипта) терапевтической сессии «как по нотам» — что в тот или иной момент делал терапевт, что делает клиент, к какому домену относится та и иная интеракция. Пример такого анализа — в Приложениях: это начало сессии Глории с Карлом Роджерсом. Тут можно уже посмотреть, в какой степени выдержана терапевтическая парадигма, реализованы ли на сессии принципы подхода терапии, является ли это гармоничным для клиента, увидеть и многие другие параметры. Позже можно будет построить кодовый классификатор дерева Домены-Процессы-Техники, зарисовать граф-схему сессии, проанализировать её в своей практике или на супервизии или

предложить эти идеи для использования искусственным интеллектом.

Чаще всего «подход» в психотерапии – это каркас (рамка, фрейм, концепция), который описывает:

- определенное видение личности клиента («теория личности»);

- определенное видение формирования проблемы («теория проблемы»);

- логически обоснованную систему психотерапевтических воздействий («алгоритм лечения»).

Терапевтические техники – это уже более конкретное наполнение модулей данного каркаса (сбор диагностики, конкретные техники и интервенции). Иногда это выглядит немного иначе. Например, в некоторых подходах отсутствует теория формирования проблемы, зато присутствуют другие «каркасные» предположения.

Соответственно, возникает вопрос – какой каркас предлагаю я? В чем особенность? В этой работе **каркасом является взгляд на терапию как целенаправленную деятельность**. И если мы хотим разобраться, из чего она состоит, какие в этой деятельности существуют «модули», которые можно применять в разных случаях, переставляя местами, меняя акценты, чтобы система была динамичной, – нам надо сначала разобраться в нескольких основных положениях.

Выяснить основные концепты терапии достаточно важно для построения эффективного каркаса (рамки) терапевтической интеграции. Нужно оговориться, что

моя позиция как автора (позиция, обусловленная моей личной историей, образованием и подготовкой в психологическом консультировании) более всего близка к таким подходам, как *системная семейная терапия, стратегическая терапия, ориентированная на решение терапия, когнитивно-поведенческая терапия* (в том числе, направления т.н. «третьей волны»), *EMDR, когерентная терапия, Somatic Experience, сенсомоторная терапия* и близкие к ним (хотя некоторые из этих подходов достаточно далеки друг от друга по методологическим основаниям). Тем не менее, мне представляется, что конструируемая в книге модель может быть полезна терапевтам, работающим в **любом подходе**, поскольку построена на понятиях и процессах, достаточно **общих** для всего поля психологического консультирования, для любой практики «человек-человек».

Другими словами, в работе сделана попытка описать скорее фрейм (рамку), нежели контент (содержание). Рамка предлагаемой модели – работа терапевта и клиента в совместной деятельности по гармонизации и балансировке доменов, процессов и, следовательно, – нейросетей. Как вариант наполнения каркаса (конкретное содержание работы терапевта в нейроконструктивной терапии) я описываю некоторые техники в работе по различным процессам терапии.

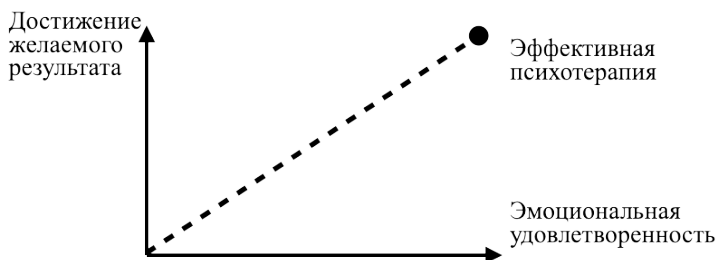
Приведу пример. Одним из важных процессов терапии, как показали работы многих исследователей, явля-

ется установление и поддержание терапевтических **отношений** с клиентом. Это специфический процесс — установление и поддержание кооперативных отношений между всеми участниками терапии. Описывая **процесс** кооперации, я назову и некоторые **техники взаимодействия**. Однако, вместо приведенных техник, терапевт может применять любые другие из «своего» подхода.

Таким образом, я предлагаю некий каркас (или рамки) работы, которую вы сможете «начинить» своими навыками, умениями, техниками. Надеюсь, что акцент *на нейробалансе, а также на конструировании будущего* также будет интересен и полезен.

Итак, сейчас я выделю наиболее важные понятия терапевтического процесса, которые считаю особенно значимыми для нейроконструктивной терапии (и для терапии вообще!) — те концепты, что отличают психотерапию от других видов деятельности. Далее в следующих главах я определяю и описываю домены и процессы (векторы), которые являются содержанием любой эффективной терапии. Создавая, корректируя и развивая эти процессы, терапевт может достичь наибольшей **эффективности** терапии.

Вслед за М. Аргайлом, я рассматриваю **эффективность** любой целеориентированной, намеренной и сознательной деятельности по двум векторам: а) разработка и достижение намеченных результатов; б) эмоциональная удовлетворенность участников работы.



Векторы эффективности психотерапии

Следует заметить, что **процессы** (направления терапевтического взаимодействия, о которых мы будем говорить), не являются **факторами** эффективности. Если **факторы** эффективности — это *особенности элементов терапевтического взаимодействия*, которые повышают успешность терапии, то **процессы** терапии — это опорные **базовые векторы терапии**, без которых терапия невозможна в принципе. Они соответствуют шкалам эффективной деятельности: достижение задач и эмоциональная удовлетворенность.

Говоря метафорически, *факторы* эффективности в автомобильных гонках — это мощность двигателя, подготовка пилота и хорошее сцепление шин с дорожным полотном, а *процессы* соревнования — это сохранение пилотом управляемости, наблюдение за соперниками, постоянный точный расчёт времени и др. **Процессы** терапии не являются **этапами** терапии — процессы обычно идут не последовательно (один за другим), а па-

раллельно (практически одновременно). Об этом мы подробнее поговорим позже.

Ключевые понятия нейроконструктивной терапии

Терапия – организованная деятельность. Терапия является многомерным сложным процессом, включающим различные базовые деятельности (труд, игра, учеба, общение). Терапия как **труд** – не только общение, но и работа по формированию привычек, поиску идей, творчеству клиента и терапевта. Терапия – **игра** используется в большей или меньшей степени в зависимости от подхода и умений терапевта. Если рассматривать процессы терапии как деятельность **учебную**, мы движемся (согласно классической таксономии Блума) от понимания и умения описать происходящее к умению создавать и постоянно применять новые навыки. И наконец, говоря про **общение** в терапии, скажем, что психотерапия – это целенаправленная организованная деятельность по созданию коммуникации и основанная на коммуникации, для продвижения к поставленным целям или для их переопределения и поиска подходящих целей.

Направленность терапии. Любая *деятельность* – это направленный процесс (этим она по определению отличается от *активности*). Структура деятельности предполагает наличие определенных компонентов (мо-

тив, смысл и т.п.), в их числе, *цели*. Предположим, что психотерапия или консультирование является сознательной *направленной (целеориентированной) деятельностью*, у которой есть постоянная или динамическая цель или ряд целей. Логично предположить, что сколько участников в терапии, столько же целевых векторов она может иметь. Вряд ли цели (равно как и мотивы) терапии могут быть *одинаковыми* и у клиента, и у терапевта, но задача *эффективности* процесса предполагает, чтобы цели участников терапии: а) не мешали друг другу (отсутствие взаимных помех), и б) имели позитивную интерференцию – то есть эффект усиления (синергии) за счет взаимного *дополнения* или *сходства* целей.

Традиционно, терапевты стараются узнать, какие цели ставит перед терапией клиент, но сами клиенты *редко* выясняют *цели терапевта* в коммуникации с ними. Наверное, принято считать, что цели терапевта заведомо достаточно понятны – предположим, что это желание *помогать людям* (тут, кстати, возникают вопросы, например, каким образом, зачем и всем ли людям необходимо помогать?), получить *оплату труда, исследовать* ситуацию, *общаться* и так далее.

Цели клиентов, разумеется, могут быть различными. Один из важных методологических вопросов: всегда ли цель клиента – это достижение видимых (наблюдаемых) изменений? Не является ли такая целеориентированность навязчивой идеей самого терапевта? Предварительно остановимся на том, что во многих подходах

целями терапии признаются *поддержка и изменение, необходимые клиенту.*

Необходимо подчеркнуть важный момент – хотя терапия является направленной деятельностью, **конкретные цели** могут изменяться и создаваться по ходу процесса. В отличие от чертежа детали, в терапии не может быть задан абсолютно четкий образ будущего, достижение которого является обязательным условием. Поэтому я назову терапию в целом направленным процессом, а конструируемый и корректируемый динамический образ желаемого будущего – терапевтическим горизонтом (имаго).

Итак, психотерапия – направленный процесс совместного конструирования, взаимного согласования и реализации терапевтического горизонта (желаемого образа будущего) клиента. Этим психотерапия близка, с одной стороны, к путешествиям первооткрывателей, к творчеству, а с другой стороны – к научно обоснованной психотехнологии.

Терапевтическая функциональная система. Мы можем также рассматривать терапевтическую систему как новую экосистему (расширенную систему: клиент (ы) + терапевт).

Определение системы для биологических систем конкретизируется в принципе «функциональной системы», «который отводит полезному результату действия роль ведущего фактора в организации кооперативного взаимодействия компонентов системы и непрерывной

реорганизации ее рабочей архитектуры через обратную афферентацию в поисках оптимального пути достижения цели» (Наумов, 1972).

Цели терапии и образ потребного (желаемого) будущего. Образ будущего в терапии создается и со-конструируется в режиме многоголосия: это предварительная цель в первом приближении, некий горизонт планирования, а другими словами – это «наилучшие ожидания» и видение результата работы, к которому движутся все участники терапевтического процесса (включая отсутствующих, но подразумеваемых), но никто из них не претендует на абсолютную истину. Как у клиентов, так и у терапевтов в ходе терапии возникают *образы* (предвосхищения желаемого будущего), и они бывают **совсем не идентичны**.

Мы считаем весьма важным положением, что в процессе терапии личность терапевта участвует в процессе наравне с личностью клиента, будь то отдельные характеристики личности психолога или целостный образ терапевта. Чем более дистантна терапия (текстовое консультирование, аудио, видео онлайн), тем более личность терапевта будет являться проекцией клиента.

В любом варианте терапии создается новая экосистема терапевт-клиент (ы). У каждого из участников терапии существует *образ* (видение желаемого будущего как горизонт результата терапии), и **целью (направленностью) терапии будет являться максимально экологичное воплощение (реализация) видения желаемого будущего.**

Функциональная система «клиент-терапевт», выражаясь словами П. К. Анохина, имеет своим предназначением организацию **целесообразных** актов поведения. «Универсальным принципом приспособления всех форм живого к условиям окружающего мира является опережающее отражение последовательно и повторно развивающихся событий внешнего мира, „предупредительное“ приспособление к предстоящим изменениям внешних условий или в широком смысле – формирование подготовительных изменений для будущих событий» (Анохин, 1970). Деятельность нашей клиент-терапевтической системы тоже целенаправленна, имеет механизм постановки целей, выявления критериев достижения или продвижения к цели, а также механизмы обратной связи и отслеживания достижения (мониторинг, или, словами Анохина, акцептор результата действия). Образ желаемого будущего, который конструируется с помощью психолога методично и детально, служит одним из центральных механизмов терапевтической функциональной системы.

«Прежде всего оказывается возможным как всю деятельность системы, так и ее всевозможные изменения представить целиком в терминах результата, что еще более подчеркивает его решающую роль в поведении, системы. Эта деятельность может быть полностью выражена в вопросах, отражающих различные этапы формирования системы:

- 1) какой результат должен быть получен?

- 2) когда именно должен быть получен результат?
- 3) какими механизмами должен быть получен результат?
- 4) как система убеждается в достаточности полученного результата?

По сути дела, эти четыре вопроса разрешаются основными узловыми механизмами системы. Вместе с тем в них выражено все то, ради чего формируется система» (Анохин, 1973).

Когда в **диалоге** в этой временной функциональной системе встречаются клиент и терапевт, как писал М. М. Бахтин, их голоса и их культуры «не сливаются и не смешиваются, каждая сохраняет свое единство и открытую целостность, но они взаимно обогащаются» (Бахтин, 1986). Возникают вопросы:

– возможно ли, стоит ли и как сохранить подлинную **диалогичность** терапии и вместе с тем, нейтральность терапевта?

– стоит ли изучать *образ будущего (видение) терапевта* в каждом новом отдельном клиентском случае?

– **всегда** ли есть *образ будущего* в терапии?

– может ли быть видением результата терапии само **отсутствие образа будущего** (исчезновение желаемого будущего)?

И как центральный вопрос – необходимо ли единое понимание образа желаемого будущего (взаимопонимание целей терапии), или это что-то необязательное или даже лишнее?

Терапевтические изменения. С осторожностью буду использовать слово «изменение», потому что иногда бывает лучше, «чтобы ничего не менялось», а часто мы и сами не знаем, каких конкретно изменений хотим.

В случае сильного расхождения желаемого и реальности напряжение клиента сильнее, а значит, выше желание **изменить** существующую ситуацию каким-либо образом (активное изменение). Если же образ желаемого будущего в целом соответствует текущей ситуации или желаемые изменения *физически невозможны*, целью терапии может быть бережное **сохранение** наилучших компонентов ситуации с учетом неизбежно меняющихся условий (поддерживающая терапия / паллиативное сопровождение).

В случае запроса клиента на «*отсутствие будущего*» или на «*ничего не менять*» может возникнуть определенная циклическая ловушка (рекурсия). В случае рекурсии терапевту обычно полезно бывает прояснить у клиента, какими могут быть для него дополнительные признаки достижения желаемого результата терапии (признаки изменения). Тем самым терапевт помогает клиенту сформировать целостный образ желаемого будущего, в котором отсутствует (теряет смысл) симптом или предъявленная проблема. Этот образ содержит *значимые различия* от текущей ситуации (*значимые различия*, как подчеркивал Г. Бейтсон, являются наиболее важным маркером изменений, точнее, изменения сами по себе заключаются в зна-

чимых различиях). Таким образом, даже работая с изначальным запросом «отсутствие будущего» и «ничего не менять», в совместно конструируемом *образе будущего* могут быть выявлены различия, придающие изменениям значимость (ценность). Терапия как направленный процесс не может быть сведена только к повышению «адаптации» как таковой, или к «изменениям» самим по себе, вне контекста и вне со-конструирования.

Предвосхищение и оптимизм как терапевтическая возможность. В следующей главе я рассмотрю 2 основных домена терапии и основные терапевтические процессы. Гармоничный баланс этих доменов (с одной стороны — **необходимость поддержки** и в то же время **стремление к изменениям**) во многом опирается на антиципацию клиента (в частности — на его уверенность в устойчивом будущем, веру в возможность изменений). Для нейроконструктивной терапии особенности антиципации являются важным фокусом внимания и опорой в терапии, поскольку обеспечивают возможность конструирования и прогресса к изменениям. Поэтому я уделяю много внимания развитию адаптивного предвосхищения. Подтверждено исследованиями, что оптимизм является одним из ключевых показателей и одновременно факторов психологического благополучия, жизнестойкости личности, а также успешности психотерапии. Такая точка зрения подкрепляется исследованиями особенностей конструирования будущего личности

(Селигман, 2013; Гордеева, Сычев, Осин, 2017; Михальский, 2015).

Соответственно, важным моментом будет понимание, обусловлен ли оптимизм в терапии полностью нейробиологически, возможно ли «повысить» оптимизм, какова связь оптимизма и способности прогнозирования и другие вопросы. Очевидно, что целью работы с терапевтическим **Доменом поддержки** является актуализация и развитие таких базовых опор клиента, как опора на ресурсы, оптимизм и надежная привязанность, которые служат ресурсом для дальнейших изменений.

По результатам исследования Гордеевой Т. О., Сычева О. А., Осина Е. Н., диспозиционный оптимизм вносит непосредственный вклад и является предиктором психологического благополучия личности (Гордеева, Сычев, Осин, 2017). Диагностика диспозиционного оптимизма может быть произведена с помощью опросника ТДО (Гордеева, Сычев, Осин, 2010). Способствующими факторами могут быть «навыки саморегуляции и самоорганизации, включающие целеполагание, планирование, настойчивость и склонность доводить дело до конца». Поэтому я полагаю развитие навыков и привычек адаптивной антиципации (предвосхищения) одним из важных процессов терапии в **Домене Изменений**. Развитие навыков предвосхищения способствует развитию **акцептора результата действия** нашей функциональной системы «клиент-терапевт».

Контекст терапии. Контекст — это среда, ситуация, в которой происходит событие. Например, смысл того или иного употребленного слова можно понять только зная законченное предложение, в котором оно задействовано. К контексту (среде) терапии я отношу внешние и внутренние факторы, обычно то, что происходит в клиентской системе (окружение, дом, работа, увлечения). Я предлагаю еще и сильно задуматься о том, что происходит в системе *терапевта* (тут есть вопросы о его окружении, работе, личной жизни). Важно понимать контекст терапевтического новообразования, а именно — возникшей в терапии новой экосистемы клиент-терапевт.

Терапевтическая экосистема. Экосистема клиент-терапевт — это, используя выражение М. М. Бахтина, «множественность самостоятельных и неслиянных голосов и сознаний, подлинная полифония полноценных голосов». Терапия всегда происходит здесь-и-теперь, и контекст тех или иных событий в терапии может быть осмыслен в основном постфактум. Полный анализ контекста кейса возможен только после завершения кейса с определенным итогом, по крайней мере, так понимает эту ситуацию терапевт, по его собственному мнению, «завершивший работу со случаем». Осмысление контекста после завершения кейса уже не имеет никакого смысла для данного завершенного кейса.

Исходя из этого, определение «контекст терапии» может иметь смысл для происходящего только здесь-и-сей-

час. Необходимо держать в уме, что анализ контекста ограничен, для хода терапии действительно важно обсуждение только достаточно стабильных элементов контекста (иначе мы рискуем обсуждать облака, которые при сильном ветре слишком быстро меняют свою конфигурацию). Имеет смысл обсуждать рельеф местности, а детали формы облаков оставить для непосредственного, «ментального» наблюдения клиентом и терапевтом.

Фокусировка процесса терапии. Терапия – многомерный, но линейный процесс, расположенный на шкале времени и занимающий определенное пространство. Мы не можем одновременно говорить обо всем на сессии, поэтому в тот или иной времени терапевтическая коммуникация (а точнее – деятельность, см. ниже) имеет определенную направленность. Чаще всего, выделяют следующие ориентиры (темы) терапевтической беседы:

- временная фокусировка (обсуждение прошлого опыта клиента, его настоящего или будущего);

- центрация или децентрация (самораскрытие собственной точки зрения клиента, или беседа с точки зрения других, «глазами других людей»);

- интероцептивный или экстероцептивный фокус (речь ведется о внутренних ощущениях, переживаниях, либо – фокусировка на обсуждении того, что происходит вокруг);

- фокусировка на мыслях, эмоциях или действиях (в зависимости от того, о чем говорим больше в данный момент);

– фокусировка на проблеме, на ресурсах или на изменениях (концентрация на проблеме, ее проявлениях, особенностях и причинах; либо – на ресурсах и силах клиента (-ов); либо разговор идет о возможных вариантах преодоления, о желаемых изменениях, о последствиях успешного решения проблемы, что чаще, но не всегда, связано с привязкой беседы к будущему);

– другие фокусировки терапевтического взаимодействия.

Отличия нейроконструктивной терапии от конструктивных подходов и Ориентированной на решение терапии

Подход Ориентированной на решение краткосрочной терапии (ОПКТ, SFBT) разрабатывался на основе краткосрочных моделей терапии MRI (стратегическая терапия, коммуникативные подходы) и ряда подходов системной семейной терапии в 1970-1980-х годах и оформился в минималистический терапевтический подход в 1990-2000-х. В конце 1990-х – начале 2000-х его создатели посвятили больше времени распространению модели, а их центр BFTC был закрыт после их смерти в 2007 г. Таким образом, подходу уже практически 30–40 лет. Современные ему по времени возникновения – АСТ, схема-терапия, нарративная терапия, CFT и некоторые другие. Проходят локальные и международные конференции подхода, существует несколько центров, которые развивают собственные более или менее видоизмененные модели ОПКТ (Хельсинки, Брюгге, Лондон и др.)

ОРКТ в той минималистической форме, как она описывается в классических источниках, на мой взгляд, не в полной мере использует свой потенциал — недостаточно отражает некоторые важные современные нейробиологические находки. Безусловно, сильнейшими местами являются терапевтическое использование антиципационной поведенческой системы, простройки смыслов и целеполагания, социального конструкционизма и других. Однако я вижу много возможностей, которые открываются в этом подходе, когда психолог задействует нейробиологические принципы, как, например, нейропластичность и механизмы работы памяти, системы базового реагирования, мотивационно-поведенческая система привязанности и система зеркальных нейронов, особенности травматического поражения психики, базовые потребности, контекстуальное влияние окружающей среды, самореференция живых систем, нейробиофидбек и другие.

Передача традиции и обучение ОРКТ происходит в кругу специалистов этого подхода, которые либо «варятся в одном соку», либо начинают посматривать на другие подходы и, что закономерно, быстро теряют приверженность к «оригинальному» ОРКТ — это грустно видеть, зная, какой потенциал имеется у подхода.

Развитие подхода в сторону нейроконструктивизма безусловно сохранит основную рамку, при этом интегрируя упускаемые из вида феномены человеческой

психики. Познакомившись с подходом ОРКТ из рук её создателей в 1996 году, после этого пройдя сотни часов обучения и тысячи часов практической работы и экспериментов с разными интеграциями, за эти 25 лет я пришел к чему-то видоизмененному. Самым важным выводом для меня стало то, что изменения не стоит форсировать, нужно учитывать и нейробиологию мозга, поэтому название нового подхода я увидел следующим: «нейроконструктивная терапия». Оно, безусловно, перекликается с «конструктивистскими подходами», однако достаточно емко отражает связь совместного гармоничного со-конструирования, гармоничного баланса нейросетей и ориентированности на желаемое будущее. Подход основан на философии конструктивизма и его современных форм – нейроконструктивизма и энактивизма («воплощенная когнитивная наука»). Психика человека активна и интерактивна, отелеснена и ситуационна, терапевтические изменения происходят в активном конструировании окружающей и познаваемой среды. В этом подходе могут быть использованы любые экспериентальные, поведенческие, когнитивные техники.

Любые техники хороши к месту, и место для той или иной интервенции становится вполне очевидным, если научиться смотреть на терапию сквозь призму процессов. Потенциал развития нейроконструктивной терапии лежит в дальнейших нейропсихологических исследованиях процесса психотерапии (в системе клиент-тера-

певт), в изучении нейросистемных процессов в системной терапии пар, семей и групп (нейрокоммуникация, нейронет). Все это, очевидно, станет для психотерапии следующим шагом в будущее.

Резюме главы: основные принципы нейроконструктивной терапии

– Проблема – это изменение, которое необходимо. Терапия – это целенаправленная деятельность, основные результаты которой – развитие желаемых изменений и эмоциональная удовлетворенность.

– Конкретная цель терапии (цель деятельности функциональной системы клиент-терапевт) и акцептор результата действия конструируются вместе с клиентом.

– Изменения функциональных систем психики клиента происходят в нейроконструктивном ключе – в контекстах: клеточном (нейропластичность, encellment), мозговом (изменения функциональных изменения, embrainment), телесном (сенсомоторика, embodiment), социальном (системная коммуникация, ensocialment).

– Уважение к симптому и любым феноменам. Всё, что мы можем наблюдать в психике, – это её нормальная адаптация к целой системе ограничений разных уровней.

– Важен нейробаланс и гармонизация доменов и процессов терапии. Работа клиента и терапевта во многом происходит на уровне нейросетей, во мно-

гом обусловленных функциональным строением мозга, эволюционными паттернами и социальными отношениями.

– Работа с нейросетями происходит интегративно по различным каналам и уровням (тело, эмоции, мысли, поведение, отношения).

– Важно обучение клиента навыкам самоподдержки, в частности – навыкам адаптивного конструирования, внутреннего диалога.

– Важна работа терапевта над собой, проводимая согласно основным принципам нейроконструктивной терапии.

Глава 2. Как по нотам: Базовые процессы психотерапии

Как родилась концепция Базовых процессов?

Итак, в 2015–2017 все чаще я слышал от коллег, как полезно и здорово знать основные принципы эффективности терапии – было много разговоров об изучении эффективности и о применении deliberate practice (преднамеренной практики) для саморазвития и повышения результативности работы психологов. Думая о том, как повысить собственную эффективность, в 2017–2018 я заинтересовался тем, как клиенты вообще воспринимают психологов. И здесь меня осенила

Мысль №1.

И я подумал, что, может быть, рейтинги психологов на сайтах-агрегаторах как-то отражают реальное положение дел. На многих площадках клиенты оставляют отзывы про своих психологов. Наверняка некоторые отзывы бывают фейковыми, однако, многие и правдивы (думаю, что количество настоящих отзывов больше среди негативных).

Сначала я обратил внимание на то, что хорошие отзывы часто набирают вовсе не самые обученные психологи, а разные (и не обязательно это суперпрофессионалы, хотя все же чаще – они). И негативные отзывы частенько встречаются и у суперпрофи. А уж с разными

подходами терапии вообще каша — есть те, кто соблюдает один-два подхода и не очень эффективны в них, а есть те, кто учился «понемногу чему-нибудь и как-нибудь» (5 сертификатов по нескольку часов), и несмотря на это набирает гораздо больше отличных отзывов, чем те, кто годами прокачиваются в одном методе.

Вскоре мне стало интересно не столько параметры «сферического эффективного психолога в вакууме» и не то, как он соблюдает правила и техники какого-либо подхода, а именно «общечеловеческое» содержание — что делает тот или иной терапевт, вне зависимости от подхода. Что я уже знал, это то, что на Западе достаточно давно ведутся и исследования эффективности терапии, и используются шкалы для оценки терапевтов (это часть той самой «преднамеренной практики»). Многие шкалы традиционно строятся «от подхода», например, оценивают психолога, насколько он выполнил те или иные техники, соблюдал принципы метода и т. п. Другие шкалы идут «от клиента» — спрашивают клиента, как им понравилась сессия. В предыдущей главе я немного касался темы направлений, в которых проводится оценка эффективности. В этот момент я понял, что отзывы клиентов после сессий и по окончании терапии — это бесценный материал, который позволит заглянуть еще глубже в эффективность терапии. Потому что отзывы на сайтах-площадках — это не обратная связь по конкретной сессии, а общее впечатление клиента, когда он оглядывается назад и отмечает то, что

ему понравилось, то что помогло, то что было в целом. Это может быть и отзыв о работе психолога в одной консультации (или даже о демоконсультации в текстовом формате на сайте), и о проведенной терапии – как бы она ни закончилась, и это очень интересно. И тут мне пришла в голову

Мысль №2.

Я попросил помощников собрать как можно больше отзывов о психологах с основных популярных веб-сайтов и провел анализ их содержания. Эта работа заняла долгие месяцы в 2018–2019 годах, потому что мы анализировали тысячи отзывов. С использованием контент-анализа и статистики искали наиболее важные моменты для клиентов в общении с психологами – начиная от оформления кабинета до применяемых техник.

Так было выделено то, что важно людям в консультациях. Однако не хватало какого-то объединяющего методологического принципа – ведь даже самый лучший психолог может где-то увлечься своим видением, или быть усталым, или потерять баланс между расспросом клиента и выполнением упражнений... Опять же, я вспоминал, как Инсу Ким Берг, одна из моих учителей и создателей Ориентированной на решение терапии, говорила, что «наша терапия направлена на будущее» в отличие от анализа прошлого... И здесь, мне кажется, я нашел подходящую идею – нужно попробовать понять, ЧТО происходит в терапии по сути, а потом уже рассматривать, КАК это происходит. Таким образом я

понял, что очень полезно видеть терапию как **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**. Это была, практически,

Мысль №3.

Если смотреть с точки зрения **деятельности**, то терапия в целом — это взаимодействие между теми, кто в нее вовлечен (**субъекты**) и теми задачами, которые стоят перед ними (**объект**, на который направлена работа).

Перефразируя С. Л. Рубинштейна, единственный путь преодолеть разрыв между «субъектом» (экосистемой «Клиент-Терапевт») и «объектом» (целью терапии) — это рассматривать их в **неразрывном единстве** «субъекта-объекта», **объединенных** в «сознательной деятельности». Терапевтическое сознание (как терапевта, так и клиента), говоря словами А. Н. Леонтьева, не просто «проявляется и формируется» в деятельности как отдельная реальность — оно «встроено» в деятельность и неразрывно с ней. Такому развитию «терапевтического сознания» будут посвящены отдельные разделы данной книги. Да и в целом, взгляд через теорию деятельности здесь весьма полезен — ведь действительно, у терапии есть и цели (желаемое будущее, которое необходимо конструировать), и неудовлетворенные потребности (которые можно анализировать), и мотив (проблема), определенные задачи и действия, которые складываются в... процессы. И опять же, появилась

Мысль №4,

и я подумал, что все происходящее с этой точки зрения очень близко к концепции П. К. Анохина о функциональных системах – задана цель, потребное будущее, создается акцептор результата действия, терапевтом и клиентом взаимно разрабатывается система афферентации (критерии-признаки изменений, намечаются параметры мониторинга изменений и обратной связи).

Теперь я вновь смотрел на огромную таблицу собранных отзывов клиентов, и этот удивительный мозаичный пазл собирался заново и становился весьма цельным! Было организовано еще одно исследование, уже в новой парадигме, но об этом я расскажу позже. Сначала разберемся с тем, какие процессы удалось выявить.

Какие процессы были выделены?

В психотерапии как целенаправленной трансформационной деятельности, имеющей свой формат и контекст, интегрирующей различные деятельности (общение, обучение, игру и труд), существует несколько наиболее важных процессов (векторов).

Какие процессы терапевтического процесса я выделил на основе контент-анализа клиентских отзывов? Оказалось, что наиболее важными являются следующие векторы (для наглядности привожу немного типичных отзывов):

– **кооперация** (развитие терапевтических поддерживающих отношений участников терапии как совместной деятельности – *«Психолог был теплым и принимающим»*);

– **структуризация** (упорядочивание прошлого опыта и ресурсирование – *«Психолог помог разобраться в том, что происходит»*);

– **конструирование** желаемого будущего (этот процесс органически и неотъемлемо включает переработку дезадаптивных и инсталляцию адаптивных схем и превращение этой конструкции в навык для дальнейшей проработки – *«Вместе с психологом мы поняли, каков мой запрос, и заглянули в будущее»*);

– создание и развитие **навыков** (поиск, создание

и репетиция необходимых для клиента навыков, в том числе – различные варианты проработки негативных ощущений – цитирую отзыв клиента: «*Психолог познакомил меня с некоторыми полезными техниками, а одно из упражнений родилось прямо на сессии*»);

– **мониторинг** изменений (отслеживание прогресса и коррекция деятельности – «Психолог как наставник, сопровождает меня и помогает вернуться к работе над тем, что важно»).

Далее по тексту я подробнее рассматриваю подходы и техники, полезные для того, чтобы процессы проходили более эффективно.

Стадии, этапы, процессы или векторы терапии?

За годы практики у меня сложилось понимание, что одна из серьезных ошибок в работе с сложными системами — это **прекращать** действие X при достижении ожидаемого результата, и резко переходить на некий совершенно **«новый этап»**. Так обычно не работает — нужно возвращаться к одной и той же теме вновь и вновь.

Рассмотрим два примера — простой системы и сложной системы. В качестве примера простой системы у нас выступит кухонный нож. Если после использования (этап резки) нож затупился, можно наточить его (этап точки) и перейти опять к этапу резки. Пока нож не затупится опять, нам, казалось бы, не обязательно его точить. Однако, если этот нож участвует в более сложной системе «нож — повар — весь коллектив кухни — весь ресторан», то хороший повар станет уделять внимание подготовке ножа, немного затачивая его каждые 30 минут.

В качестве другого примера сложной системы возьмем школьника, изучающего английский язык. Изучение каждого нового слова — это определенный этап, но хорошее знание языка возможно исключительно, если на уроках **постоянно** используется **массив** слов, которые ученик освоил ранее. Так же и книга, которая

была прочитана на первом курсе вуза, смотрится совершенно по-другому в первые годы практической работы. А еще через много лет ты перечитываешь ее уже потому, что нужно интегрировать тот материал с каким-то новым материалом.

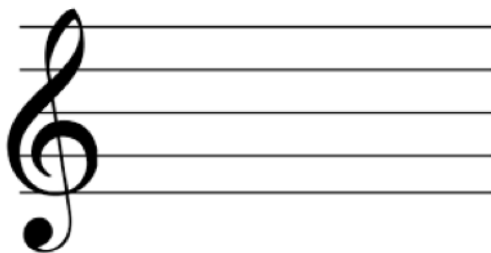
Так и работа с живыми системами — это не четкий переход с этапа на этап (как в случае разгона ракеты по космическим скоростям), а **расширение** диапазона функционирования с сохранением основных функциональных процессов («повышение уровня адаптивности», если угодно). В нашем случае (психологическое консультирование и терапия) такой диапазон во взаимодействии ограничен стандартной продолжительностью сессии. Он также может быть расширен за счет «домашнего задания» клиенту / клиентам.

Таким образом, у нас стоит совершенно четкая задача — так сбалансировать время и содержание сессии и домашних заданий, чтобы это было направлено на то, что действительно нужно клиенту, с целью повышения эффективности. Однако при этом мы **не должны отказываться** от всех других процессов терапии, важно сохранять во взаимодействии **все** процессы, которые его составляют. Однако зная, насколько клиент уже ресурсирован в том или ином процессе, мы сможем уделять этому процессу уже меньше внимания, таким образом динамически распределяя время сессии на развитие дефицитного вектора, опираясь на насыщенный вектор.

Если время не позволяет растягивать работу, то нам нужно уделить внимание тем процессам, которых у клиента недостаточно на данный момент.

Еще раз подчеркну, это важно: процессы терапии – это не этапы и не шаги терапии. Они взаимосвязаны друг с другом и происходят одновременно (какой-то шире, какой-то меньше), так же, как наше восприятие включает одновременно и зрение, и слух, и обоняние, и другие ощущения.

Если приводить метафору, то мы можем обратиться к изображению нотного стана:



тогда ноты (интеракции на сессии) будут расположены на этих 5 линейках: кооперация, структура, конструирование, навык, мониторинг.

Возможно, удобнее будет мнемонически запомнить 5 процессов как пальцы на руке. Большой палец – кооперация. Указательный палец – упорядочивает, средний палец – закрепляет самоинструкции, безы-

мянный — придумывает, что делать, а мизинец — отслеживает то, что происходит между сессиями.



Под выражением «правило большого пальца» имеется в виду, что в любых непонятных ситуациях мы в первую очередь будем укреплять вектор «Кооперация».

Также необходимо заметить, что всегда существует и **тональность терапии** — фон надежды — оптимистичное или пессимистичное прогнозирование процесса (клиентом и терапевтом). Это — именно та надежда на успех терапии, которая является одним из важнейших факторов эффективности. Уровень **надежды (оптимизма)** — важный индикатор и инструмент успешной терапии, поэтому я предлагаю ее тоже шкалировать и сверять.

Домены терапии и их балансировка

Было еще одно наблюдение, которое заставило меня задуматься. На интервизиях мы с коллегами часто говорили о том, что клиентам бывает «страшно идти в изменения». Тут меня посетила очередная

Мысль №5,

и я понял, что все эти процессы складываются в два больших домена, которые связаны с уровнем готовности к изменениям и, предположительно, с уровнем оптимизма (надежды) клиента:

1) **Домен поддержки.** Это зона сотрудничества, альянса и кооперации, поиска и установления отношений (привязанности) с терапевтом и участниками терапии, а также приобретения понимания ситуации, особенностей истории и функционирования симптомов и проблемы. Понимание происходящего – сильная эмоциональная опора для клиента, поэтому вектор структуризации и ресурсирования также входит в Домен поддержки. Именно здесь *«мой личный ад уже делится напополам и становится легче, зная, что ты не один, а смог поделиться этим с кем-то, кто понимает»*. Однако ни анализ прошлого, ни понимание причин и структуры проблемы, ни даже эмоциональная близость может не привести к объективно наблюдаемым изменениям. Об этом много писал Стив де

Шейзер (de Shazer, 1991, 1994) – это не меняет status quo (текущее положение и ситуацию) клиента. То же подчеркивали создатели мотивационного интервью, У. Миллер, С. Роллник – они исследовали содержание сессий с клиентами и (о чудо!) сессии, где больше говорилось про изменения, помогали клиентам меняться. Поэтому второй наш Домен – это:

2) **Домен изменения.** Это зона новизны – мотивации и перемен (здесь процессы конструирования, самоинструкций, мониторинга). «Зона ближайшего развития», говоря языком Л. Выготского.

Задача субъекта изменений (а субъектом является экосистема Клиент-Терапевт) – не только повысить эффективность каждого из процессов в отдельности, но и гармонизировать оптимальным образом баланс доменов. Подробнее о процессах – в соответствующих главах.

О нейробиологии Доменов и процессов терапии

К счастью, в последние годы психотерапевты активно интересуются нейронаукой (neuroscience) и все с большим оптимизмом и восторгом обращаются к информации, которую дает психофизиология, нейропсихология и смежные направления исследований. Это поистине замечательный тренд, который стал заметен в 1980–1990х годах, и сейчас, в 2020-х, его развитие захватило и передовых отечественных психологов. Появляются переводы таких авторов, как Роберт Сапольски («Биология добра и зла»), Стивен Пинкер («Как работает наш мозг»), Кайя Норденген («Мозг всемогущий»), Луис Козолино («Нейробиология психотерапии»), Томас Метцингер («Наука о мозге и миф о своем я») и другие. Поскольку терапия ощутимо движется в сторону нейронауки, будет важно также знакомиться и с классической учебной литературой – учебниками и задачками по психофизиологии, нейропсихологии, с методами нейрокоррекции, обращать внимание на последние достижения в области компьютерных исследований, учитывая тренд к интеграции искусственного интеллекта в психотерапию.

В описании каждого из Базовых процессов перед нами стоит определенная и очень сложная задача –

не углубляясь в подробности нейробиологии психотерапии в целом, показать, что происходит, когда на терапевтической сессии психолог делает акцент или интервенцию на том или ином процессе. Каким образом и когда подключается воображение и как это соотносится с работой памяти, внимания, воображения? Как перестраивается прошлый опыт и как это отражается на поведении? Как происходит конструирование на уровне мыслей, эмоций, телесных реакций? Возможно ли, что запрограммированные в организме процессы развития имеют возможность изменяться «на ходу» и уже начинать организовывать сами себя, становясь самонаправленными?

С этими и другими вопросами мы постараемся разобраться в соответствующем разделе «Нейробиологическая основа» при описании каждого из Базовых процессов.

Теперь несколько слов по поводу нейробиологии Доменов. С 1950-х годов в социальной психологии различают две различные лидерские роли – лидерство, ориентированное на задачу, и социально-эмоциональное лидерство. Некоторые современные исследования в области нейронауки подчеркивают, что данное разделение между ролями, ориентированными на задачу, и социально-эмоциональными ролями, может быть связано с фундаментальными особенностями нашей нейробиологии: антагонистическими отношениями между двумя крупномасштабными корковыми сетя-

ми — сетью, ориентированной на задачу (TPN), и сетью режима по умолчанию (DMN). Нейронная активность в TPN имеет тенденцию подавлять активность в DMN, и наоборот. Сеть TPN важна для решения проблем, фокусировки внимания, принятия решений и контроля действий. Сеть DMN играет центральную роль в эмоциональном самосознании, социальном познании и принятии этических решений. Она также тесно связана с креативностью и открытостью новым идеям. Обе эти сети связаны с активностью симпатической и парасимпатической нервной системы и, соответственно, поливагальная теория С. Порджеса тоже отражает эти процессы со свойственным ей видением. К сожалению, до сих пор мне не удалось найти исследований, которые бы емко интегрировали обе эти концепции, связанные с вопросом нейробалансировки — до сих пор ученые занимаются этими концепциями по отдельности. Поэтому я решил минимально вводить понятия поливагальной теории в связи с нейробалансировкой Доменов, опираясь больше на взаимодействие сетей DMN и TPN.

Поскольку **активация TPN** имеет тенденцию подавлять активность в DMN, чрезмерный акцент на целях и задачах (форсирование изменений в системе) **будет пагубным** для коммуникативных, эмоциональных аспектов работы с клиентом. Аналогичным образом, дисгармоничное **повышение активности DMN** может привести к трудностям с фокусировкой внимания на целях,

неясности решений, размытым формулировкам (Boyatzis et al., 2014). Существующая нейробиологически обусловленная антагонистичность (дифференциация) сетей мозга (как терапевта, так и клиента) ощутимо снижает эффективность психотерапии как в Домене поддержки, так и в Домене изменений.

Именно это с научной точки зрения объясняет, почему терапевт должен уметь гармонично сбалансировать оба Домена – это правило интуитивно чувствуют большинство эффективных психологов.

В центре внимания концепции Доменов терапии – применение гипотезы об антагонизме нейросетей DMN и TPN к процессам психотерапии.

Мы с клиентом ищем баланс между эмоциональной стороной отношений в рамках терапевтического диалога, творческим мышлением и обработкой широкого потока информации (DMN) с одной стороны и аналитическим мышлением и сосредоточенным вниманием (TPN) – с другой. Наша задача – сохранять адекватный баланс между TPN и DMN как у клиента, так и у терапевта.

Как измерять процессы терапии?

Для практической работы психолога разработан диагностический материал. Он может быть полезен в следующих случаях:

- психологу необходима структуризация своей работы в рамках предлагаемой модели;
- психолог работает в учреждении с необходимостью сдавать отчетность по клиентам;
- психолог хочет повысить эффективность своей работы и др.

Диагностический материал состоит из 4 опросников: один опросник начальный (предлагается перед первой сессией), а еще три для использования в процессе терапии – вариант для клиента, для партнеров по парной или семейной терапии и для терапевта. Бланки опросников находятся в Приложениях.

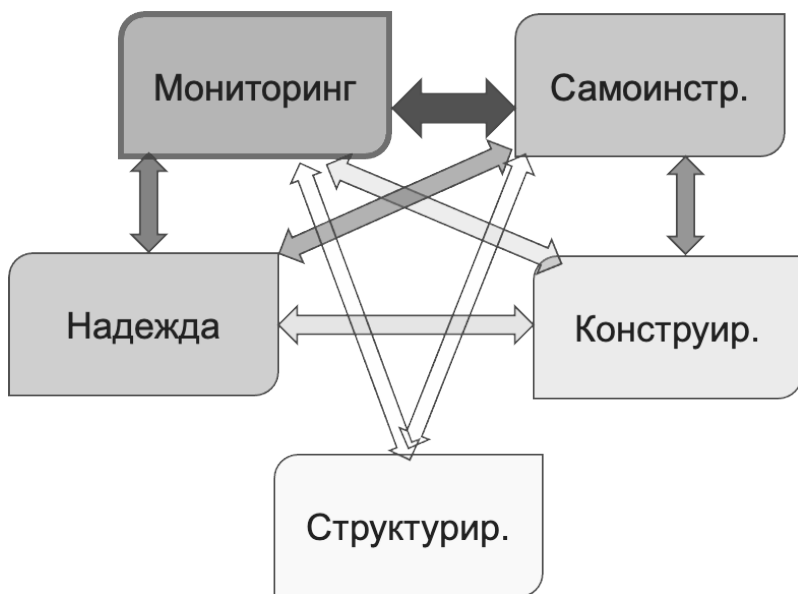
Однако, как подчеркивают многие опытные психологи, часто лучше полагаться не на цифры, но и на субъективное восприятие – как терапевта, так и клиента. Терапевт должен уметь считывать признаки дефицита того или иного процесса на сессии, а также запрашивать обратную связь от клиента по каждому из процессов.

Клиент, в свою очередь, также может быть ознакомлен с концепцией процессов. Таким образом он научит-

ся более четко определять, что происходит в терапии,
и давать полезную обратную связь терапевту.

Связь Базовых процессов и эффективности терапии: исследования и перспективы

Предварительное (пилотное) исследование взаимной связи процессов терапии проводилось в России онлайн в 2019–2022 годах с помощью опросника Базовых процессов терапии (см. Приложение). Общее количество испытуемых = 184. Из них 120 человек указали конкретные сроки терапии. Были включены в опросник и сопоставлены такие параметры, как срок терапии, количество сессий, шкалы базовых процессов: Кооперация (альянс), Структурирование, Конструирование, Навыки (Самоинструктирование), Мониторинг и Надежда.



На рисунке более темным цветом выделены более сильные корреляции

По результатам выявлены следующие наиболее сильные 7 взаимосвязей среди анализируемых параметров. В скобках – первое число – коэффициент корреляции в общей группе, второе число – коэффициент корреляции по подгруппе клиентов, кто указали конкретный срок в терапии (заметим, что у них гораздо более рельефные корреляции):

1. Самоинструирование – мониторинг* (0.68 / 0.68)

2. Мониторинг* – надежда (0.59 / 0.69)

3. *Конструирование – самоинструирование (0.57 / 0.71)*

4. *Самоинструирование – надежда (0.54 / 0.62)*

5. *Конструирование – надежда (0.40 / 0.58)*

6. *Конструирование – мониторинг* (0.50)*

7. *Структурирование и самоинструирование – мониторинг* (0.44 / 0.49).*

* Примечание: баллы по шкале «мониторинг» можно понимать и как эффект от терапии, который ощущает клиент.

Прокомментирую эти взаимосвязи так, как это видится в первом приближении.

1. «Конструирование», «Структурирование» и «Самоинструирование» («Навык») – «Мониторинг». Клиенты, который получили конкретный навык и осваивают его, также учатся видеть эффект от терапии и умеют наблюдать его гораздо четче и техничнее.

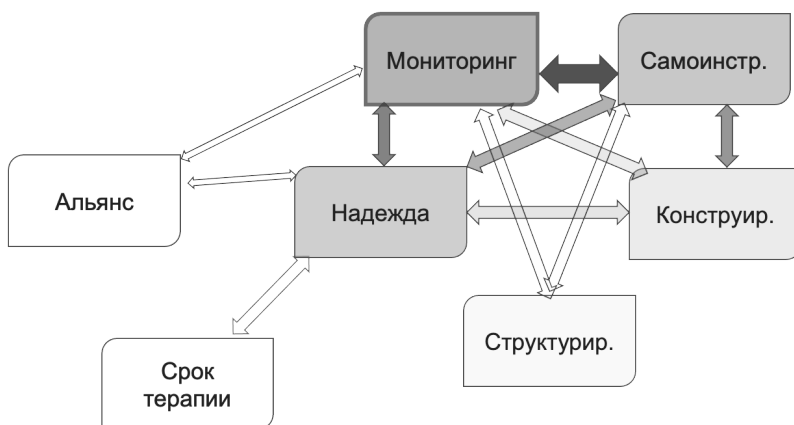
2. «Мониторинг» связан с «Надеждой». Если с помощью наблюдения и обсуждения достижений (мониторинга) видится прогресс и эффект от всей терапии, то и надежда на благополучное течение и завершение терапии становится выше (положительное подкрепление).

3. «Конструирование» – «Самоинструирование» («Навык»). Связь в этой паре говорит о том, что для того чтобы получить или разработать нужный (подходящий) навык или самоинструкцию, необходимо задаться вопросами «Что я хочу от терапии?», «Как я вижу результат?». Чем более четко это сделано на сессиях,

чем более подробное и объемное видение возникает, тем конкретнее и понятнее польза от упражнений.

4. «Самоинструирование» («Навык») – «Надежда». Очевидно (и подтверждается во многих подходах, например, в DBT), что конкретные техники и навыки клиента повышают успешность всей терапии, соответственно, надежда на благополучное течение и завершение терапии становится выше (положительное подкрепление). Обратным образом, высокая степень надежды в свою очередь стимулирует интерес к выполнению предлагаемых навыков и техник.

5. «Конструирование» – «Надежда». Как показано исследованиями Ориентированной на решение терапии в центре BFTC (США, Милуоки), надежда на успех плотно связана с тем, насколько тщательно и креативно обсуждается образ потребного будущего (конструирование целей и результата терапии).



Показалось интересным, что с Кооперацией (альянс, сотрудничество) значимо НЕ связан ни один другой процесс терапии. Слабая взаимосвязь выявлена с «Надеждой» (0.25 / 0.42) и с «Мониторингом» (0.32 / 0.29). Этот показатель, казалось бы, входит в противоречие с распространенным мнением, что именно альянс определяет эффективность терапии. Данные показатели подтверждают гипотезу о двух векторах (Доменах) психотерапии – эмоциональном и целеориентированном.

Все остальные процессы терапии в сумме – связаны с альянсом так же слабо – на уровне 0.3.

Никаких значимых корреляций процессов терапии со сроком прохождения терапии обнаружено не было. Это может говорить о том, что ни один из процессов сам по себе не является определяющим – они работают все в комплексе.

Выявлена слабая отрицательная взаимосвязь между надеждой и сроком терапии (-0.17). Другими словами, те кто проходит терапию дольше, иногда имеют более низкий уровень надежды, чем те, кто находится в терапии меньше (у последних -выше уровень надежды, но это не точно).

Типичные нарушения баланса Доменов

По исследованию на основе Опросников можно выделить как минимум две различные группы клиентов, не удовлетворенных проводимой психотерапией.

Клиенты первой группы чаще недоумевают, почему их терапия растянулась на чрезмерно продолжительное время (на годы), а изменений не видно. Такие клиенты, как правило, имеют высокие ожидания, надежды, подкрепленные верой в подход и/или личность терапевта. Надежда достаточно высокая и держится долго. Но затем происходит снижение (иногда резкое) надежд на положительный исход. Судя по опросникам, у таких клиентов выражены показатели хорошего альянса, они понимают историю проблемы («Домен поддержки»), но **слабо выражен «Домен изменения»** (особенно в части практических навыков). Данная картина чаще всего встречается в подходах, ориентированных на длительную работу и «глубокую проработку личности».

Вторая группа клиентов характеризуется быстрым прекращением терапии (после одной или небольшого количества сессий – так называемые «дропауты»). Как правило, такие клиенты имеют низкий уровень надежды (это может говорить о пессимизме как черте личности), ожидают «волшебную таблетку», что часто приводит их к краткосрочным методам. Само по себе желание полу-

чить «волшебную таблетку» справедливо и логично, его можно замечательно утилизировать в терапии. Но это также и признак того, что работа с таким клиентом требует особенного внимания. Не получая такого внимания, особенно если терапевт говорит о краткосрочной работе, клиент может трактовать это как незаинтересованность терапевта или его неспособность провести терапию. Характерно, что у таких клиентов **низкий уровень «Домена поддержки»** (альянса и структурирования проблемы). Данная картина чаще наблюдается в неудачных случаях обращений клиентов к краткосрочным подходам. Клиенты уходят неудовлетворенными, а терапевты краткосрочных подходов иногда объясняют это тем, что клиент получил достаточную помощь. Но это не всегда соответствует реальности.

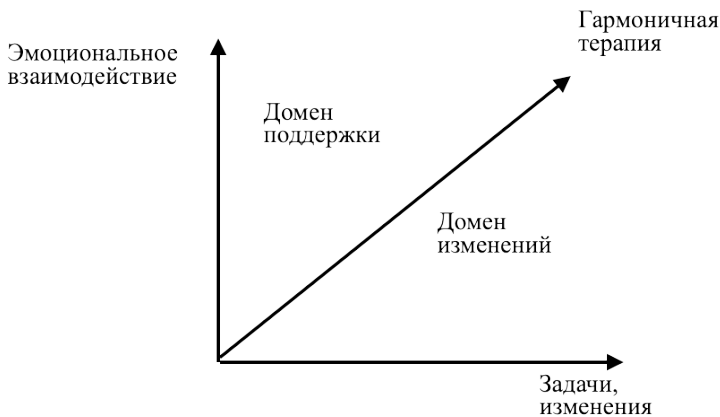
Вернемся к вопросу, почему с альянсом (сотрудничеством) значимо НЕ связан ни один процесс терапии.

Это может быть обусловлено социально-психологическим эффектом авторитета («врач» — эксперт; он знает, как будет лучше; буду делать то, что скажет). А также доминирующей ролью экспертности в поле медицины и помогающих практик. Действительно, косвенно это подтверждается тем, что клиенты зачастую видят в неэкспертной позиции психолога слабость и непонимание схемы лечения.

Но более убедительной мне кажется другая, научно подтвержденная гипотеза. Социальная психология говорит, что в групповой деятельности есть 2 «измерения» —

эмоциональная удовлетворенность, и продуктивность труда (Argyle, 1967). Эмоциональная удовлетворенность участников взаимодействия, поддержка, сотрудничество и альянс – это ось Y, а остальные процессы терапии – деловой план (ось X). Об этом подробнее в работе «Эмоциональный потенциал делового коллектива взрослых» (Михальский, 2001).

Таким образом, мы приходим к неутешительному для некоторых теорий психотерапии (но очень полезному для психотерапии в целом) выводу, что альянс является фоном – своеобразной «смазкой» для эффективной терапии. Его наличие обеспечивает возможность успешного взаимодействия клиента и терапевта в терапии, но при этом сам по себе альянс не связан с эффективностью терапии.



Терапия, нацеленная на понимание и эмоциональную близость, и терапия, сфокусированная на целях, навыках, изменениях.

Альянс безусловно необходим в человеческих интеракциях, в любой успешной коллективной деятельности. Но, видимо, «достаточно хороший» альянс — это не менее, но и не более, чем необходимое условие.

Он обеспечивает эмоциональную удовлетворенность клиента в терапевтической системе.

Все остальные процессы терапии как деятельности обеспечивают ее продуктивность (выполнение поставленных задач).

По результатам исследования, для повышения целевой эффективности терапии необходимо развивать эти процессы (самые важные — в начале):

1. Самоинструктирование как подбор, создание и научение навыкам и развитие помогающего внутреннего диалога клиента;
2. Мониторинг как умение клиента наблюдать за нужными изменениями;
3. Надежда как оптимизм, вера в собственные ресурсы;
4. Конструирование как создание и развитие видения желаемого будущего.
5. Структурирование.

Резюме главы

Терапия является совместной деятельностью в экосистеме «Терапевт-Клиент», в которой формируется их особое сознание (формируются и укрепляются особенности восприятия, памяти, воображения, мышления, поведения, общения). Базовые процессы терапии соответствуют нейробиологии мозга и составляют два Домена – Поддержки и Изменения. Эти домены неразрывно связаны между собой, и эффективная деятельность психотерапии невозможна в отсутствие одного из них так же, как любая кооперативная деятельность, с точки зрения социальной психологии, имеет и эмоциональную, и деловую направленность. Эффективность терапии оценивается по близости к максимальным значениям каждого из этих двух векторов (доменов). Каждый из процессов терапии, составляющих Домены, имеет вполне определенную нейробиологическую основу.

Глава 3. Домен Поддержки

Обычно, чем тяжелее ситуация и сложнее статус клиента, тем менее он подготовлен к целенаправленной фокусированной деятельности и изменениям, и тем больше внимания уделяется поддержке, сотрудничеству, ресурсированию.

Подчеркивается: «для пациентов, страдающих расстройством личности, терапевтические отношения становятся главным в терапии. Их качество определяет тот факт, будет ли пациент продолжать терапию и готов сотрудничать на отдельных ее этапах» (Прашко и др., 2015). Крайне важный вывод состоит в том, что открывать домен изменений (новизны) успешнее получается лишь тогда, когда в достаточной мере установлен домен понимания. Согласно анализу отзывов и данных от опросников, первичные оценки клиентами психологов прямо коррелируют с тем, насколько терапевты устанавливают и развивают Домен поддержки на первых встречах.

Домен поддержки в терапии является отражением сети DMN, которая задействована в автобиографических воспоминаниях, воображении будущих событий, в обработке информации о себе, в регуляции эмоций, в размышлениях о психических состояниях других людей, при принятии этических решений и др.

В Домен Поддержки входят терапевтические процессы, которые:

- формируют и развивают позицию сотрудничества;

- улучшают эмоциональный климат и удовлетворенность терапевтическими отношениями;
- реструктуризируют жизненный опыт, снижают когнитивную нагрузку и упорядочивают личную историю;
- создают ресурсную опору для клиента, которая необходима для работы в Домене Изменения.

Основными процессами Домена Поддержки являются:

1) создание и развитие кооперации (сотрудничества) клиента с терапевтом и с окружением клиента, а также

2) структуризация (упорядочение, рефлексия, усвоение и осмысление) предыдущей истории клиента. Структуризация технически включает и ресурсирование – актуализацию внутренних сил и внешних ресурсов клиента, придание авторства истории клиента (агентивность – агенсу – развитие проактивной создающей устойчивости клиента).

Этот домен нейробиологически основывается на сети DMN – дефолт-системе мозга (пассивный режим работы). DMN сложным образом взаимодействует с сетью целевой активности мозга TPN, причем обычно (в норме) они находятся в антагонистической активности (одна менее активна, когда активна другая), и колебания в их активности непрерывны. Как правило, гиперактивность в DMN значимо связана с тревогой и депрессией. Научно подтверждено, что именно сеть DMN позволяет нам мечтать, вспоминать и воображать, а также пони-

мать себя и других людей. Преднамеренная балансировка DMN с помощью Домена поддержки, а также своевременное задействование Домена изменения (сеть TPN) в процессе психотерапии снижает руминации, самообвинение, тревожность и депрессивные состояния.

Процесс 1. Кооперация: Создание, развитие и поддержание сотрудничества в терапии

*Между
тем, что я думаю,
тем, что я хочу сказать,
тем, что я, как мне кажется,
говорю,
тем, что я говорю,
и тем, что вы хотите услышать,
и тем, что как вам кажется, вы
слышите,
тем, что вы хотите понять
тем, что вы понимаете,
стоит десять вариантов
возникновения
непонимания.
Но, всё-таки, давайте
попробуем...
Б. Вербер*

1. Описание процесса

Терапевтический альянс по праву считается одним из главных «общих факторов» терапии. Однако вектор кооперации, который я предлагаю держать в качестве ориентира, включает не только отношения между терапевтом и клиентом, но и направленность на улучшение взаимодействия **всех** участников всей терапевтической ситуации и их эмоциональную удовлетворенность.

2. Цель и задачи

Поскольку (вслед за Стивом де Шейзером) я рассматриваю формирование отношений клиента и терапевта как формирование временной новой системы — терапевтической экосистемы, то главной **целью** процесса кооперации является обеспечение успешности создания и эффективного динамического развития этой экосистемы (как эмоциональных, так и деловых ее интенций).

Основными задачами работы в процессе кооперации и сотрудничества являются: установление взаимопонимания, поиск отражающих (зеркальных) реакций у собеседника, налаживание коммуникационного обмена, выработка общего языка. Позитивные побочные эффекты: снижение тревожности, обеспечение эмоциональной удовлетворенности деятельностью, ощущение безопасной привязанности у всех участников экосистемы.

Рассматривать терапевта и клиента на совершенно равных ролях (как равноположенных участников диалога), особенно в начале терапии, вряд ли возможно — терапевт является специалистом и выполняет свои задачи, клиент обращается за помощью и считает, что эксперт должен всё объяснить и направить в правильную сторону. Таковы общественные нормы для нашей текущей социальной реальности. Тем не менее, на мой взгляд, даже в такой коммуникативной ситуации существуют интересные выходы на идеи неэкспертности и открытости, например:

1) организация более полного взаимопонимания и обратной связи между всеми участниками;

2) применение логики кооперативных игр в терапии (см. об этом подробнее в разделе «Конструирование»);

3) использование технологических средств мониторинга вовлеченности в процесс как клиента, так и терапевта (нейрогарнитура и другие способы БОС с специальным программным обеспечением);

4) развитие привязанности в терапии между ее участниками согласно теории привязанности (Bowlby, 1969, 1988; Johnson 2004, 2019);

5) использование эмоционального потенциала группы экосистемы клиент-терапевт;

5) постепенный переход от комплементарного (разностатусного) взаимодействия к симметричному (равностатусному).

Немного поговорим об этих идеях ниже.

Традиционно в отечественной социальной психологии выделяют три стороны общения (Г. М. Андреева, 2001). Это – коммуникативная сторона (включающая передачу и понимание информации, её кодификацию); интерактивная сторона (организация сотрудничества, побуждение, взаимодействие, рефлексия и др.); перцептивная сторона (стереотипизация, восприятие образа собеседника, самооценка в общении, выводы о собеседнике). Я считаю очень важным для психолога развивать сознательное внимание к каждой из этих сторон общения, однако терапевтическое общение как деятельность хотя и характеризуется по этим аспектам, содержит больше специальных инструментов и технологий для повышения эффективности каждой из них, нежели случайное или обыденное общение. Согласно первой из аксиом коммуникации (Вацлавик и др., 2000), необходимо помнить, что люди, встретившиеся в одном месте по одному поводу, не могут не коммуницировать так или иначе (даже молча).

Таким образом, любая коммуникация *per se* является сутью терапевтического процесса Кооперации и включает в себя разнообразные методики (техники). Рассмотрим терапевтическую коммуникацию подробнее.

Что касается интерактивной стороны общения, то, технически, гармонизация вектора сотрудничества происходит на нескольких уровнях – вербальном, паравербальном (тон, паузы), проксемическом (поза, геометрия расположения фигур относительно друг друга),

из которых и состоит логосфера (коммуникативное поле) терапевтической беседы.

Терапевтическая беседа – сложный процесс, состоящий из ряда более дробных процессов (навыков терапевта и навыков клиента). Если терапевт включен в слушание и отслеживание состояния клиента и своего собственного, усвоение или запись информации, обдумывание следующей интеракции и общего результата беседы, то процессы клиента не менее сложны. Ему приходится припоминать жизненные ситуации, продумывать и контролировать свои реакции, конструировать желаемое, совмещать это желаемое с той реальной ситуацией, которая окружает его вне кабинета, мотивировать себя на выполнение каких-либо техник или упражнения и многое другое.

В данной работе мы стараемся развивать идею о роли и позиции клиента в терапии, которая важна для терапевта так же, как и позиция терапевта важна для клиента. Поэтому информационный обмен и обратная связь не может быть совершенно односторонней, как это иногда принимается. Небольшие элементы самораскрытия терапевта помогают не только обеспечить лучшую кооперацию, но и выявить новые ключи для терапии в целом (это признают и современные аналитики). Возможно, прозвучит не совсем традиционно, но *клиент может помочь терапевту сделать терапию более эффективной*, терапевт может многому научиться у клиента без нарушения терапевтических границ

и этики. Особенно важно это непосредственно в ситуации взаимодействия, на сессии.

Язык, мысли, обращения к тем или иным вопросам и темам в процессе терапии связаны с иерархией социума и с установлением определенного типа отношений между клиентом, терапевтом, другими участниками. Соответственно устанавливаются и речевые модели. Ключевые слова, позы, жесты и паузы, используемые во взаимодействии, — вот то, что проникает в ткань поля процесса терапии и на чем строится развитие кооперации в клиентской системе.

3. Нейробиологическая основа

О нейробиологии привязанности написано немало книг, проводятся специализированные семинары. Обращу внимание читателя на несколько ключевых фактов нейробиологии привязанности и на вытекающие из них следствия.

Так, в книге «Терапия нарушений привязанности: От теории к практике» К. Бриш указывает на то, что «что отношения привязанности между пациентом и терапевтом (therapeutic bond) с учетом всех прочих переменных, которые могут влиять на результат терапии, имеют решающее значение для составления прогноза лечения» (Бриш, 2012), Аффективная согласованность и эмоциональный климат, гармоничные позиции тера-

певта и клиента — очень важны. «Привязанность, установившаяся в ходе раннего развития между матерью и ребенком, и связанные с ней исследовательские потребности и формы поведения могут быть перенесены на терапевтическую ситуацию» ... «Человек, к которому младенец испытывает первичную привязанность, действует как психобиологический регулятор либо дизрегулятор гормонов ребенка, которые управляют прямой генной транскрипцией. На уровень кортизола в мозгу младенца (а кортизол отвечает за стрессовую готовность) значительное влияние оказывает социальное взаимодействие матери и ребенка. Из всего этого следует, что нейротрансмиттерные расстройства необязательно должны быть врожденными, на них могут оказывать влияние психологические переменные величины, действовавшие в период раннего развития» (там же).

Экспериментально подтверждено, что введенный в нос окситоцин во время спора между партнёрами улучшает понимание и уменьшает выделение гормонов стресса. Вероятно, в будущем в психотерапии будет использоваться подобный метод, но пока что мы предлагаем обратить внимание на следующие важные моменты:

- надежность и эмоциональная устойчивость терапевта;

- терапевтическая роль конфронтации клиента и терапевта с собственными паттернами привязанности;

- развитие способности обсуждать отношения;
- развитие и заботливая поддержка уязвимых эго-состояний;
- развитие понимания потребностей в кооперации и отношениях и способов удовлетворения этих потребностей;
- развитие способности замечать, что люди делают для тебя и как ты отвечаешь на это;

В курсе подготовки психологов процессу кооперации мы уделяем высокое внимание, однако не в ущерб другим процессам терапии.

4. Социально-психологический аспект

Эмоциональный потенциал экосистемы «Клиент-Терапевт»

Возможности, скрытые в сотрудничестве и эмпатическом взаимопонимании, в отечественной социальной психологии определены как **эмоциональный потенциал** группы (Лутошкин, 1982, 1988; Немов, Кирпичник, 1988; Михальский, 2000, 2001). Это – заложенные в эмоциональных состояниях членов группы возможности повышения эффективности работы и субъективной удовлетворенности. Существуют определенные характеристики эмоционального потенциала коллектива взрослых, а именно: направленность активности, организованность и эмоциональное единство. На основе

последнего, в свою очередь, происходит становление таких групповых свойств, как интеллектуальное и волевое единство.

При создании, формировании, управлении эмоциональным потенциалом коллектива необходимо принимать во внимание уровень развития, социально-психологическую атмосферу и ритм эмоциональных настроений группы. Оптимальной является благоприятная психологическая атмосфера согласно методике «карта-схема» на основе цветописы А. Н. Лутошкина; сформированность и положительная эмоциональная окраска психического индивидуального и группового образа реальности; сформированность и положительная эмоциональная окраска психического индивидуального и группового образа достижения (образа будущего).

Ранее были разработаны следующие рекомендации по оптимизации эмоционального потенциала группы взрослых (Михальский, 2001): построение положительно эмоционально окрашенного образа достижения группы; мониторинг жизнедеятельности группы во время эмоционально значимых ситуаций; использование ее социально-психологических особенностей (таких как эмоциональная ритмика, особенности направления деятельности и межличностных отношений, особенности генезиса и жизнедеятельности, особенности реагирования участников в эмоционально значимых ситуациях; организация взаимодействия руководства рабочих

групп с консультантами (супервизорами) и использование современных технологических возможностей (БОС) в работе по оптимизации эмоционального потенциала коллективов взрослых.

Эмоциональный потенциал коллектива является феноменом групп, достигших определенного уровня развития (команды, коллектива), присутствующим в реальной и потенциальной области их существования. Эмоциональный потенциал опосредован деятельностью группы и ее членов, является существенным компонентом коллектива как системы, определяющим его функционирование, изменения, эффективность и общую успешность жизнедеятельности.

Стадии развития отношений

Также с социально-психологической точки зрения, отношения между клиентом (индивидуальным или парой, семьей, группой) и терапевтом проходят более или менее выражено через все стадии групповой динамики.

Успешное прохождение этих стадий зависит не только от адаптивности клиента и терапевта, но и от того, какое внимание уделяется взаимной поддержке на протяжении всего пути, насколько уместно, бережно и внимательно мы обсуждаем, что именно происходит, где мы находимся сейчас.

Стадии развития отношений в динамике:

1. Формирующая стадия поиска первичных действий для решения задачи, а также налаживание отношений —

поиск подходящей формы общения, распознавание вербалики и невербалики друг друга, подстройка.

2. Конфликтная стадия — эмоциональность, поднимающаяся в ответ на невозможность быстрого выполнения поставленных задач или в ответ на обнаруженные паттерны непонимания.

3. Нормирующая — закрепление ролей, чувство надежной сплоченности, возможность открытого выражения позиций, мнений, интерпретаций. Безусловно, переходу и закреплению этой стадии способствует использование средств (устных опросов или письменных опросников) обратной связи. В совместной деятельности клиента и терапевта на 1, 2 и 3 стадиях в основном преобладают процессы из Домена поддержки (Кооперация, Структурирование).

4. Стадия функционирования (исполнения) — текущая работа над задачами, обсуждения, структурирование и конструирование, выполнение домашних заданий и репетиция навыков, мониторинг. На этой стадии большая роль принадлежит процессам Домена изменений.

5. Стадия расставания, которая наступает в результате логического завершения работы, может характеризоваться эмоциями, уместными в ситуации утраты — грустью, печалью, но при этом — пониманием логической необходимости завершить отношения, положительной оценкой сделанной работы, оптимизмом и видением новых возможностей.

Если терапия прекращается преждевременно на какой-либо из стадий, она часто характеризуется чувствами беспокойства, тревоги, злости, подавленности и т. п. Это означает, что деятельность не завершена, остаются недоработанные и неадаптивные эмоции. В таких случаях наилучшим решением будет обсуждение того, что происходит, и выработка понимания – на какой мы стадии находимся, что мы можем сделать для восстановления сотрудничества, или следует рассмотреть другие варианты, например, смену психолога, прекращение терапии и так далее.

Некоторые типичные проблемные ситуации взаимодействия и рекомендации по ним приводятся в Приложении.

5. Возможные ошибки и ловушки

Ошибки перцепции

Стереотипы, ярлыки и проекции терапевта на клиента.

Ошибки коммуникации (не совпадает язык, нет понимания)

Недостатки интерактивной стороны коммуникации – терапевт не мотивирует, не взаимодействует с клиентом как с живым организмом.

Слишком близко

Нарушение границ в отношениях (здесь, как правило, нарушаются типичные этические ограничения, которые должен соблюдать терапевт).

Преобладание эмоциональной стороны коммуникации в ущерб деловой, влияние переноса и контрпереноса.

Слишком отстраненно

Терапевт намекает на сокращение периодичности или количества сессий.

Предпочтение краткосрочной терапии может быть сигналом о ненадежной привязанности, возникает риск ретравматизации клиента.

Преобладание деловой стороны коммуникации в ущерб эмоциональной.

6. Некоторые методы и техники создания и поддержания кооперации

Создание сакрального пространства терапии

Как считается в подходе «Пятое царство» – Fifth Province (McCarthy, 2010), терапия – это сакральное пространство диалога – место, где встречаются и «складывают оружие», чтобы высказаться и быть услышанным. Важно предоставить клиенту место и время – соблюдать очередность реплик и делать паузы

между репликами, таким образом, чтобы каждый был слышан. Слова, падающие в центр между собеседниками, производят волны, как камешки, падающие в воду, и требуется время молчания, чтобы волнение улеглось.

Невербальные признаки напряжения клиента — повторяющиеся движения, ерзание, застывший взгляд, натянутая улыбка, закрытая или неестественная поза — все это может навести вас на мысль, что необходимо замедлиться, спросить обратную связь, обсудить происходящее. Даже если вы не угадали и все в порядке, то это не будет лишним.

Поддерживайте кивками, «да» и «угу», улыбкой и взглядом те моменты, когда клиент более расслаблен, уверен в себе и говорит спокойно и точно. Поощряйте больше те моменты, которые соответствуют выбранному вектору в данный момент — например, если клиент говорит о личной истории и структурирует её — дайте говорить, кивайте и помогите структурировать.

Всегда думайте заранее, какую реакцию может вызвать ваш вопрос, высказывание или невербальное проявление — полезно ли это будет клиенту в данном контексте.

Следуя за клиентом...

Можно следовать за клиентом всюду, всегда и во всем. Например — если человек приходит с желанием задавать вопросы и получить ответы — пусть —

попробуем так. Значит, сейчас не время для вопросов! В этом определенно есть здравый смысл. Потому как никто больше самого клиента не чувствует — сколько у него на данный момент ресурсов! А если не хочется отвечать — значит этого делать не нужно — именно здесь и сейчас. Возможно — через какое-то время тот же самый вопрос будет желанным как никогда!

Всему свое время...

Гармонизирующий диалог

Для определения типа и особенностей речевой ситуации между клиентом и терапевтом предлагается использовать **4 критерия** (шкалы) (Михальская, 2013):

1. Монологичность / диалогичность

2. Иерархия / равенство

3. Агональность / гармонизация

4. Онтологичность / релятивизм

Можно определить специфику терапевтической коммуникации по степени проявленности этих четырех признаков, каждый из которых может быть проанализирован с помощью наблюдения и контент-анализа. Это вполне объективные критерии, по которым можно оценивать те или иные действия и реплики психолога:

1. Монологичность / диалогичность взаимодействия

Как пишет А. К. Михальская, «...речевой идеал Сократа (Платона) предстает как диалогический, равноправный (несмотря на скрытую в нем иерархию — ведь

Сократ, понимая, что никто из его собеседников ему не равен, тем не менее изобретает иронию и майевтику как способы осуществления равноправного движения к истине в диалоге ..., гармонизирующий, онтологический (истинностный)». Так и терапевт стремится в диалоге быть равным, открытым, кооперирующим, стремящимся к поиску и нахождению истины.

2. Иерархия / равенство

В нейроконструктивной терапии, которая нацелена на балансировку доменов, неприемлема монологическая позиция терапевта, доминирующая с помощью речевой власти, подавления, директивных указаний. К сожалению, и позиция *вопрошающего* терапевта также не застрахована от проявления власти. На поле доминирует тот, у кого мяч, и это справедливо относится как к директивной терапии, так и к недирективной. Иерархия выражается не в том, задает ли терапевт вопрос или отвечает, или кто из участников говорит монологически. Иерархия возникает, когда присутствия одного из участников диалога настолько много, а пространства для другого настолько мало, что нарушен баланс. Поэтому использование исключительно вопросных техник терапевтом — не гарантия равенства диалога, и даже наоборот, вопрос является средством установления власти и иерархии: кто задает вопрос, тот задает тему и требует ответа. Равенство будет возникать в равной об-

становке (безопасность, равенство места встречи), при равной доле речевого проявления сторон, при подлинном раскрытии содержания ответов и вопросов клиента, равно как и вопросов и ответов терапевта. Именно поэтому нам представляется важным момент работы с вопросами клиента, который приходит на сессию. Что скрывается за его вопросами? Выслушали ли мы их и приняли, дали ли им пространство? Получили ли нужную долю уважения и раскрытия вопросы клиента? В связи с этим работа с вопросами клиента выносится в отдельные параграфы.

Равенство гармонизирующего диалога обеспечивается также созданием пространства для каждого из участников терапии, как проксемического (проксемика – пространство, время диалога) и невербального, так и вербального пространства.

3. Агональность / гармонизация

От противостояния и конфликта к единым целям и сотрудничеству. Участники не только должны иметь равное место и одноуровневую позицию в пространстве, но и получить место и равную позицию при любых их высказываниях. В противном случае возникает не только противостояние, но и «колонизация» (захват и подавление) физического и психического пространства другого. После каждого высказывания любого из участников в гармонизирующей терапии обеспечивается достаточная пауза. Таким образом создается «са-

кральное пространство» для существования, развития и со-конструирования. Естественно, наличие достаточного терапевтического пространства прямым образом отражается на качестве альянса между клиентом и терапевтом, а также на степени кооперации всех участников процесса.

4. Онтологичность / релятивизм

От убеждения, что есть одна объективная реальность, которой должен придерживаться собеседник, — система клиент-терапевт перемещается к пониманию и уважению полифоничности голосов в диалоге.

Как понять, что с балансом в разговоре все гармонично?

Какие вопросы обратной связи призваны обнаружить дефицит гармонизирующего диалога и речевого баланса? Вот некоторые из них:

— Присутствует ли в разговоре достаточно пространства для вас, чтобы выразить все, что вы хотели сказать?

— Был ли терапевт так понятен и доступен вам, как вы ожидали?

— Была ли беседа гармоничной для вас?

— Была ли беседа честной, правдивой и открытой для всех сторон?

— Касались ли вы того, что было по-настоящему важно вам?

– Удалось ли открываться в беседе так, как вы сами посчитали нужным?

– Приносит ли разговор эмоциональное удовлетворение?

и другие.

Контекст надежной привязанности

Контекст развития надежной привязанности в отношениях терапевта и клиента также создает безопасное пространство – «платформу, на которой происходит весь процесс изменения в эмоционально-фокусированной терапии» (Johnson, 2019).

Среди приемов установления и терапевтического поддержания надежной безопасной привязанности – отражение эмоционального фона сессии, установление эмпатического отклика между клиентами, а также между терапевтом и клиентом, обеспечение безопасности отношений, выражение интереса к внутреннему миру клиента и его ситуации, обеспечение безопасности зоны ближайшего развития, установление развитых отношений между двумя людьми (а не сугубо пары «эксперт-учащийся»), использование ограниченного самораскрытия терапевтом и другие.

Комплименты

Невербальные проявления сотрудничества (кивание, отзеркаливание, открытые жесты и т.д.) и короткие звуки – самая простая и понятная форма коммуникации.

Обратим внимание — крики болельщиков, возгласы поддержки и мотивации («ура!»), сексуальные вокализации — все это служит неизменным на тысячелетия стимулом для значимых других. Даже такие короткие слова как: «Да! Ух ты! Понимаю! Как так!» замечательно поддерживают клиента в самых разных моментах сессии. Нужно быть немного актером и использовать вербальные, паравербальные и невербальные подкрепления.

Когда клиент рассказывает о сложных ситуациях, которые он преодолел, потихоньку раскрывается, мы уже можем в адекватной степени похвалить его достижения (не преувеличивая и не перехваливая). Сопереживание, эмпатия, сочувствие человеку и в радости, и в горе — уникальный фактор терапии, который нельзя недооценивать. Именно поэтому мы должны быть свежими и открытыми каждому новому клиенту, на каждой следующей встрече. Доверие и прямая похвала («Как здорово, что вы с этим справились», или «На самом деле получил пятерку? Это здорово?!»). Возможно — немного «недоверчивая» позиция — «Да ну? Не может быть, сложно даже поверить!») — все это не только снимает барьеры в общении, но и выводит коммуникацию на совершенно новый позитивный уровень для конструирования решения.

Используя комплименты-вопросы, мы проявляем интерес к человеку, удивляясь тому, как у него получается то или иное поведение, умение и т. п. «Как вам это

удаётся?» — центральный вопрос такого комплиментавопроса, стимулирующий клиента искать в прошлом подтверждение своих умений, вместе с тем совершенно очевидно, что это и определенная похвала его способностям. Здесь мы соотносим с конкретным человеком совершенно конкретные успехи.

«Как же поступить в такой сложной ситуации?»
Меньше всего клиент ожидает от психолога такого вопроса. И тем не менее, такой вопрос будет естественным в нейроконструктивной терапии, где клиент является экспертом в своей проблеме. Мы можем не только признать роль эксперта, но и занять «позицию незнайки», выразить таким образом, что в этом конкретном случае клиент сам проявляет гораздо большую мудрость, чем мы. И мы имеем право попросить у него совета.

Вспоминая гипнотерапию Милтона Эриксона, можно заметить, насколько часто используются позитивные, ресурсные слова и заведомо утверждающие обороты (пресуппозиции) в коммуникации терапевта с клиентом. Речь может содержать не только позитивные и ободряющие выражения, но и способы передачи уверенности в том, что любая проблема может не только периодически слабее проявляться, но и иметь исключения, а клиент — силы справиться с ней.

Завершение сессии — ещё один удобный момент для того, чтобы дать клиенту возможность увидеть со стороны свои позитивные ресурсы и силы, а тера-

певту — усилить их, ещё раз подчеркнуть их значимость со своей позиции: *я впечатлен, тем, как вы справляетесь с...*

Три «Да» подряд

Один из самых известных вербальных приемов укрепления сотрудничества, который я приведу в качестве примера. Его смысл — задавать в начале несколько вопросов, на которые собеседник заведомо ответит «да». Это создает со-настройку и укрепляет понимание, а точнее — взаимное позитивное превосхищение в разговоре. В обычной жизни такие приемы используются непреднамеренно и складываются в силу традиции — например, на вопрос «Как дела?» все как-либо реагируют, обычно — автоматическим «Хорошо, спасибо». Для того, чтобы построить «Да-вопрос», можно использовать слова собеседника, например, «я правильно понял, что (*...включаем слова партнера...*)? — Да! — И, наверное, это значит, что (*...делаем наиболее вероятное предположение*)? — Конечно».

Цветопись как дневник между сессиями (или цветопись самих сессий)

Иногда вместо шкалирования настроения от 0 до 10 будет интереснее определить цветовую гамму, которую будет использовать клиент (а возможно, и терапевт) для того, чтобы отмечать в конце сессии

свое настроение. Методика цветописси разработана А. Н. Лутошкиным в 1970-х годах и использовалась для определения психологического климата коллектива (см., в частности, Михальский, 2001).

Суть в том, что настроения выражаются с помощью различных цветов, строится динамичная картинка изменения цвета (например, цветное облако).

Цвет	Настроение
красный	восторженное, активное
оранжевый	радостное, теплое
желтый	светлое, приятное
зеленый	спокойное, уравновешенное
синий	грустное, печальное
фиолетовый	тревожное, неудовлетворенное
черный	унылое, упадническое
белый	трудно сказать

Во время заполнения матрицы можно поговорить о причинах того или иного состояния. Такую цветоматрицу удобно заполнять онлайн. А. Н. Лутошкин в исследованиях рабочих коллективов просил сотрудников отмечать цвет в начале дня и в конце дня. В терапии можно геймифицировать ежедневные записи клиента или записи настроения в начале и в конце сессии...

Процесс 2. Структурирование: Упорядочение и ресурсирование жизненного опыта

*Цель части – как одной,
так и многих –
целесообразность всей
структуры
Гален*

1. Описание процесса

Предыдущий процесс (сотрудничества, альянса и взаимопонимания) крайне важен в терапии, однако его недостаточно для поддержки клиента. Образно говоря, для экономии энергии наша психика требует упорядоченности и структурированности видения ситуации и нашего прошлого опыта. Клиент часто ждет не только сочувствия, но и разбора и анализа ситуации. Цитата: *«Когда я обращалась к психологу, я ожидала, что мы проанализируем ситуацию, подумаем, какие действия привели к такому результату. Психолог мог спросить:*

„Что вы думали, когда делали так, почему рассчитывали на это, из-за чего расстроились и т.д., что планируете. Вот тут, наверное, плохо сделали, тут перегнули палку, и так далее“. Я ожидала разбора и анализа ситуации. А не сочувствия. Я и без терапевта в курсе, что „мне тяжело“. Для понимания этого факта мне терапевт не нужен...»

2. Цель и задачи

Целью работы в работе домена поддержки является снижение тревожности, усиление когнитивной связности и повышение энергии.

Основными задачами работы в домене поддержки (в процессе структурирования) являются: упорядочение, валидация и объяснение прошлого опыта (проблемы); выдвижение и построение гипотезы; а в части ресурсирования – поиск ресурсов; постепенное создание альтернативного видения линии жизни клиента; поддержка клиента на пути изменений (мотивация, развитие самооценки, работа с убеждениями о неспособности/дефективности).

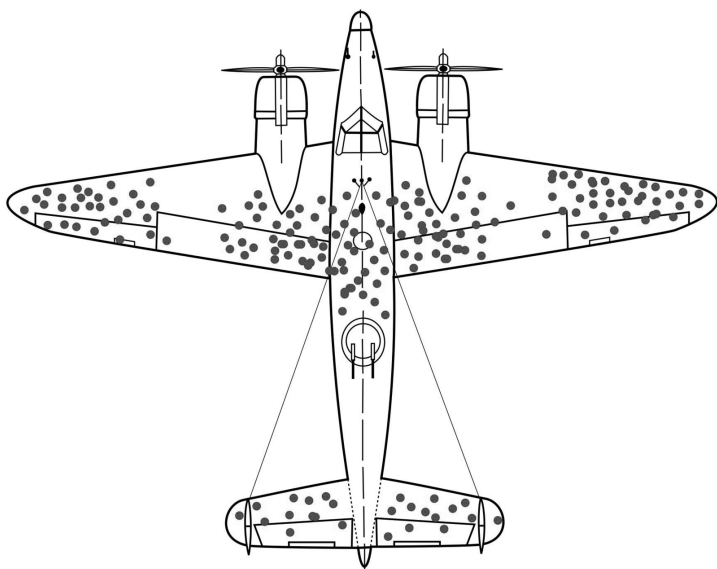
Гибкость взаимодействия между элементами в сложных живых системах способствует оптимизации системы для наиболее эффективного выполнения их целей. Ригидность удерживает системы от разрушения и обеспечивает их функционирование согласно принятым

в системе правил. Главным принципом организации системы, подчеркнем, является не адаптивность, изменчивость, гомеостаз и другие параметры, а функциональность — то, насколько система выполняет свои функции (и каковы они).

Таким образом, мы приходим к пониманию, что в системе есть не только жесткие структурные, но и гибкие сильные (опорные, ресурсные) отношения. Суть ресурсирования — создание и укрепление ресурсирующего контекста (поиск и использование проблемы, против которой объединяется активность, или создание поддерживающей темы).

«Ошибка выжившего» в терапии

Здесь я бы хотел привести по аналогии известную метафору «ошибка выжившего» — она отлично иллюстрирует то, какую ошибку часто допускают подходы, ориентированные на проблему. И заодно будет понятен принцип эффективной поддерживающей терапии — опора на сильные стороны.



Во время войны, изучая самолеты, которые вернулись на базу, инженеры задумались, какие элементы конструкции необходимо укрепить, чтобы снизить уязвимость. Первой мыслью, приходящей инженерам (и психологам) было – *конечно же, те, которые получили больше всего пробоин*. Однако, по зрелом рассуждении, инженеры пришли к выводу, что укрепить стоит, как ни парадоксально, **наименее** поврежденные, но критически важные для функционирования зоны – **отсутствие повреждений в неповрежденных местах позволило самолетам вернуться на базу**. Таким образом, те клиенты (и семьи), которые добрались до терапии, **уже** имеют сильные опорные точки – ресурсы.

Значит, стоит обращать и укреплять то, что работает: ведь если в процессе жизни клиент потеряет это, то уже не найдет ресурсов на терапию. Такова своего рода «скорая помощь». Позже можно будет заняться другими вопросами. Поэтому представляется совершенно замечательной идея, которая пришла в голову семейному терапевту Дону Норуму в 1978 году (он выступал на конференции в Милуоки с темой «Семья знает решение»). Эту идею чуть позже подняли на щит его знакомые, сотрудники Центра краткосрочной семейной терапии в Милуоки (Стив де Шейзер, Инсу Ким Берг, Ева Липчик, Мишель Винер-Дэвис и другим) – больше спрашивать клиентов о том, что уже хорошо работает, что хотелось бы сохранить. Это непосредственно обеспечивает функциональность системы.

Однако я на практике увидел, что очень многие клиенты (подавляющее большинство) не кидаются в исследование новых и неизведанных земель, но сначала хотят получить логичное объяснение того, что именно с ними происходит, каковы причины проблемы, что планирует делать терапевт, как работает тот или иной предлагаемый клиенту подход. Особенно важно – получить разъяснение, на какой основной идее этот подход построен. В некоторых подходах (яркий пример – когнитивно-поведенческая терапия) такое разъяснение является **заложенным** в саму структуру работы, более того – это необходимая часть работы терапевта. Например, в когнитивно-поведенческой терапии клиент

на самых первых сессиях получает объяснение того, как мозг управляет поведением, как влияют на это автоматические мысли и глубинные убеждения, а также приобретает много других сведений, призванных структурировать его мышление, упорядочить, сделать логичным сам процесс терапии.

Мне представляется это значительной идеей, и поэтому я предлагаю включать в процесс структурирования передачу клиенту доступным и понятным образом определенных сведений касательно логики терапии.

Каковы центральные идеи, которыми нам стоит поделиться с клиентом в первую очередь (если он будет заинтересован в этом)? Конечно, это будет зависеть от того подхода, в котором мы работаем.

Как объяснить клиентам, что у вас нет заранее заданного протокола работы, если вы работаете в конструктивном подходе?

Например, для того, чтобы подчеркнуть и объяснить важность работы с конструированием будущего, можно рассказать собеседнику следующие ключевые пункты.

1) Жизненный опыт человека может припоминаться по-разному в зависимости от того, что происходит в момент припоминания. Можно привести пример с детством — когда-то мы припоминаем хорошие моменты, а когда-то плохие. От чего это зависит? Бывали ли плохие моменты, которые, однако, вспоминаются как важные или полезные? Наше состояние определяют

не столько факты прошлого, сколько наше отношение к ним и то, как работает мозг, вспоминая прошлое. А значит, нам очень важно понять, чего мы хотим в будущем, найти первые шаги от прошлого к той жизни, которой хочется жить.

2) Поведение личности во многом управляется не просто «чистым прошлым опытом» (который всегда припоминается по-новому – см. п. 1), а ожиданиями от будущего. Мы всегда делаем тот или иной выбор, основываясь на интересе, или тревоге, на убеждениях о том «как это может быть», на ожиданиях, на необходимости удовлетворить ту или иную потребность в будущем (с верой, что она будет удовлетворена). Пример: Когда вы начинали делать самостоятельные выборы (принимать самостоятельные решения), все ли они были правильными? Какие решения основывались на том, что говорили значимые люди? Какие решения вы принимали из интереса, а какие из страха за будущее?

3) Некоторые подходы в терапии нацелены не на анализ убеждений и блоков, которые сейчас «негативят» и заставляют нас делать неоптимальный выбор, а на создание, поиск и развитие адаптивных убеждений («позитивных программ психики»), которые помогут более полно реализовать себя и жить желаемой жизнью (а негативные окажутся не нужными и прекратят свое действие незаметно). Для этого мы много уделяем внимание не только анализу важных жизненных событий, но также много говорим о будущем.

4) У всех нас одно единое будущее, и мы стараемся предвосхитить его не только пассивно, из позиции «будь что будет». Хотим мы этого или нет, мы активно конструируем то, как мы хотим видеть мир вокруг себя. Для этого мы отталкиваемся не только от своей позиции и желаний, но стараемся простроить объемную, полную, системную картину желаемого будущего, учитывая, как в ней представлены значимые другие. Также нам важно понять, какими могут быть первые шаги к будущему, и сделать их.

5) Мы считаем, что в человеке всегда включена упреждающая обратная связь. Психика живет «на шаг впереди» – в определенном предвосхищении будущего. Этот процесс весьма незаметен, потому что это фоновая, но не яркая работа мозга. Точно так же мы не думаем о том, как именно мы мыслим, о том, куда направлено наше внимание и т. п. Такая прогнозирующая работа мозга имеет свои четкие характеристики и жесткие стереотипы. Она во многом зависит также от темперамента и характера. Но при этом такое состояние изменяется динамически в течение дня, от момента к моменту, и может быть скорректировано.

6) Нейроконструктивная терапия также нацелена на развитие предвосхищения, умения строить «точку сборки» – привычку прогнозировать и конструировать собственное будущее. Она помогает человеку определить его желаемые контуры и делать ежесекундные вы-

боры таким образом, чтобы прожить жизнь, которую он считает достойной.

7) Метафоры, которые могут быть полезными для укрепления процесса конструирования:

а) Метафора человека, который случайно застрял ногой в яме или другой ловушке – стоит ли обсуждать, как он попал в яму, или нужно подумать о том, как выбраться и что для этого лучше сделать?

б) Метафора управления машиной, глядя в зеркало заднего вида. Разумеется, удобнее управлять, смотря вперед в лобовое стекло, но посматривать при необходимости в задние зеркала.

в) Метафора человека, спрашивающего дорогу на улице. Стоит ли узнавать, откуда он идет, как рано он вышел из дома и что любит есть на завтрак, почему он заблудился? Может быть, проще спросить, куда именно он хочет попасть, помочь ему с картой на мобильном телефоне и вместе подумать, как пройти?

г) Метафора «Палатка выживания». Если представить, что надвигается серьезный погодный катаклизм, то что нам хотелось бы взять в такую палатку из сегодняшней ситуации? Что сейчас должно остаться таким, как есть?

Структурирование и ресурсирование – важные процессы. Во многих подходах терапии этому уделяется большое внимание, поскольку «способ переживания событий и определяет психологическую судьбу личности» (Бурлачук, Коржова, 1998), а «идентичность человека

конструируется именно в процессе выслушивания и рассказывания историй о своей жизни и жизни других людей» (Уайт, 2010). Как пишет Л. Козолино, «даже описание ваших переживаний поддерживает модуляцию эмоций и телесных реакций сверху вниз. В большой серии исследований, проведенных Джеймсом Пеннебейкером [Pennebaker, 1997] и другими учеными, испытуемых просили вести дневник об эмоциональных проблемах, имеющих личную важность, особенно о переживаниях, связанных с близкими личными отношениями. Эти исследования показали улучшение самочувствия, включая уменьшение физических симптомов, посещений врача и прогулов на работе (Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Также было обнаружено, что ведение таких записей коррелирует с большим уровнем Т-хелперов, активностью естественных клеток-киллеров и уровнями антител к гепатиту В, а также с более низкими уровнями сердечного ритма и проводимости кожи (Christensen et al., 1996; Petrie et al., 1995; Petrie, Booth & Pennebaker, 1998). Дневник об эмоциональных проблемах, вероятно, увеличивает префронтальную активацию, подавляя негативную эмоциональную активацию миндалевидного тела (Dolcos & McCarthy, 2006). Наша способность „приручить“ миндалевидное тело (и ось НРА) с помощью языка и рассказов приводит к каскаду положительных физиологических, поведенческих и эмоциональных эффектов» (Козолино, 2022).

Однако психотерапия не может рассматривать человека исключительно через призму прошлого или как статичную данность. По методологии, предлагаемой школой экосистемной психологии, которую я горячо приветствую, единицей анализа является человек, направленный на цель, который действует в той или иной конкретной ситуации и среде, получая и постоянно настраивая обратные связи и реакции. Важно сохранить интеграцию контекста и человека (Ittelson et al, 1974, Proshansky & O'Hanlon, 1977). «Индивиды – не палочки, которые двигаются под влиянием стимулов среды. Они констатируют и используют свое окружение в зависимости от своих интересов и мотивов и действуют согласно своей дефиниции ситуации» (Warner, Kaplan & Cohen, 1973). Поэтому неотъемлемыми процессами терапии являются также и процесс конструирования, и другие – во всей совокупности. С точки зрения психологии взаимодействия с окружающей средой важным является не столько выяснение причинных связей, а изучение старых паттернов поведения, создание и закрепление новых адаптивных паттернов – опираясь не на жесткие теории личности, а на динамику прошлых, текущих и будущих ситуаций и контекстов.

Кроме того, именно процесс структурирования является процессом сбора и упорядочивания информации, на основе которого происходит конструирование желаемого будущего, принимаются решения о действиях. П. К. Анохин писал: «Совокупность всех предвари-

тельных расчетов и соображений должна составить (например, в торговом деле) основу афферентного синтеза, приводящего к решению и выбору действия с наилучшим результатом. Так, например, Ханике (1969), касаясь проблемы управления, пишет: «Цель заключается в том, чтобы обеспечить принятие решений на основе систематического анализа».

Насколько отчетливо именно в проблеме управления предприятиями встают вопросы о необходимости афферентного синтеза, совершенно схожие с биологическими проблемами, видно из того удивительного совпадения, которое получилось в аргументации Ханике и нашей собственной по поводу роли афферентного синтеза.

Для выявления наличия широкого афферентного синтеза у человека перед принятием решения рассмотрим пример, когда пешеход переходит улицу. Перед тем как принять решение о переходе, человек должен тщательно оценить довольно большое количество компонентов этого афферентного синтеза (число машин, скорость движения, ширину улицы, свои силы и др.). Аргументируя наличие этой стадии в системной деятельности человека, Ханике также приводит именно этот пример, перечисляя все параметры, которые должны быть учтены для принятия решения о переходе» (Анохин. 1973).

3. Нейробиологическая основа

Структурирование — это, говоря простым языком, раскладывание по полочкам. Упрощение сложного и создание понятной структуры. Многим знаком термин «когнитивная нагрузка», который уже более 30 лет назад предложил австралийский нейрофизиолог Джон Свеллер (Sweller, 1980). Рабочая память, получающая в обработку сложносоставной и непонятный материал, испытывает перегруз, что отражается на эмоциональном состоянии и на физиологическом статусе. Николас Карр пишет: «Когда нагрузка превышает способность нашего разума перерабатывать и сохранять информацию, мы становимся неспособны удержать части данных или создавать связи с другими воспоминаниями. Мы не можем перевести новый материал в концептуальное знание. Страдает способность к обучению, а понимание ослабевает» (Карр, 2012). Процесс структурирования (проговаривание, поиск причинно-следственных связей и их осознание, упрощение и схематизация картины болезни и т.п.) закономерно уменьшает когнитивную нагрузку. «В этом процессе клиенты узнают, как их прошлое и настоящее поведение может усугублять и даже создавать проблемы, для решения которых они ищут помощь» (Козолино, 2022).

Но вместе с тем, обсуждения в процессе **структурирования** немедленно переводят прошлый опыт в рабо-

чую память. С одной стороны, это совершенно необходимо для подготовки материала под переработку в процессе конструирования и для поиска моментов желаемого будущего (с точки зрения нейробиологии это – реконсолидация, обновление памяти). С другой стороны, возврат к негативным воспоминаниям может вызывать когнитивную перегрузку и сильные эмоциональные и физиологические реакции, поэтому с этим необходимо обращаться осторожно (дополнительное обучение помогает психологам эффективно обращаться с процессом структурирования, не допуская нежелательных перегрузок и диссоциации). На этапе структурирования имплицитная схема клиента выявляется и встраивается в непосредственный сознательный опыт здесь-и-сейчас (говоря терминами когерентной терапии Брюса Экера). В разделе «Техники структурирования» я рассказываю о технике «Исследование конструктивной роли симптома», которая позволяет исследовать негативный эмоциональный опыт и построить мостики между «тогда» и «сейчас». Похожие техники в различных ракурсах используются на определенных этапах в терапии EMDR, схема-терапии, когерентной терапии, транзактном анализе и других подходах.

Как и в преподавании, в терапии не следует создавать информационный перегруз. Средства наглядной визуализации (схемы, картинки), метафоры, четкие структурированные обсуждения – все эти инструменты помогают психике лучше справляться с пониманием

и структурированием потока старых воспоминаний и по-новому укладывать информацию.

Согласно теории когнитивной нагрузки, можно предложить следующие принципы, которые используются и в педагогике (Sweller, 2011):

1) Принцип отсутствия цели. Клиент всегда стремится найти единственно верный вариант объяснения. Это не считается полезным, поскольку создает высокую нагрузку. Возможно, лучше попросить придумать несколько вариантов объяснений.

2) Принцип проработанного примера. В процессе структурирования не придумываем нечто кардинально новое, а используем направляемое открытие или опираемся на широко известные, «типичные» примеры (здесь работает феномен «О, ведь и у меня точно так же!»).

3) Принцип частичного завершения. Подсказки (например, научные объяснения) даются клиентам для того, чтобы они могли сфокусированно сосредоточиться на развитии своих навыков.

4) Принцип фокусировки внимания. Несколько источников внимания, которые разделены в пространстве или времени, необходимо соединить в один (например, работаем в одной модальности или строим четкие мостики между сессиями).

5) Принцип модальности при усвоении информации. Более эффективно, когда информация подается на разные сенсорные каналы: например, схемы демонстрируются визуально, а пояснение дается устно.

Также известно, что структурирование в терапевтической работе помогает наладить баланс между эмоциями и рационализацией. Как пишет Луис Козолино: «Подумайте, что мы делаем, когда помогаем клиентам перейти от их собственной точки зрения к рассмотрению ситуации с другой точки зрения или более объективно. Мы по-разному обращаемся к орбитомедиальной префронтальной коре и дорсолатеральной префронтальной коре, пытаюсь направить их к более целостному видению любой конкретной ситуации. Этот процесс, скорее всего, способствует росту систем орбитомедиальной префронтальной коры и дорсолатеральной префронтальной коры, одновременно создавая новые мозговые сети для объединения и интеграции этих двух систем» (Козолино, 2022).

В нейроконструктивной терапии структурирование и **ресурсирование** относятся к одному процессу, потому что они в определенном смысле неотъемлемы друг от друга. Правильно проводимое ресурсирование – это само по себе – поддерживающее клиента структурирование. И наоборот. Такое невозможно без одновременно успешно проходящего процесса Кооперации. Как пишет Л. Козолино, «В контексте эмпатической настройки в безопасной и структурированной среде клиентов поощряют справляться с тревогой, вызванной беспокоящими переживаниями, воспоминаниями и мыслями. В этом процессе нейронные сети, которые обычно заблокированы, активируются и становятся доступными для вклю-

чения в сознательную обработку» (Козолино, 2022). Ресурсирование – это, в частности, и пересмотр, и поиск позитивных моментов в детском опыте, что позволяет переписать жизненный нарратив в форме, гораздо более полезной для самовосприятия клиента. Уверенность, чувство социальной защищенности, просоциальное контактное поведение сопровождается активацией левого полушария (аналогично тому, что происходит и в детстве во время радостного общения малыша с родителями). В исследованиях по Ориентированной на решение или нарративной терапии, как и в нейробиологических исследованиях, начиная с 1990-х годов подчеркивается, что позитивные рассказы о себе, о тех моментах, когда проблема могла бы произойти, но не происходила из-за решительной позиции клиента (*exceptions* – «исключения»), ведут к усилению агентивности клиента и повышению способности справляться.

«Теплота, сочувствие и позитивное отношение могут создать такое душевное состояние, которое усиливает нейропластические процессы и увеличивает вероятность положительных изменений. Теперь выясняется, что психотерапевты способны помочь людям преодолеть свои страхи, не стирая травмирующие воспоминания, а создавая новые связи, чтобы не дать этим воспоминаниям, связанным с миндалевидным телом, вызывать вегетативное возбуждение» (Козолино, 2022).

4. Диалектика структурирования

Нужно заметить, что концепция Доменов и процессов терапии отвечает не только научным постулатам нейробиологии, конструктивизма и нейроконструктивизма, но и достаточно ярко отражает законы диалектики развития.

Если внимательно прислушаться к словам клиентов, то окажется, что люди очень часто хотят изложить проблему и найти какое-то объяснение. Они как правило начинают беседу так: «Мне нужно разобраться в этом», «Я должен понять, почему так происходит». Почему людям это важно, и что с этим делать?

Поведение людей в значительной степени построено на их восприятии мира. В работе с клиентом часто бывает важно прояснить не только то, как человек видит свое желаемое будущее, но и то, каким образом он воспринимает текущую ситуацию, что, по его мнению, происходит внутри и вокруг. Такое прояснение «ментальных карт» клиента помогает не только конструировать новую реальность, но и более четко структурировать то, что происходит сейчас, а таким образом помогает переходить от настоящего к будущему на более логичной и понятной основе.

Процесс структурирования является одним из пяти базовых процессов, которые, по нашему мнению, одновременно происходят в любой гуманитарной коммуникативной практике (в обучении, терапии, кон-

сультирования и др.), а именно: 1) кооперация, 2) структурирование, 3) конструирование, 4) самоинструирование, 5) закрепление.

Структурирование — это поиск объяснения реальности. Если мы отказываемся от структурирования, то становимся слишком директивны, не уважаем нужды клиента, игнорируем его просьбы разобраться в ситуации, разрушаем взаимодействие. Но дело не только в уважительной позиции к клиенту. Процесс структурирования необходим для снижения когнитивной сложности и психической нагрузки, для выстраивания и упорядочения происходящего. Мышление — по своей природе — это установление связей между объектами или явлениями, формирование какого-либо мнения или паттерна, дальнейший поиск подтверждений гипотезе. Поэтому та или иная версия объяснения (даже какая бы она ни была) — это опора и более твердая почва, на которую можно опереться.

Разумеется, объяснения динамичны, и если мы разработали одно видение, это не значит, что оно останется неизменным — наоборот, если оно четко сформулировано, к нему будет проще вернуться и скорректировать.

Как исследовать внутренние противоречия? Вернемся к «проблемам и решениям» в терапии. Текущие проблемы как правило (если не всегда), являются отражением неких внутренних конфликтов (другими словами, диалектических противоречий) внутри рассматриваемой ситуации. Здесь я следую принципу «Проблема —

это изменение, которое необходимо» (Стив де Шейзер, личное сообщение, 1996). Более четко понять, какое изменение необходимо, нам поможет исследование текущей ситуации и противоречий, которые в ней проявляются. Как правило, это достаточно просто проясняется и открывает нам дорогу к пониманию требуемых изменений. Спрашивайте, какие вызовы сейчас бросает тебе ситуация (контекст)? Что сейчас самое важное требуется от тебя как от части системы?

Далее мы исследуем, в чем заключается тезис и антитезис в данной ситуации. Диалектика говорит, что противоположности едины и борются между собой, а к тезису (суждению) всегда найдется антитезис (противоположное суждение). Внутри сосуществуют «и черное, и белое», инь и ян. Нет одного без другого, но бывает, что мы видим тезис, но не видим антитезис. Например, в философии Эпикура, основной внутренний конфликт — между «надо» и «хочу».

В отличие от восточной диалектики, западная философия, начиная с Иоганна Фихте (1795), вводит третье понятие «синтез» (суждение, разрешающее конфликт на новом уровне). Поэтому мы можем и посмотреть вперед — что должно быть соединено? В чем будет заключаться синтез необходимого и желаемого будущего?

Первоначально диалектика понималась как искусство диалога, направленного на постижение истины, с использованием специальных вопросов и ответов на них (сократовский диалог). Однако, еще более по-

пулярной диалектика становится в «Диалогах» Платона. Участники диалога придерживаются различных мнений, но находят истину в диалоге путём обмена своими мнениями. А. Ф. Лосев пишет: «Когда Платон говорит о своих идеях, он всегда имеет в виду идеи как порождающие модели» (цит. по: Платон, 1993). А в диалоге «Парменид» опровергается тезис о невозможности множественности – по нашему мнению, это очень важная точка в подлинной **конструктивной диалогичности**, где одновременно возможны несколько мнений (многозначная логика). Законы (принципы) современной диалектики выводятся в классической немецкой и/или марксистской философии – например, принцип всеобщей взаимосвязи (все связано со всем, системность), принцип единства и борьбы противоположностей, мышления как отрицания отрицания (тезис, антитезис и синтез).

Диалектика хорошо применима для работы с живыми системами, для практической деятельности психолога. Об этом много пишут современные философы (например, Люсьен Сев и Жан-Мари Бром). Диалектика может быть конструктивной, если мы принимаем уважительную позицию по отношению к проблемам клиента и принимаем его приглашение исследовать ситуацию.

Пример 1.

Клиент испытывает необъяснимую тревожность, сопровождаемую физическими симптомами (головокру-

жение, приступы слабости). Мы разговариваем о тревоге и ищем самые важные противоречия в данной ситуации. Формулируем диалектическую диадку «тезис-антитезис» как «Я переживаю за близких, которые живут далеко» / «Ковидные ограничения не позволяют быть с ними рядом». Это обсуждение структурирует проблему в глазах клиента и дает объяснение тревожным проявлениям. Мы также теперь можем прийти к синтезу, который объединит противоречия на новом уровне: «Сейчас я могу выражать заботу о них удаленно, и у меня есть надежда, что в будущем ситуация позволит мне навещать их лично». Мы приходим к пониманию тревоги как напряжения, которое неизбежно сопровождает изменение, необходимое в данной ситуации. Структурирование вносит ясность в понимание клиентом того, что и почему происходит, и симптомы сокращаются.

В семейных отношениях конфликт также является проявлением диалектического развития (тезис-антитезис), и такое напряжение неизбежно сопутствует разрешению конфликта на новом уровне (синтез). Осознание этого процесса партнерами также вносит позитивный вклад в отношения. Но для этого нужно точно определить тезис и антитезис, проявив уважение к симптому (конфликтам).

Пример 2.

Клиент: Я знаю, что жена меня ненавидит, она скандалит на пустом месте! (тезис – ненависть)

Терапевт (приглашает подумать об антитезисе): Предположим, что она не устраивает скандал или не участвует в них, чем это может быть плохо?

К: Тогда она как бы уходит в свой мир... и я чувствую, что я ей вообще безразличен. Да, это нехорошо. (антитезис – безразличие)

Т (предлагает синтезировать): Могу ли я сделать предположение? (Да) То есть, можно предположить, что она заботится о вас и любит вас.

К: В каком смысле?

Т: Если бы она отстранялась в конфликтах, то очевидно, вы бы ей были безразличны – так как было сказано... Может быть, ей важно это, и это значит, она любит вас? (синтез – любовь)

К: Звучит необычно.

Принцип конструктивной диалектичности в работе терапевта позволяет делать ясными и понятными текущие противоречия, более четко обсуждать необходимое и желанное. Изменения постоянны и неизбежны, диалектика развития позволяет четче понять, что происходит и сделать развитие процесса более полезным для клиента. Если посмотреть «с чистого листа», мы увидим, что клиентам очень важна проблема и симптом – они всегда хотят обсудить, разобраться с этим, а не с чем-либо еще. Такая конструктивная диалектическая работа возможна только в том случае, если терапевт действительно следует за клиентом и признает важную роль симптома. В этом признании важной роли

симптома заключается очень важная особенность нейроконструктивной терапии.

Напоминание о законах диалектики могут помочь терапевту и клиенту структурировать ситуацию и лучше понять свои переживания, сконструировать нужные изменения и начать двигаться к ним:

– Любая ситуация всегда содержит внутренние противоречия, которые отражаются во внутреннем мире клиента, в его эмоциях и реакциях. Чем сильнее противоречия, содержащиеся внутри самой ситуации и во внутреннем мире клиента (*«во мне борются разные чувства»*), тем сильнее могут быть эмоциональные и поведенческие реакции. **Закон единства и борьбы противоположностей** помогает сформулировать внутреннюю картину мира не в логике «или – или», а в логике «и – и».

– Принятие противоречивости и переход к синтезу помогает снять когнитивную нагрузку и напряженное состояние.

– Замечательный способ перейти к синтезу, чтобы увидеть и почувствовать переход количественных изменений в новое качество жизни – это чудо. В процессе конструирования мы часто используем техники чудесного перехода («чудесный вопрос» и другие). **Второй закон диалектики гласит о переходе количества в качественное изменение.**

– Третий и четвертый законы диалектики – сохранение исходного и преемственность нового с исходным

прекрасно отражают то, что мы делаем, развивая картину чудесного дня в обыденной реальности. **Отрицание отрицания – сохранение старого и основание на этой основе нового с постепенной трансформацией (преобразованием) старого в новое.**

5. Возможные ошибки и ловушки

– Одному периоду жизни в обсуждении отдается явное предпочтение перед другими.

– Структурирование проводится в рамках какой-либо гипотезы, не подвергающейся сомнению, несмотря на то, что факты говорят о разных событиях, не укладывающихся в одну канву.

– Структурирование проводится с акцентом на негативный опыт.

– Нет обращения к ресурсам прошлого, настоящего или будущего (внешним или внутренним силам) – не создаются ресурсные опоры.

– Не проводится поиск исключений (моментов или периодов, когда проблема не была актуальна, или не сработала как обычно).

6. Некоторые техники структурирования

Направленное (фокусированное) прояснение

Прояснение в процессе структурирования мы ведем направленно. Переходим от мелочей к окружающей их ситуации так, как феном можно прогреть запотевшее зеркало в ванной. Гораздо эффективнее это делать, если сначала направить фен на один участок зеркала, создать там прозрачное пятно, а затем передвигать фен по периметру, начиная от краев прозрачной области. Так и в беседе с клиентом структурирование можно проводить, начиная с одной точки, например, важного жизненного события или эмоционального опыта, а потом — проясняя его контекст, переходя по линии времени к другим событиям, и так далее.

Анализ важных событий жизни

Анализ важных жизненных событий может лечь в основу карты жизни, построенной по определенным графическим правилам. Эта техника позволяет хорошо структурировать линию жизни и послужит отличной стартовой площадкой для конструирования желаемого будущего. Не забываем про ресурсирование в процессе поиска и анализа важных событий (см. соответствующий раздел)!

Определение конструктивной роли симптома

Согласно многим теориям психотерапии, в частности, таким подходам, как системная семейная терапия или когерентная терапия (Coherence Therapy), проявляющийся симптом несёт в себе сейчас (или нёс в прошлом) важное значение, вплоть до вопросов выживания. Если бы симптом не проявился в той ситуации, человеку грозила бы серьезнейшая опасность. Уважительное отношение к симптому – важная характеристика работы в нейроконструктивной терапии.

Двигаясь от сегодняшних симптомов (жалоб) в прошлое, например, через технику «аффективный мост», мы узнаем, что симптом (поведение, чувства, мысли, телесные ощущения), уже знаком клиенту, и возможно даже выделить какую-либо ситуацию – стартовую точку, где проявление симптома было абсолютно необходимо для выживания. Таким образом, через исследование имплицитная схема входит в непосредственный сознательный опыт «здесь-и-теперь» клиента как «эмоциональная истина» (Esker, 2012). Работа по осознанному открытию продвигается по цепочке от симптома «вниз» к основополагающим эмоциональным схемам, которые его определяют. Терапевт работает эмоционально и экспериентально (на уровне переживания чувственного опыта), чтобы поднять схему на уровень чувственного осознания, изучить ее, не навязывая никаких интерпретаций или теоретических концепций. Например, клиент, который боится проявлять агрессию и даже требовать что-то от других, может выявить сов-

местно с терапевтом, что сейчас эти симптомы говорят о том, что клиент больше всего боится стать похожим на своего родителя, который постоянно проявлял подобное поведение в адрес других.

Такие схемы теперь является мишенями для изменений. Например, в процессе конструирования мы начинаем собирать признаки, по которым клиент поймет, что он ведет себя уже по-другому. Полезным навыком для такого клиента может быть — замечать ситуации, которые опровергают универсальность текущей схемы, ставят ее под сомнение и являются более адаптивными.

Анализ сделанных важных жизненных выборов

Техника анализа важных жизненных выборов состоит из следующих этапов:

- поиск важных жизненных событий в прошлом, их краткое описание и датировка;

- описание сферы жизни, в которой совершен данный выбор (отношения, финансы, здоровье, жилье и т.п.);

- анализ успешности (оптимальности) выбора — был ли он хорош для человека, укладывался ли в общую жизненную канву, какие последствия были полезны, а какие — не оптимальны;

- анализ убеждений, которые повлияли на данный конкретный выбор — ситуативные причины, эмоции, мысли;

- отбор дезадаптивных убеждений (убеждений, ко-

которые помешали сделать эффективный выбор) и адаптивных (полезных);

- установление того, какие наилучшие ожидания были при принятом варианте выбора;

- определение, является ли выбор повторяющимся (похож ли он на какие-либо другие жизненные выборы, прослеживается ли «сценарий»);

- выделение возможных альтернатив (вариантов другого выбора) и способов совершения выбора с сегодняшней точки зрения;

- определение того, какие ресурсы, качества, детали ситуации хочется сохранить (взять с собой) из того времени, а какие нуждаются в развитии, чтобы выбор в следующий раз был более полезным или совершался более уверенно;

- определение нужных для этого конструктивных убеждений и того, какие выборы совершались успешно, так что клиент был удовлетворен ими;

- установление того, на какой развилке клиент находится в данный момент (здесь хороший переход к домену изменения).

Построение полезной гипотезы

Полезная гипотеза как объясняющий и структурирующий текст может быть использована для уменьшения тревоги клиента и терапевта, а не для увеличения неопределенности и повышения тревожности (Isebaert, 2016). Терапевт должен уметь строить концептуализа-

цию случая вместе с клиентом в том подходе, в каком он предпочитает работать — будь то когнитивно-поведенческая терапия, транзактный анализ или другие направления. Построенная гипотеза должна содержать структурирование проблемы, а также предлагать путь к решению.

Понимание своих потребностей

Клиент приходит в терапию в том числе и за удовлетворением определенных потребностей, а точнее — затем, чтобы научиться насыщать те потребности, которые не были удовлетворены ранее и также не удовлетворяются сейчас. В случае если потребности не могут быть удовлетворены, помощь психолога может заключаться в том, чтобы ожидания человека и паттерны его мышления и поведения не вызывали у него такого психического напряжения, которое блокирует деятельность и не дает шанса изменениям. Для всего этого необходимо уметь понимать свои потребности, что даст возможность целенаправленно работать над их насыщением. Существует много классификаций потребностей; для примера остановимся на некоторых из тех, которые использую в работе я.

Так, В. Тамберг и А. Бадьин предлагают достаточно конкретную модель потребностей (Тамберг, Бадьин, 2008), разработанную для рекламной сферы — мне она очень нравится из-за своей простоты, четкости и доступности. В модели 8 потребностей:

- безопасность (защищенность);
- сексуальная привлекательность;
- доминирование (превосходство в чем-либо);
- комфорт (удовольствие, красота, музыка, обстановка);

- принадлежность к социальной группе (по интересам, по подобию);

- экономия (ресурсов времени, энергии, усилий, денег);

- исследование (познание, кругозор);

- забота (о ком-либо);

А вот интегративная модель (моего авторства – обобщающая из других моделей):

1. Физиологические (драйвы): жажда, голод, секс, сон;

2. Безопасность: физическая и психологическая, ощущение уверенности, четкие границы, отсутствие буллинга;

3. Принятие другим (и): чувство стаи, включенность в сообщество, свобода выражения эмоций, а также принятие самого себя – я могу чувствовать то, что я чувствую, выражать себя и быть принятым партнером;

4. Признание: уважение окружающих, авторитет, компетентность, экспертиза, успешность, «я сам, могу», чувство силы, власти;

5. Автономия: самостоятельность, саморазвитие, наличие своих интересов, способность быть с собой и для

себя, Я-идентичность, принятие помощи других, отсутствие гиперопеки;

6. Экономия: сил, времени, ресурсов, денег;

7. Удовольствие: свобода, радость, игра, комфорт (всё «теплое пушистое»), смех, эмоции, творчество;

8. Альтруизм: делаю «для других», забота о важных, близких, покровительство, воспитание;

9. Оптимизм: потребность в ощущении перспективы и надежды на то, что впереди еще что-то будет.

Почему важно знать, какие бывают потребности? Дело в том, что постоянно неудовлетворенная потребность приводит к ухудшению психологического и физического состояния. Между тем, очень важно, что оптимальный уровень удовлетворения потребности не должен быть максимальным. Иначе наступит просто нежелание что-либо делать. Потребность, постоянно удовлетворяемая на 10 баллов из 10 – это, например, переедание до такого состояния, что делать ничего не хочется. Разве это хорошо? Оптимальный уровень потребности – это 6–8 (ритмы естественны, и колебания вполне нормальны). Обычный дневничок поможет понять потребности лучше, а в разделе «Техники конструирования будущего» я расскажу, как использовать их для развития картины своего желаемого будущего.

Голоса поддержки

Мнения («голоса») значимых людей, которые мы слышали в прошлом, являются сильной поддержкой для

преодоления трудных ситуаций. Применяя определенные технологии работы, мы можем выявить позитивные голоса в прошлом, воссоздать образы людей и ситуаций, запомнить и усилить ощущения, эмоции, мысли, поведение, таким образом структурируя и расширяя области возможностей в настоящем и будущем.

Также в процесс структурирования входит проработка «негативных» голосов из прошлого, которые становятся блоками и источниками проблем для человека, обратившегося за помощью.

Дизайн и упорядочение окружающей среды

Человек не живет в вакууме — его окружают вещи, животные, растения, местность и обстановка. Разумеется, структурирование и упорядочение окружающей среды может внести важный вклад в терапевтические изменения. Снижается когнитивная нагрузка, расставляются приоритеты, повышается эффективность и целенаправленность работы.

В терапии невозможно игнорировать и оставлять за бортом тайм-менеджмент, активизацию физических ресурсов, работу с жизненным пространством клиента.

Другие техники структурирования

Также в процессе обучения мы разбираем такие техники, как: рационализация и поиск объясняющих причин, поиск и упорядочивание (линеизация) событий

жизни (тайм-лайн), установление связи события с контекстом,

7. Некоторые техники ресурсирования

Многие техники ресурсирования на сессиях, которые здесь приводятся в качестве примера, созданы в подходе ОРКТ (приводятся по моей книге 2015 года «SFBT: Ориентированная на решение краткосрочная терапия»).

Вопросы об изменениях перед встречей (вопросы о предсессионных изменениях)

В период между первым звонком и первой встречей клиент оказывает повышенное внимание своему поведению, отношениям, старается замечать, что именно происходит, применяет не совсем обычные для него приемы (например, в обращении со своими детьми). Для психолога, работающего в подходе ОРКТ, в работе с клиентами очень ценная информация будет содержаться именно в этих изменениях перед первой встречей. Однако если не спросить об этом, ни клиент, ни другие члены семьи не обратят на это внимания, а продолжат жаловаться именно на те проблемы, которые оговаривались при назначении встречи. Вопрос об изменениях перед встречей строится в форме: «Что происходило особенного или необычного в период между

нашим созвоном и тем, как вы сюда пришли — за эти несколько дней?»

Вопросы об исключениях (вопросы поиска исключений)

Проблема может усиливаться или ослабевать, но также существуют более или менее длительные периоды, когда проблема в принципе перестаёт напоминать о себе и исчезает. Исключением мы называем именно такие периоды, когда «проблема не происходит, хотя могла бы происходить» (de Shazer, 1991). Как правило, мы можем выявить различия в том, в каких условиях появляется проблема, а в каких условиях она не проявляется. Сеттинг проблемы (паттерн её возникновения) — это то, где и когда она проявляется, в чём собственно она состоит, кто участвует в ситуации.

Сеттинг исключения (паттерн, в котором проблема не проявляется), также включает такие составляющие. Таким образом, если мы собираемся узнать, каковы исключения из проблемы, нам необходимо достаточно тщательно собрать информацию — и общее описание, и подробности тех моментов, когда проблемы не возникало. Естественно, зная кое-что о схеме возникновения проблемы и внося туда определённые коррективы, мы сможем разработать и определённые решения.

Основным вопросом об исключении будет вопрос вида: «Расскажите о периодах, когда такой проблемы не было». Например:

– Вы упоминали о том, что месяц назад вы не подходили к холодильнику ночью в течение нескольких дней подряд. Правильно ли я понял? Когда еще было время, что вы не ели лишнего на ночь?

– Припомните, когда ваш сын проводит время вечером вместе с вами, а не за компьютерными играми? Вспомните, когда это было на этой неделе, на прошлой?

Даже если исключение происходит только в какой-то специфической ситуации, это уже большой задел для совместной работы клиента и терапевта по расширению «исключительной» области – поля исключений.

Обратим внимание, что исключения бывают двух типов: случайные или предсказуемые. Случайными исключениями назовём такие моменты, когда клиент приписывает успешность ситуации другому лицу или говорит, что он не имел контроля над ситуацией. Это произошло случайно или как следствие чьего-то участия. А предсказуемое исключение – планомерное. Это уже результат работы клиента над собой. При планировании домашних заданий необходимо обращать внимание на то, какие исключения наблюдает клиент чаще всего.

Основной вопрос о наличии исключений – это лишь начало темы. Мы продолжаем исследовать область исключений, задавая дополнительные вопросы:

- Что же именно было по-другому?
- Как именно по-другому вы действовали?
- Как вы понимаете, что проблемы нет?

- Как окружающие замечают, что проблемы нет?
- Кто помогал в этой ситуации (что помогло в этой ситуации)?
- Что вы делали вместо того, чтобы...?
- Как думаете, что потребуется, чтобы такое удачное стечение обстоятельств повторилось?
- Если бы здесь был ваш партнёр, как бы он описал то время, когда вы не расстроены?
- Что вы тогда делали такого, чего не делаете сейчас?

Вопросы о прошлых успехах и достижениях

Основной целью вопросов о предыдущих достижениях также является мотивация клиентов, ресурсирование (поиск полезных ресурсов в прошлом). Используя эти вопросы, удобно будет изучить то хорошее, что уже происходило ранее в связи с насущной проблемой клиента. Логика построения вопросов такого типа достаточно проста: когда клиент начинает описывать свою проблему, мы уточняем не только то, когда и как она происходила, но и то, как дела принимали положительный оборот.

Практически всегда мы можем найти определённый ритм функционирования проблемы: когда-то она хуже, когда-то она лучше, просто нам нужно придать немножко больше внимания подъемам, а не спускам. В качестве примера таких вопросов можно привести:

- Как именно вы были уверены в себе в школе?

- Как ощущали эту уверенность?
- Припомните ситуации, когда эти положительные чувства ощущались?
- Когда именно это проявлялось?
- Вы пережили так много всего... как же вы с этим справлялись?
- Как вы нашли в себе силы с этим справиться?
- Как так получилось, что ситуация совсем не ухудшилась?
- Ведь тогда не было надежды, но вы как-то сделали это... каким образом?

Нам необходимо найти полезную информацию о тех моментах и способах, которыми клиент достигал успехов, совершал какие-либо достижения. Как правило, клиенту нужна помощь в том, чтобы вспомнить это — даже самые сильные положительные воспоминания теряются, оказываясь затерянными в рутине дней. С помощью этих вопросов мы открываем чаще или реже используемые ресурсы, клиент же с удивлением и удовольствием открывает для себя свои собственные прошлые достижения и успехи.

Копинг-вопросы (вопросы о преодолении затруднений)

Этот тип вопросов сфокусирован на выяснении тех способов, с помощью которых клиент сейчас преодолевает тяжелые, проблемные, самые сложные ситуации. Если придерживаться строгой логики, то копинг-вопро-

сы являются разновидностью вопросов о достижениях. В них мы направляем наше внимание на то, как именно преодолевается проблемная ситуация сейчас и в недалеком прошлом – какой именно способ выбирает клиент, чтобы справиться с проблемой.

Примерами такого типа вопросов могут являться:

– Как вы это делаете?

– Что именно вы делаете, чтобы...

– Вы всегда умели это делать или со временем научились?

– Был ли у вас выбор в той ситуации? Что вы предпочли выбрать?

– Как вам удается делать это каждый день, несмотря на...?

Эти вопросы особенно полезны, особенно придают силы клиенту, находящемуся в кризисной ситуации. Они создадут мощную позитивную опору для изменений, вдохнут в клиента уверенность в том, что изменения возможны и даже неизбежны. Они мотивируют и превращают, казалось бы, безнадёжную ситуацию в такое проблемное поле, с которым уже возможно работать.

Терапевт: После того, как это случилось, вы все равно продолжаете работать?

Клиент: Никто не отменит того, что мне надо зарабатывать, чтобы и ребенка кормить, и за квартиру платить.

Т.: Пока вы на работе, что дочка делает дома?

К.: С осени она у бабушки, но я о ней думаю каждый день. Там все в порядке, как обычно, в школу ходит, это рядом с домом.

Т.: Вы говорили, что навещаете их часто... Вы очень заботитесь о дочери, это дает вам силы... **К.** (улыбается сквозь слёзы): Да, это то, что мне приятно знать. Это хорошо.

Резюме главы

Домен поддержки включает процессы Кооперации и Структурирования/Ресурсирования. Кооперация осуществляется главным образом посредством целенаправленной терапевтической коммуникации, которая, хотя и подчиняется общим законам социальной психологии, но имеет свои особенности и использует различные методы и техники. Процесс Кооперации затрагивает не только рациональные механизмы психики, но и важнейшие структуры привязанности. Структурирование помогает найти неосознаваемые схемы, вывести их на уровень осознанности; улучшить координацию и связность нейронных сетей, подготавливает психику к важности и необходимости изменений в реальности, а правильно проводимое психологом ресурсирование дает переживание субъектности, позитивного самоощущения и отношения с другими, буквально восстанавливая мозг во всех смыслах. Структурирующими и ресурсирующими могут быть как сессии, так и домашние задания – практики, выполняемые клиентом самостоятельно в удобное время. Об этом мы говорим в соответствующем разделе, посвященном созданию навыков.

Глава 4. Домен Изменения

Домен Изменения включает терапевтические процессы, которые формируют и развивают желаемые изменения с опорой на Домен Поддержки. Основными процессами Домена Изменений являются: 1) конструирование, 2) инструктирование (создание навыков поддержки), а также 3) мониторинг изменений. Этот домен основывается на сети TPN, которая в свою очередь включает различные подсети, такие как сети внимания и исполнительные сети. Эти сети сложным образом взаимодействуют с DMN.

Может возникнуть вопрос, что именно является «достаточным признаком» для того, чтобы начать постепенное **смещение фокусировки** с безопасного пространства Домена поддержки к Домену изменений? Иными словами – по каким критериям можно понять, что уместно уделять больше внимания процессам, направленным на целевое изменение?

Один из сигналов перехода клиента из домена поддержки в домен изменений – это перемена ориентации взгляда клиента – от внутреннего взгляда или поиска зрительного контакта с терапевтом: клиент постепенно приобретает уверенность, и взгляд его начинает более свободно и расслабленно перемещаться вокруг. Возникает все больше элементов воображения, взгляд чаще обращен чуть вверх, а голова чуть склоняется набок. Скорее всего, это сигнализирует вам о том, что клиент входит в «точку сборки» – момент, когда наиболее благоприятно конструирование буду-

щего и обсуждение желаемых изменений.

Если брать показатели шкал так, как они используются в подходе ОРКТ, то в первом приближении я ориентируюсь на:

а) повышение оценки клиентом текущей (сегодняшней) ситуации относительно желаемого будущего (разница между оценкой имеющегося и оценкой желаемого) — чем ниже оценка текущей ситуации, тем более значима роль Домена Поддержки (особенно важна поддержка при оценках ниже 3 по 10-балльной шкале);

б) оценка клиентом надежды на положительный исход терапии в целом (пессимизм/оптимизм относительно возможности изменения) — чем выше оценка, тем выше готовность к второму Домену Изменений (особенно — при оценках выше 7 по 10-балльной шкале);

в) оценка клиентом серьезности влияния прошлого опыта на текущую ситуацию («мой негативный опыт не дает никакой возможности измениться») — чем выше оценивает клиент силу влияния предыдущего негативного опыта, тем выше роль Домена Поддержки (особенно при оценках от 6 из 10);

Процесс 3. Конструирование изменений

Человек – это не ответ.

Человек – это вопрос.

Пауль Тиллих

1. Описание процесса

Процессом, на котором особенно и специально фокусируется нейроконструктивная терапия, является, разумеется, конструирование. Как я уже отмечал выше, существует ряд подходов, основывающихся на конструктивизме как методологии, однако далеко не всегда они четко следуют идеям конструктивизма в практическом применении. Таковы, например, техники когнитивно-поведенческой терапии, которые часто включают использование воображения для визуализации того, как новые когниции могут быть соотнесены с желательным поведением (РЭПТ А. Эллиса, терапия А. и Дж. Бек, скрытое моделирование Дж. Котелы, тренировка навыков М. Голдфрида, тренинг контроля тревоги Р. Суинна и Ф. Ричардсона). При этом методологически КПТ вряд ли можно отнести к конструктивистским подходам

(даже на современном этапе ее развития, когда все больше внимания КПТ уделяет ресурсам клиента и конструированию будущего).

Среди многих выдающихся психологов-практиков, ярко использующих техники конструирования будущего, необходимо назвать имена Мальтуса Мольца («психокибернетика»), Вирджинии Сатир (семейная психотерапия), Милтона Эриксона (терапевтические трансы), Дональда Мейхенбаума (направление «когнитивная модификация поведения», метод самоинструкций), Арнольда Лазаруса (направление «образотерапии»), Майкла Махони (направление «персональная наука»), Роберто Ассаджиоли и Тома Йоуменса (направление «психосинтез»), Ричарда Бендлера, Джона Гриндера, Стива Андреаса, Энтони Роббинса, Майкла Холла, Тэда Джеймса (направление NLP и его модификации), Евгения Головахи и Александра Кроника (направление «каузометрия»), Фредерика Мелджеса (метод «реконструкция будущего»), Н. Глуханюк («самофутурирование»), Нифонта Долгополова (направление «футуропрактика»), Френсин Шапиро и Уди Орена (метод EMDR), Стива де Шейзера и Инсу Ким Берг (Ориентированная на решение краткосрочная терапия) и многих других.

«Одним из центральных акцентов конструктивизма является **процесс**. Психологическая стабильность рассматривается в контексте процесса... подобно тому, как человеческое тело [в процессе обычной жизни] расслабляется и вновь восстанавливается, так и психологиче-

ское обновление постоянно в своей синхронной непрерывности и в изменениях» (Mahoney, Granvold, 2005).

Более подробно о философии, методологии, психологии и нейрофизиологии конструирования я писал в своей книге «Психология конструирования будущего» (Михальский, 2014). Здесь сосредоточимся на конструировании в психотерапии.

В конструировании, как и в других процессах, задействованы различные когнитивные функции, но в первую очередь – воображение, прогнозирование, описание образа результата, его антиципация (ожидание, предвосхищение).

Альфред Адлер писал «Разве человеческому духу и в самом деле невозможно заглянуть в будущее хотя бы в известных пределах, если он сам участвует в формировании этого будущего!» Как и все базовые процессы, конструирование не является отдельным этапом, а сохраняется в той или иной степени на протяжении всей работы – с первых минут встречи (знакомство, прояснение целей, описание жизни клиента после успешной терапии) и до завершения (здесь мы можем проговорить, в каких случаях и какая поддержка может понадобиться или определить порядок следующих контактов в случае необходимости).

Основной парадокс конструирования заключается в том, что продукт конструирования – всегда в той или иной степени фантазия, ведь описать несуществующее невозможно до тех пор, пока оно не реализуется. Одна-

ко является ли психическое переживание не реальным для психики? Конструирование можно в каком-то смысле назвать процессом создания самосбывающегося (самореализующегося) пророчества.

В 1948 году американский социолог Р. Мертон предлагает термин «self-fulfilling prophecy» в одноименной статье, опубликованной в журнале «Antioch Review» в 1948 году. «Самоисполняющееся пророчество – ложное определение ситуации, вызывающее новое поведение, которое превращает первоначальное ложное представление в реальность», – пишет Мертон. Психолог Р. Розенталь развивает термин Мертона и предлагает понятие «эффект Пигмалиона» – ожидание личностью пророчества уже само по себе является фактором регуляции поведения «под пророчество» – как характера действий субъекта, так и реакции окружающих.

Готовность к конструированию будущего, разумеется, в той или иной степени есть у каждого человека (постоянно происходит и сам процесс предвосхищения и конструирования в психике). Но внутренняя готовность к терапевтическим **изменениям** не всегда высока. Она во многом зависит от налаженной способности человека к саморегуляции, от степени травмированности. Справляется ли клиент самостоятельно? Готов ли он к самоанализу и самораскрытию? Ведь если функции саморегуляции работают недостаточно адаптивно, то участие в беседе и проговаривание прошлого опыта (не говоря о конструировании) погружает клиента в ха-

ос и аффекты, с которыми он не знает, что делать. Поэтому к конструированию нужно относиться крайне тщательно и осторожно.

2. Цель и задачи

Процесс конструирования направлен на:

- разработку ожидаемого результата (целей) терапии и его подробное описание;
- конструирование потребного будущего клиента (жизнь, не содержащая проблемы);
- формулирование конкретных описаний желаемого будущего;
- реконструкцию негативного опыта в терапевтических целях;
- трансформационную работу психики – перепрошивку нейронных связей;
- создание плана достижения целей и параллельно с процессом разработки и обучения навыкам – поиск и обучение клиента соответствующим навыкам;
- построение опорных точек (шагов) – основы для процесса мониторинга терапевтических изменений.

Выход за рамки привычного паттерна поведения, дезадаптивной схемы и эмоциональной реакции – это способ построения работающего решения, которое «разрывает шаблон», запускает новое, мотивирует, удивляет и, при правильном использовании, запускает

процесс психотерапии. «Создание образов настоящей и будущей реальностей в большой степени зависит от использования метафоры», пишет П. Вацлавик (Watzlawick, 1984).

Конструирование образа будущего является мощным инструментом для работы практически со всеми сферами личности. Содержание образа будущего (в частности, насыщенность событиями и другие параметры), эмоциональное отношение к нему, поведенческие проявления – все это может стать предметом диагностической, коррекционной, терапевтической работы. В плоскости будущего конструируется поведение человека, но в будущем же изменяется поведение (а также и смыслы, и события).

Прочитую П. К. Анохина:

«1. В функциональной системе результат представляет собой ее органическую часть, оказывающую решающее влияние как на ход ее формирования, так и на все ее последующие реорганизации.

2. Наличие вполне определенного результата как решающего компонента функциональной системы делает недостаточным понятие «взаимодействия» в оценке отношений компонентов системы между собой. Именно результат отбирает все адекватные для данного момента степени свободы компонентов системы и фокусирует их усилие на себе.

3. Если деятельность системы заканчивается полезным в каком-то отношении результатом, то «взаимодей-

стве» компонентов данной системы всегда будет протекать по типу их взаимодействия, направленного на получение результата.

4. Взаимодействие компонентов системы достигается тем, что каждый из них под влиянием афферентного синтеза или обратной афферентации освобождается от избыточных степеней свободы и объединяется с другими компонентами только на основе тех степеней свободы, которые вместе содействуют получению надежного конечного результата.

5. Включение результата в функциональную систему исключает необходимость применять как несовершенные формулировки самой системы, так и многие другие («управляющая система», «управляющий объект», «биоуправление» и т.д.)» (Анохин, 1973).

3. Нейробиологическая основа процесса конструирования

Нейробиология конструирующей беседы

Несмотря на то что исследований, раскрывающих непосредственное влияние на мозг «ориентированных на решение» вопросов, пока еще единицы (Lipchik et al., 2005, Gillibrand et al., 2022) и они не выстроены в единой и четкой методологии, однако лакуны достаточно успешно восполняются и другими нейроисследованиями. Рассмотрю подробнее некоторые результаты,

полученные исследователями в рамках ОРКТ, а также в русле других школ.

Итак, в рамках развития подхода ОРКТ исследователи задаются вопросами поиска нейрофизиологических коррелятов данного (по классике — «разговорного») подхода. Что касается одного из последних исследований (Gillibrand et al., 2022), оно содержит анализ показателей ЭЭГ клиентов во время сессии ориентированной на решение гипнотерапии. Гипотезой авторов данной работы являлось предположение, что ориентированные на решение вопросы (о желаемом результате, о завтрашнем дне без проблемы и т.п.) запускают креативные процессы, и использование воображения создает новые паттерны и нейронные связи. Нам кажется важным подчеркнуть, что экспериментальные сессии проводились (и сами вопросы задавались) в ключе минималистического подхода BRIEF, который имеет свои особенности, отличающие его от клинически подтвержденной «классической» милуокской версии ОРКТ 1990-х — начала 2000-х годов. В первой части исследования участвовали 9 человек, которые проходили по 4 сессии прослушивания одинаковой записи трансового внушения. Во второй части эти 9 клиентов распределялись рандомизированно по 4 подгруппам, и клиентам каждой из подгрупп были заданы вопросы, касающиеся одной из этих тем: 1) ресурсы клиента, 2) шкалирование, 3) описание желаемого будущего, 4) копинг-вопросы о прошлом опыте.

Предварительный анализ в исследовании показал, что альфа- и тета-частоты становятся более выраженными в процессе поиска и нахождения ответа. Ответ проходит предварительную обработку и складывается в единое целое, прежде чем человек произнесет его в устной форме. Когда человек говорит «Я не знаю», то он уже работает над формулировкой и требуется время, чтобы сформулировать ответ. В поиске ответа клиентом на вопросы шкалирования также генерируются идеи – заметна выраженная левополушарная активация. В разговоре о предпочитаемом будущем преобладает активация префронтальной коры и правого полушария. Альфа-волны становятся более выраженными, когда клиент визуализирует реакции другого человека; это также сопровождается эмоцией удовольствия и медиальной активацией правого и левого полушарий. Исследование предпочитаемого будущего, по-видимому, стимулирует творчество, а обсуждение влияния изменений в аспекте взаимодействия и реакций от других людей стимулирует удовольствие (радость).

Говоря словами Анохина, «акцептор результатов действия на основе многостороннего механизма афферентного синтеза ... „предвосхищает“ афферентные свойства того результата, который должен быть получен в соответствии с принятым решением, и, следовательно, опережает ход событий в отношениях между организмом и внешним миром» (Анохин, 1973). Так и терапевт с клиентом прорабатывает признаки изменений, на кото-

рые впоследствии обратит внимание клиент, и они будут замечены и расширены.

Конструирование и проработка травматического опыта

Ряд других современных исследований подтверждает, что намеренное обращение к прошлому опыту не имеет такого большого значения для проработки травмы, как это считалось ранее. Ключевые процедуры здесь, судя по всему, не намеренное воспоминание негативного опыта, а «прикосновение» к негативному опыту, постановка желаемого результата в сочетании с двойным фокусом (нейтральная или позитивная стимуляция с целью загрузки рабочей памяти). В таких методах работы с травмой, как экспозиционная терапия, ДПДГ (EMDR), Брейнспоттинг, Флэш (Flash Филиппа Мэнфилда), ОРКТ, используются различные степени прикосновения к травматическому опыту – от полного погружения до простого упоминания негативного события (возможна работа даже без такого упоминания, по «слепому» протоколу). Однако практически обязательными компонентами таких технологий являются постановка цели (описание образа желаемого будущего после предполагаемой проработки травмы), двойная фокусировка (загрузка рабочей памяти), шкалирование.

Также проводится исследовательская работа по изучению эффективности различных техник воображения в терапии. Приведу пару примеров. В одном

из исследований изучалось, облегчит ли образный рескриптинг страх участвовать в определенной напряженной социальной ситуации. Шестьдесят здоровых людей попросили участвовать в поведенческом эксперименте для проверки негативных убеждений о социальной ситуации, которой они боялись. Участники были распределены в одну из двух групп: а) проводился рескриптинг образов, направленный на результат поведенческого эксперимента, которого они боялись, или б) отсутствие рескриптинга образов (в контрольной группе вместо этого – обычный перерыв для участников). Затем всех участников попросили заполнить шкалы оценок и провести поведенческий эксперимент. Перед началом поведенческого эксперимента в группе рескриптинга образов, по сравнению с контрольной, снизилась ожидаемая вероятность и тяжесть исхода, вызывающего страх, снизился уровень тревоги и беспомощности, а также возросла готовность к проведению поведенческого эксперимента. Вмешательства на основе образов, сфокусированные на боязни исхода, по выводам авторов, представляются перспективными для подготовки тревожных людей к участию в лечении. Также сравнивались эффективность образного рескриптинга прошлых травматичных ситуаций и прогрессивной мышечной релаксации по Джейкобсону.

Каковы же результаты? «Неожиданно, но никаких групповых различий в результатах обнаружено не было.

Негативные оценки памяти (шкалы субъективного беспокойства – А.М.) уменьшились после обоих вмешательств. Точно так же в обеих группах количество негативных деталей уменьшилось, а позитивных – увеличилось в предполагаемых мысленных образах, а тревога и избегание воображаемого события уменьшились. Что касается реального участия в социальной ситуации, то группа релаксационных образов показала повышенную положительную оценку воспоминаний и будущих угроз и снижение негативных оценок будущих угроз по сравнению с группой прогрессивной релаксации» (Landkroon et al, 2022).

«Важная функция конструктивной эпизодической памяти состоит в том, чтобы позволить людям моделировать или воображать будущие эпизоды, события и сценарии. Поскольку будущее не является точным повторением прошлого, моделирование будущих эпизодов требует системы, которая может опираться на прошлое таким образом, чтобы гибко извлекать и заново комбинировать элементы предыдущего опыта. В соответствии с этой гипотезой конструктивной эпизодической симуляции мы рассматриваем когнитивные, нейробиологические и нейровизуализационные данные, показывающие, что психологические и нейронные процессы, вовлеченные в запоминание прошлого и воображение будущего, в значительной степени перекрываются» (Schacter, 2007).

В ходе конструирования мы начинаем развивать желаемые изменения в травматическом опыте, а далее –

повторяем, укрепляем и выполняем это в процессах работы с Навыками изменения и Мониторинга.

Фокусировка на травматическом опыте и/или на желаемом будущем

При смене фокуса беседы с клиентом с негативного опыта на образ желаемого будущего, когда мы особенно детально конструируем позитивный фокус и вспоминаем предыдущие моменты «из желаемого будущего», происходит фоновая переработка той негативной информации, которая находится в краткосрочной памяти клиента непосредственно перед сессией или которой мы касаемся в начале сессии. Здесь можно сделать отсылку к теории АПИ (адаптивной переработки информации) EMDR, а также к исследованиям Филиппа Мэнфилда и коллег. Раскрою чуть подробнее.

Модель АПИ, применяемая в EMDR, предполагает, что дезадаптивно сохраненные воспоминания о травме создают препятствия для рациональной обработки информации, которая происходит в префронтальной области коры головного мозга. Предполагается, что стимуляция посредством движений глаз или других техник устраняет препятствия и позволяет полностью обработать воспоминания, что приводит к уменьшению симптомов травмы. Эти другие техники, как показывает все больше исследований, могут быть разнообразными — но это всегда двойной фокус — не только на травме, но и на чем-либо отвлеченном — движения

глаз, игра в тетрис и т. д. При этом психика выполняет свою целительную функцию самостоятельно, если запущен механизм переработки травмы. Схожий процесс происходит, например, во сне. Классический EMDR фокусируется на билатеральной стимуляции с использованием движений глаз или похлопываний, однако есть и другие методы (например, Брейнспоттинг, где используется фиксированное положение взгляда). При беседе, ориентированной на решение, авторы подхода (Инсу Ким Берг и Стив де Шейзер) подчеркивали особенности движений глаз клиентов при ответах на конструирующие вопросы, особенно на Чудесный вопрос. Очевидно, что движения глаз каким-то образом связаны с переработкой информации в зрительной коре и, возможно, не являются ключом доступа, а лишь индикатором протекающего процесса конструктивной переработки (трансформации).

Механизм **фоновой** переработки травматичных воспоминаний во многом объясняется исследованиями психолога Пола Сигела, который показал, что очень короткая экспозиция может уменьшить страх перед стимулом (Siegel et al, 2017). В своем исследовании Сигел подверг две группы людей, страдающих фобией пауков, воздействию изображения паука, показывая его на экране. Для одной группы людей изображение паука было различным, для другой – изображение паука мелькало слишком быстро, чтобы его можно было осознанно распознать. Оказалось, что у людей, которые не знали, что видели

паука, эффект воздействия и уменьшение фобии были значительно сильнее, чем у тех, кто осознал, что видел паука. Почему? Если человек подвергается осознанной экспозиции стимулу, у него возникают реакции типа «бей» / «беги» / «замри». Соответственно, часть мозга, которая обрабатывает травму, становится менее активной и обрабатывает ее уже не так хорошо. С помощью конструирования и удержания фокусировки на том, что нужно клиенту, мы удерживаем клиента от борьбы или бегства, чтобы подсознательное воздействие могло быть гораздо более эффективно обработано.

Также во время позитивного конструирования и особенно при поиске моментов прошлого, совпадающих с желаемым будущим, происходит столкновение негативной памяти с отличающимся прошлым опытом и переписывание (реконсолидация памяти). «Реконсолидация памяти, открытая в 1997–2000 годах (Riccio et al., 2006), представляет собой врожденный механизм мозга, с помощью которого новый опыт обучения непосредственно пересматривает существующее содержание памяти, полученное в ходе предыдущего обучения. Это обновление содержимого памяти приводит к изменениям как на уровне субъективного переживания, так и на уровне нейронного кодирования. Реконсолидация – процесс неврологических изменений, управляемый опытом. Это фундаментальный механизм, который применялся ко многим различным типам памяти с использованием многих различных эмпирических про-

цессов, вызывая различные типы и степени изменений» (Ecker, Bridges, 2020).

Так, если раскрытие и осознание паттернов дезадаптивных схем (этап исследования и открытия, говоря терминами когерентной терапии) – задача процесса структурирования, то изменение (реконсолидация) памяти – задача процессов конструирования (создание альтернативных знаний), а также процессов создания навыков (так называемые техники «проработки») и мониторинга (обсуждение нового опыта, входящего в противоречие дезадаптивной схеме). Достаточно будет «...всего лишь нескольких повторений в течение оставшейся части терапевтической сессии одного и того же опыта рассогласования, созданного на предыдущем этапе. Каждое рассогласование является опытом противопоставления, в том смысле, что клиент переживает как реальность в соответствии с целевым обучением, так и противоречивое восприятие или знание, причем и то, и другое находится в одном и том же едином поле осознания. Два или три повторения этого опыта сопоставления служат контрнаучением, которое функционирует как эмпирическое опровержение изначального научения. Поскольку встречное обучение происходит в то время, когда кодирование целевого обучения лабильно, встречное обучение переписывает и заменяет кодирование целевой схемы в памяти» (Ecker, Bridges, 2020).

Связь психических нарушений с процессом конструирования

Нейробиологические особенности конструирования будущего также отражаются (взаимосвязаны с) психическими проблемами, причем до сих пор недостаточно изучено, что является причинами или следствиями. Как правило, у лиц с отклоняющимся поведением или психическими нарушениями наблюдаются:

- снижение антиципативных способностей;
- отсутствие образов будущего, наполненных содержанием;
- неструктурированность и уплощенность смысловых образований (смысложизненных ориентаций);
- нарушения протяженности временной перспективы;
- негативное отношение к своему будущему и другие нарушения конструирования будущего.

Так, отсутствием четко выраженной событийно-смысловой перспективы характеризуется видение будущего детьми и подростками из неблагополучных семей, закрытых образовательных учреждений, с девиантным поведением. Как правило, нарушена (или слабее развита) способность антиципации, планирования. Не соответствуют друг другу их ближайшая и отдаленная временные перспективы, будущее оторвано от настоящего, носит негативную окраску, а прошлое также окрашено негативно, все временные области имеют более низкие значения основных психосемантических шкал.

При многих психических болезнях способность конструировать будущее нарушается. При шизофрении (исследования И. М. Фейгенберга, В. Д. Менделевича и др.), нарушается способность использовать вероятностную структуру прошлого опыта (ориентировочная реакция, ассоциативная и речевая деятельность), при сохранности видов деятельности, которые осуществляются по жестким программам (Фейгенберг, 1973). Больные с трудом делают успешные прогнозы, но ассоциации, извлекаемые ими из прошлого опыта, характеризуются неадекватностью (нереалистичность, вычурность и пр.).

Как пишут В. Д. Менделевич и Н. П. Ничипоренко, «у пациентов с невротическими расстройствами прогностическая некомпетентность имеет статус преморбидного фактора, наблюдается снижение антиципационных способностей по всем параметрам (временному, пространственному, личностно-ситуативному), склонность к моновариантному типу прогнозирования, предпочтение благоприятных исходов; как следствие такие люди подвержены обидам, разочарованиям, кризисам, обладают низкой стрессоустойчивостью», и далее: «при эпилепсии прогнозирование строится по моновариантному типу, снижены временная и личностно-ситуативная прогностическая компетентность; испытуемые с психастеническим и тревожно-фобическим синдромами склонны к поливариантному прогнозу, т.е. планируют большое количество возможных исходов события, но делают это

некачественно, мало учитывая их вероятность, плохо прогнозируют социальные ситуации и поведение других людей. Истерические личности не способны структурировать время, не запоминают ошибочные прогнозы, предпочитают прогнозировать только радостные события и благоприятные исходы; личности с шизоидными расстройствами отличаются моторной неловкостью и испытывают трудности экстраполяции конкретного жизненного опыта в силу высокой концентрации на внутреннем мире; эмоционально-неустойчивые ригидны и малоуспешны в предвидении коммуникативных ситуаций; при параноидных расстройствах подозрительность и эгоцентризм обуславливают склонность к негативным прогнозам и нечувствительность к иным вариантам исхода, кроме собственного» (цит. по: Узелевская, 2002).

Нарушения способности конструирования будущего и антиципационной деятельности наблюдаются также при органических повреждениях, остеохондрозе, невротозах и невротоподобных состояниях, эпилепсии, расстройствах личности (см. подробнее: Михальский, 2014).

Конструирование как кооперативная игра

Терапия является разновидностью кооперативных игр, и таким образом, нам необходимо создавать и развивать пространство поддержки в кооперативной игре. В отличие от некооперативной игры, где все участники получают свой выигрыш (или проигрыш) за счет потерь/

выигрышей других участников, в кооперативной (сотрудничающей) игре участники имеют единственный способ выиграть – образ действия, включающий действия всех партнеров по игре. Другими словами, траектория развития сложившейся системы «терапевт-клиент (ы)» должна быть оптимальна для всех участников. На выходе мы имеем то или иное состояние системы – единое будущее. В этом будущем продолжают находиться в том или ином виде **все** участники терапии. Это будущее **для всех одно** (хотя каждый из них может быть пространственно в разных местах, во времени мы одновременны). Следовательно, задачей является гармонизация единого будущего таким образом, чтобы совместный выигрыш оказался максимальным, а исход – благоприятным для всех – как для клиент (ов), так и для терапевта, организации, страны и так далее. Следует добавить, что, если быть точным, то системная терапия имеет дело со стохастической игрой – клиентская система (а также система терапевт-клиент (ы) переходит случайным образом в другое своё состояние. Распределение вероятности переходов зависит от предшествующего состояния и действий участников игры.

Согласно теории кооперативных игр, чем больше выгода, тем более охотно участники принимают участие в игре. Поэтому в процессе игры роль ведущего будет заключаться также и в своевременном напоминании участникам о цели и выгодности процесса.

Согласование отношений (установление альянса) между всеми участниками неразрывно связано с соглашением относительно результата кооперации (желаемого будущего). Неуспешная терапия не только не значима, но и является отрицательным вкладом в опыт участников. Таким образом закрепляются негативные ожидания и затрудняется возможность последующих соглашений о новой терапии.

В процессе терапии нужно совместно найти такое распределение желаемого будущего, которое обеспечивает блага для всех участников этого будущего (всех, кто включен в клиентскую систему) и не может быть заблокировано кем-то из участников или коалицией («С-ядро кооперативной игры»). Определение такого желаемого будущего для всех участников терапии происходит с помощью циркулярного интервью и других техник гармонизации будущего. Задача сохранения достаточного пространства в обсуждении важна, в частности, для обеспечения равного обсуждения образа совместного желаемого будущего, а также для того, чтобы задать стиль поведения каждого из участников системы в дальнейшем, с тем, чтобы у каждого участника сохранялась возможность поведения в желаемом будущем, а у коалиций участников было бы представление о том, как они со-существуют с другими участниками и коалициями.

Конструирование совместного образа будущего является также способом удовлетворения условий любой кооперативной игры:

1) условие индивидуальной рациональности: любой участник должен получить пользу, не меньшую, чем он получил бы, не участвуя в игре;

2) условие коллективной рациональности: все участники образуют коалиции (например, вся семья, или система терапевт-клиент и т.п.), и участники должны понимать свое будущее в соответствии со своей позицией в данной коалиции — если польза от такого сотрудничества незначима, то участнику незачем участвовать в терапии; также и суммарная польза не должна превышать необходимый уровень для оптимального сотрудничества.

4. Возможные ошибки и ловушки

Эффект расхождения с будущим (Future Gap Effect)

Необходимо обратить внимание терапевтов на часто возникающий (особенно — при насыщенном и нереалистичном описании будущего) эффект «разрыва с будущим». При выяснении наилучших ожиданий и описании желаемого будущего некоторые клиенты оказываются демотивированы, когда видят сильное расхождение (разрыв) текущей ситуации с описываемым будущим. По нашему мнению, данный эффект может быть недостатком процессов ресурсирования и структурирования текущей ситуации и свидетельствует о том, что слишком много внимания было уделено

конструированию без готовности клиента. В случае такого расхождения на сессии, если клиент захвачен эмоциями, рекомендуем уделить внимание тому, что клиент хотел бы взять из текущей ситуации «с собой в будущее», таким образом налаживая связь и устанавливая отношения между временами. И также полезно будет определить наиболее мелкие заметные изменения, которые клиент может наблюдать уже сейчас или в ближайшем будущем, таким образом немного приближаясь к реальности.

Влияние глубинных и промежуточных убеждений на процесс конструирования

В конструировании будущего клиентом (так же как и в совместном процессе с терапевтом) наиболее часто встречаются следующие ловушки, связанные с негативными (дезадаптивными) убеждениями о своих силах и о развитии событий в будущем:

- выученная беспомощность (я не справлюсь, нечего и пытаться);
- негативное предвосхищение (всё будет развиваться максимально плохо);
- страх оценки и критики (меня не поддержат, а будут критиковать);
- позитивное предвосхищение (с этим можно справиться без каких-либо проблем!);
- конфликт приоритетов (даже не знаю, с чего начать...);

- отсутствие ресурсов (у меня никогда нет сил);
- ролевое приписывание (я не играю никакой роли – за меня уже всё решили / все зависит от других);
- переоценка важности задачи (это слишком важная задача, к ней нужно хорошенько подготовиться, а пока я не буду готов, не стоит и начинать);
- конфликтный контекст (это вообще не моя задача / все настроено против меня, я столкнусь с серьезным противодействием) и другие.

Более подробную информацию по этим ловушкам и техникам работы с ними можно получить на обучающих семинарах.

5. Некоторые техники конструирования на сессиях

Безусловно, существует масса конструирующих техник, использующих воображение и творчество, которые используются терапевтами. Среди самых известных – конструирующие вопросы, различные формы рескриптинга, эмоционально-образные техники. Конструирование также активно используется в методах, которые используют телесные техники, движения глаз и другие виды стимуляции и двойной фокусировки. В обучении нейроконструктивной терапии мы не только разбираем большинство из них, но и учимся применять их адекватно разным процессам, протекающим

на сессиях, к разным состояниям клиента. Лишь в качестве примера приведу некоторые техники.

Наилучшие ожидания и цели терапии

Прояснение наилучших ожиданий — это обсуждение целей терапии (любая деятельность отличается тем, что имеет цели). Как правило, вопрос или проблема, с которыми обратился клиент, нуждаются в уточнении. Бывает, что терапевт и клиент входят вместе в порочный круг проблемного взаимодействия (и выясняют слишком много подробностей о проблеме). Всегда ли разговор о проблемах решает проблемы? Создает ли он что-либо новое?

Предположения психотерапевта относительно проблемы, попытка загнать её в рамку того или иного подхода, приписать проблеме (симптому) определённую системную функцию или, наоборот, считать проблему ничего не значащим исключением — всё это предопределяет весь ход дальнейшей психотерапии.

По меткому выражению Стива де Шейзера, краткосрочная терапия «использует то, с чем клиент приходит к терапевту, для того, чтобы **удовлетворить потребности клиента** и научить его строить свою собственную жизнь, которая бы ему нравилась».

В процессе структурирования мы с клиентом выясняем, что в определённой ситуации, или с периодической частотой, возникает то или иное поведение, напряженность, мысли, чувства (*жалобы*). Из этих элементов скла-

дывается видение проблемы клиентами, а также — жалобы, с которыми они приходят к терапевту. Изучение самой ситуации, в которой возникает жалоба, и элементов жалобы путём расспросов — часто бывают необходимыми. Именно в деталях жалоб скрывается ключ к решению — изменению паттерна повторения проблемы. В процессе структурирования у клиента формируется не только способность описать проблему со стороны (экстернализация), но важно создать еще и определённое ожидание изменений, и особенно усилить его к концу терапевтической сессии, тогда мотивация на изменения будет расти. Несмотря на то что изучение проблемы может со стороны выглядеть поверхностно, всего лишь как серия вопросов, уточняющих, где, когда и что происходит, но как второй и даже третий слой коммуникации лежит то, что клиент уже начинает понимать: проблема не так глобальна, как казалась, надежда на положительные изменения есть.

Далее необходимо коснуться понятия цели, потому что именно цели являются теми стержнями, вокруг которых нарастает проблема. С первых же минут первой встречи мы ведем беседу так, чтобы конструировать проблему как понятие, в любом случае имеющее решение. Но для того чтобы иметь решение, проблема должна строиться вокруг каких-то целей. Согласие клиента с теми целями, над которым ведётся работа, и будет лучшим показателем того, что проблема определена верно. Таким образом проблема является ключевым

концептом, центральным звеном между полем жалоб и полем решений.

Необходимо определить, кто заинтересован в решении проблемы больше других. Нужно наблюдать за действиями клиента, за поведением и признаками, чтобы (если пришла семья), выделить именно того клиента, с кем нужно работать в первую очередь. Тем не менее, в вопросах и ответах по кругу, со всеми членами семьи, с вниманием ко всем посетителям строится равноправный диалог терапевта и клиентов.

Можно привести примеры некоторых тем для обсуждения в начале встречи, которые уже заранее переводят обсуждение в конструктивное русло, побуждая не просто обсуждать проблемы, а настраивать клиента на поиск возможностей и раскрытие потенциала. В начале беседы бывает полезно сфокусироваться на том, какие изменения уже произошли ранее до начала встречи. Также нам совершенно необходимо выявить сильные стороны и ресурсы клиента, на которые мы будем опираться в дальнейшем (также – структурирование и ресурсирование). Так, постепенно, через выяснение деталей жалоб клиента, его запросов и проблем, через объемное видение процесс формулирования проблемы превращается в процесс конструирования целей терапии.

Лучше всего, если цели, сформулированные вместе с клиентом, будут оценены по некоторым критериям – это поможет их еще разок проверить:

1. Масштаб. Цели не слишком большие, конкретно описанные.

2. Время. Цели достижимы в определенном временном периоде (ограничены во времени, выработано хотя бы примерное понимание реалистичности) и в текущих реальных условиях.

3. Важность. Цель должна быть важна для «истинного клиента».

4. Мотивация и вызов. Хорошо сформулированные цели содержат вызов для клиента – ему будет интересно поработать для достижения цели, но здесь есть и понимание того, что для этого придется потрудиться.

5. Создание, а не исчезновение. Особенно важно иметь в виду, что в конструктивных подходах цель – это не исчезновение чего-то, а создание или развитие. Правильно поставленная цель описывается словами, которые говорят о появлении и начале, а не об исчезновении или завершении. Без практики это достаточно трудно научиться делать, поэтому на наших семинарах мы уделяем много внимания постановке целей.

6. Конкретное описание. Цель должна иметь конкретное поведенческое описание.

Для со-конструирования целей терапии хорошо подходят следующие вопросы:

– Предположим, наше общение даст хорошие результаты. Как вы поймете, что они заметны? Что тогда будет по-другому? Какой эффект это окажет на вашу

жизнь? Какие еще события могут произойти в результате?

– Что мы вместе (и я лично) должны сделать, чтобы вы оставили обо мне хороший отзыв в конце работы?

– В какой срок вы хотели бы, чтобы изменения произошли? Какие тут можно примерные промежуточные этапы наметить?

– Почему вам важно этим заняться?

– Почему именно сейчас вы решили ко мне обратиться и сделать что-то для решения проблемы?

– Чему вы хотите научиться? Какое новое знание, умение, навыки будут наиболее полезны вам в текущей ситуации?

– и множество других.

Определение негативных и позитивных когний

В подходах, связанных непосредственно с переработкой травматического опыта и с изменением когнитивного плана (EMDR, CBT), используются различные техники определения негативных и позитивных убеждений клиента. Они имеют свои особенности, и требуется подготовка в том или ином подходе для того, чтобы достиглось максимальное соответствие протоколу переработки. Однако нужно заметить, что как правило, такая работа соответствует общему процессу структурирования и конструирования. Сначала определяется негативное убеждение о себе, основанное на опыте конкретной травматической ситуации, а затем констру-

ируется предпочитаемое убеждение. Считается, что предпочитаемая позитивная когниция должна относиться к той же категории, что и негативная – например, если негативное убеждение отражает категорию потери контроля («я чувствую беспомощность, вспоминая об этом»), то и новое позитивное знание о себе должно попадать в соответствующую категорию обретения контроля («теперь я могу контролировать»). В конструктивных подходах больше внимания уделяется позитивным убеждениям, нежели структурированию негативных, и это подчеркивает различие подходов, фокусирующихся на «исправлении проблем» и на «развитии решений». Естественно, приобретение клиентом новых убеждений о себе часто может стать целью терапии.

Список препятствий

Эта техника позволяет предусмотреть ситуации и факторы, которые могут повлиять на ход успешной реализации намеченных задач. Также эта техника полезна для работы с убеждениями, ограничивающими процесс конструирования будущего:

- выберите цель;
- выпишите то, что препятствует достижению этой цели;
- по каждому из препятствий – выпишите, в чем конкретно может проявиться (или как обычно проявляется) эта проблема;

– подумайте, что должно произойти, чтобы это перестало быть проблемой.

Возможно, что ограничивающие убеждения не позволяют вам увидеть возможности или сделать шаги, необходимые для достижения цели.

Анализ ограничений языка

– В работе с клиентом обращайтесь к его вниманию на универсальные определения и слова «всем понятно», «очевидно», на местоимения «все», «всегда», «каждый», «мы», «никто», «никогда» – обобщения (универсалии) или полярные (черно-белые) суждения, долженствования («должен», «обязан», «необходимо», «не смогу» и другие).

– К этим высказываниям можно подобрать несколько вопросов, позволяющих оспорить их категоричность и всеобщность, например: «Что из этого следует?», «Чье это мнение?», «Зачем это делать всегда?», «Кто доказал?» и другие.

– Предположите, что будет по-другому, если думать (и говорить) иначе? Например, вместо утверждения «Все должны всегда получать удовольствие» будет утверждение «Иногда мы рады, что получаем удовольствие» – что это изменит? Как живут люди, которые так думают? Какие плюсы и минусы у такого мышления и каков может быть синтез противоположностей (здесь используем диалектический ход рассуждения)?

Чудесный вопрос (Miracle question)

«Чудесный вопрос» по праву считается «жемчужинной» подхода SFBT – он сочетает элегантность конструктивизма, глубину недирективного внушения, актуализацию ресурсов клиента и сильные мотивационные изменения. В этом вопросе используется сила воображения. В основном, цели терапевтической работы, могут быть построены исходя из ответов клиента на этот вопрос.

Классическая формулировка этого вопроса звучит так: «Представьте, что сегодня вечером вы приходите домой, делаете все обычные дела и ложитесь спать. Вы засыпаете и, конечно, не знаете, что происходит вокруг. Но пока вы спите, происходит чудо. Как по волшебству проблема, с которой вы пришли ко мне, решилась. Поскольку вы спите, вы об этом и не подозреваете, не знаете, что именно произошло. Как вы думаете, что вы заметите на следующее утро, и как вы узнаете о том, что проблемы уже нет?»

Существуют различные вариации этого вопроса, однако именно эта версия доказала свою эффективность. Она была предложена Инсу Ким Берг, когда клиент сказал во время встречи «А вот если бы произошло чудо...». Инсу подхватила эту идею клиента и спросила: «Представьте, что чудо произошло и проблема решена». Стив де Шейзер тоже внес определенные доработки в этот вопрос и технику вопрошания – определенные невербальные и паралингвистические нюансы мы

разбираем на семинаре. Важно обращать внимание на то, что и как происходит с клиентом во время слушания и ответа на Чудесный вопрос. Клиенты по-разному реагируют, по-разному дают ответы — кто-то с недоверием слушает свои собственные слова и удивляется им, кому-то более важно то, что скажут родственники. Отвечая на этот вопрос, кто-то улыбается, кто-то грустит.

На этом этапе встречи задачей терапевта является не только раскрытие такого образа будущего, который представляется реальным клиенту, но и определение маленьких первых шагов к этому идеальному достижимому будущему. Поэтому уточняющими вопросами могут быть такие, как:

— Что именно подскажет вам, что это именно то волшебство, которого вы ждали?

— С чего начнётся день, как только вы проснетесь?

— Что вы сделаете, чем займётесь в первую очередь?

— Что вам потребуется, чтобы представить, что это чудо произошло?

— Кто заметит изменение первым, кроме вас? Что отметит этот человек?

— Что будет ваш партнёр / ребёнок делать по-другому?

Наша задача — вовсе не в том, чтобы нарисовать «сахарный домик» в воображении у клиента. Образ будущего мультимодален (отражается в разных ощущениях и чувствах), реалистичен, достижим (Михаль-

ский, 2014), и одна из наших важнейших задач – это наметить возможность достижения будущего, выработать решение (первые шаги к нему) и основные цели, которые будут руководить всем поведением клиента, мотивировать его на это поведение, показать возможность изменения. В семейной терапии общий образ будущего конструируется из частных образов будущего членов семьи.

Упражнение «Впечатление о будущем»

Вольфганг Амадей Моцарт упоминал, что он может увидеть духовным взором свое будущее произведение не линейно (как оно во времени будет исполнено), а разом, целостно, наподобие прекрасной статуи.

После того, как наилучшие ожидания клиента прояснены и Чудесный вопрос задан, попросите его глубоко вдохнуть, выдохнуть и представить свое будущее по прошествии какого-либо периода. Какие физические ощущения, эмоции, мысли сопровождают этот образ? Если картина недостаточно удовлетворительная или объемная – требуется дополнительная доработка.

Конструирующее шкалирование

Шкалы используются не только для мониторинга, но и как метод конструирования. Например, перед тем, как усиливать (повышать объем) разговора об изменениях на сессии, будет полезно получить от клиента обратную связь по готовности к такому разговору. Одним

из вариантов обратной связи готовности к изменениям может быть шкала уверенности в том, что изменения возможны: «По шкале от 0 до 10 – как Вы скажете, насколько сейчас в данной ситуации возможны какие-либо изменения в ___ (здесь говорим о цели клиента: «... в Вашем отношении к происходящему?» или «... в вашем самочувствии?», или «... в этих отношениях?»).

Высокие оценки клиентом возможности изменений говорят о его оптимизме и уверенности и о готовности обсудить, сконструировать или даже сделать шаг в сторону изменений. Однако клиент на эмоциональной волне может переоценивать эту готовность. Поэтому необходимо наблюдать за вербальными и невербальными реакциями во время обсуждения готовности к изменениям, серьезности ситуации, происходящих желательных или нежелательных изменений. В случае снижения уверенности в изменениях и готовности к ним, когда клиент поглощен тяжестью текущей ситуации, следует увеличить удельный вес Домена Поддержки как на сессии, так и в домашних заданиях.

Конструирующими вопросами в данном случае использования этой шкалы будут такие:

– Что вам подсказывает, что это именно такой балл (X), а не 0?

– Как бы ваш партнёр ответил (а) на такой вопрос?

– Что может пригодиться, чтобы изменения наступили?

– Предположим, что по этой шкале прибавился 1–2 балла. Что станет тогда по-другому? Что вы будете делать по-другому? Как думать по-другому? Удивит ли это вас?

Путешествие по историческим периодам

Пройдитесь по разным историческим периодам. Какой бы вы выбрали для себя? Что привлекает в этом периоде? Какие возможности? Какие качества и ценности того или иного периода вам откликаются? Какие наиболее важны и почему? Как в текущей ситуации они пригодились бы, как можно это развивать?

Конструктивная трансформация детского опыта

Детские травмированные части, как правило, не отвечают на «взрослые» рациональные увещания типа «Я люблю тебя, все будет хорошо!». Им необходимо поделиться тем, что они переживают. Какие истории, какие чувства, какие ощущения, когда сформировались те отягощающие глубинные убеждения, которые скрыты в их негативном опыте? Мы спрашиваем клиентов: «Чем хочет поделиться эта часть?» и она начинает осознавать, что кто-то интересуется её жизнью, кому-то не все равно. Начинается со-конструирование взаимного корректирующего опыта, который здесь и сейчас противопоставляется негативному опыту того периода. Какие-то переживания могут быть выражены в присутствии человека, которому не все равно (эту роль берет

терапевт, передавая ее клиенту). Процесс успешен, если эти ощущения носят характер телесного переживания, и сопровождаются чувством освобождения. Терапевт может задавать вопросы «Что она чувствует? Каков сейчас контакт? Что она хочет от вашего общения? Как она поймет, что тебе можно довериться? По каким признакам ты поймешь, что она начинает доверять?» и так далее. Установление контакта между эго-состояниями разных временных периодов — очень важное достижение процесса конструирования в терапии, при этом, несмотря на то, что все происходит в воображении, глубокая интеграция и трансформация сопровождается реалистичными физическими ощущениями и переживаниями (реконсолидация памяти).

Потребности и конструирование будущего: От потребностей к смыслам

Для этого понадобится распечатать табличку (или нарисовать ее от руки на листе). Отметьте в клеточках, от 1 до 10, на сколько сейчас удовлетворена потребность и что бы вы хотели в идеале.

<p style="text-align: center;">Потребность</p>	<p>Оцените степень удовл-сти сейчас 1-10</p>	<p>В этой графе распишите подробно и конкретно (с ситуациями, обстановкой, именами и т.п.), что будет и что бывало, когда потребность удовлетворена на оптимальный уровень (7-8)</p>
<p>Безопасность, уверенность. Оптимум: Я чувствую себя защищенным от жизненных невзгод, несмотря на то что в жизни может всякое произойти, я уверен в том, что происходит. Я осознаю реальность, умею решать проблемы и даже ставлю перед собой сложные задачи.</p>		
<p>Доминирование, профессионализм Оптимум: я понимаю, что мне нужно еще развиваться, но я уже сделал много успехов в своей профессии, учебе, общении. у меня есть качества, которые выделяют меня из других.</p>		
<p>Секс Оптимум: секс приносит мне удовольствие, и если ситуация располагает, я хочу заниматься сексом.</p>		

<p>Принадлежность (социум) – что напишут на моем памятнике? С кем я?</p> <p>Оптимум: Я живу среди людей, я доволен своим окружением, и они меня ценят. Я хочу общаться с людьми, заводить знакомства и связи.</p>		
<p>Экономия ресурсов (здоровье, энергия, время, деньги)</p> <p>Оптимум: Я здоров, и у меня есть ресурсы (время, деньги, энергия, знания, связи, хорошие личные отношения, достаточная независимость), это дает мне ощущение свободы и открытых возможностей.</p>		
<p>Исследование, обучение и саморазвитие.</p> <p>Оптимум: Мне интересно познавать новое. У меня есть такие качества, как ответственность и воля, интерес, любознательность, и я их развиваю.</p>		
<p>Гедонизм, удовольствие от жизни.</p> <p>Красивая обстановка и одежда, музыка, пейзажи, вкусная еда, приятное ощущение от жизни.</p>		

<p>Оптимум: то что окружает меня, то, что я люблю, я получаю в достаточном количестве, и это мотивирует меня на действия</p>		
<p>Забота о других (близких, об обществе, об экологии и т.п.)</p> <p>Оптимум: я регулярно помогаю близким, мне есть о ком заботиться, но также я живу и для себя</p>		
<p>Чувство перспективы, пути и смысла в жизни, соответствие психологического возраста биологическому</p> <p>Оптимум: я серьезно и ответственно отношусь к жизни, своим обязанностям, однако я люблю играть и смотреть на мир открытыми глазами. Я не чувствую себя усталым от жизни или, наоборот, инфантильным. У меня есть видение своего жизненного пути, там есть загадки и приключения, но это не пугает меня, я хочу его пройти целиком.</p>		

Вопросы по проделанной работе:

– Что для меня сейчас главное (от чего уйти, к чему

прийти)?

– Что сейчас составляет смысл моей жизни?

– Как я пойму, что я счастлив?

Неудовлетворенные потребности нужно удовлетворять, а сильные потребности, которые приносят интерес и удовольствие – нужно использовать и развивать! Подумайте, с какими потребностями связаны ваши лучшие способности? Что получается у вас лучше всего, что «заводит» вас? Может быть, это будет позиция эксперта, который знает, как решить любую проблему. Может быть, вы прирожденный коммуникатор и испытываете восторг, когда разговариваете с людьми или устраиваете общественные мероприятия. Может быть, вам нравится готовить вкусные экзотические блюда. Может быть, вы путешественник, который хочет с посохом и котомкой объездить весь мир. Любая профессия имеет в своей основе ту или иную ярко выраженную потребность. Но дело даже не в профессии – а в настроении, которое сопровождает вас по жизненному пути. Выберите наиболее важные ваши потребности (не более 3). Очень возможно, что это потребности, на которых основан ваш смысл жизни, к ним нужно прислушаться по-особому.

Процесс 4. Создание навыков изменения

*Привычка – «вторая натура» человека,
и воспитание, которое состоит в приобретении навыков,
именно и даёт нам эту вторую природу.*

В. Бехтерев

1. Описание процесса

Инсайт или осознание сами по себе не являются гарантией изменений — ведь информация, даже логично обоснованная, может быть не усвоена, не запомнена, не применена на практике, и таким образом, не станет основой для реальных перемен, не приведет к реальной перепрошивке психики. Необходима определенная практическая работа, чтобы достижения терапевтической сессии стали частью жизни. Для этого необходим процесс создания и репетиции различных полезных для клиента навыков.

Терапия призвана изменить дезадаптивные паттерны (циклы) в адаптивном ключе, сформировать новые адаптивные паттерны поведения и убеждения (мен-

тальные модели), отношения с другими и самим собой. Без процесса самоинструктирования это совершенно невозможно. Что мы включаем сюда? Разработку «решения» (поиск ранее успешных моментов, поиск в настоящем и создание новых), формирование новых моделей, а также развитие умения инструктировать себя для повторения этих привычек. Основное, что возникает в процессе создания навыков – моделирование ситуаций успеха клиентов, разработка на этой основе необходимых навыков справляться, развитие самостоятельной работы клиента между сессиями.

Разработка и освоение новых моделей внутреннего диалога – это тоже деятельность по обучению клиента. Для более полного эффекта обучение не должно быть простым (первого порядка), которые выражается в формуле «увидеть разрыв – совершить действие – закрепить». Обучение второго порядка в результате обратной связи изменяет сами модели конструирования будущего. Клиент и терапевт вместе учатся учиться, научаются видеть ситуации под другим углом, а будущее – по-новому и адаптивно.

Платон писал: можно ответить на любой вопрос, если вопрос задан правильно, а Людвиг Витгенштейн продолжает мысль: если задан вопрос, то ответ уже существует, остается только его найти. Задача терапии в данном случае – помочь клиенту найти верный вопрос, а также научить его и в дальнейшем задавать верные вопросы к самому (самим) себе. Самостоятельное

задавание верных и фокусированных вопросов клиентом самому себе помогает установить цели, задачи и необходимые шаги, определиться с конкретикой желаемого будущего и необходимых изменений.

Таким образом, в нейроконструктивной терапии подчеркивается важность как внешнего инструктирования (техники проработки; навыки, полученные от терапевта; навыки, созданные совместно на сессии), так и самостоятельного инструктирования (использование внутреннего диалога) как инструмента практического изменения. Совместную деятельность по закреплению новых моделей условно отнесем к следующему процессу («мониторинг»).

2. Цель и задачи

Целью процесса Создания практических навыков является создание и репетиция навыков, закрепляющих изменения и создающих новые, и фасилитация этого.

Задачи процесса:

1. Создание навыков. Совместно с клиентом: поиск, разработка или доработка известных навыков, а также первичная репетиция навыков следующих категорий:

- внутренняя саморегуляция (осознанность, управление эмоциями);
- самоподдержка в кризисных ситуациях (физиологические, психологические);

– использование техник проработки травматического опыта на основе сконструированного желаемого будущего (техники экспозиции, двойной фокусировки, рескриптинга);

– регуляция поведения в социальных ситуациях;

– копинговое самоинструирование (внутренний диалог и самовопрошание);

– позитивное мышление и конструирование;

– развитие навыков удержания в терапии (устойчивость отношений, деловая мотивация);

– планирование и управление энергией и временем;

– специфические навыки, входящие в домашние задания системной (семейной) и традиционной конструктивной терапии, например, навыки наблюдения, навыки ролевой игры и «как если бы», навыки спонтанного или запланированного реагирования на поведение партнеров, и другие.

2. Фасилитация освоения навыков – создание предпосылок и подготовка к эффективному повторению навыков в качестве домашних заданий:

– мотивация выполнения домашнего задания;

– геймификация (облечение навыка и заданий в игровую форму);

– планирование времени и места выполнения домашних заданий;

– ментальная репетиция выполнения навыка;

– обсуждение системы ведения дневников или другой системы мониторинга.

3. Нейробиологическая основа

С точки зрения нейронауки, привычка (навык) — это определенная функциональная сеть нейронов, сформированная для выполнения какой-либо конкретной задачи (и может быть, описанная в поведенческих терминах). Эти сети могут быть изменены (перестроены, или развиты другие сети) на основе нейропластичности, свойственной мозгу каждого человека. Сроки и способы формирования новых навыков достаточно различны и зависят от многих факторов, в частности, от сложности системы навыка, от того, какие зоны задействованы, от окружающих условий и контекста выполнения. Немаловажно, как данная сеть вплетена во взаимодействие с другими нейронными сетями (какие из них помогают включаться навыку, какие, наоборот, вызывают сопротивление и прокрастинацию).

С точки зрения психотерапии, дополнительная работа с такими взаимодействующими сетями обычно приводит к тому, что навык выполнять становится легче (фасилитация). Однако работа с другими связанными сетями (ослабление сетей противодействия и развитие, усиление сетей, поддерживающих выполнение навыка) может быть также достаточно трудозатратной, поскольку они в свою очередь могут быть обусловлены предшествующим негативным опытом или отсутствием сформированных ресурсов и привычек.

Не следует забывать и про базовые ресурсы организма – на физиологическом уровне нервной системе можно помочь формировать новые нейронные связи за счет разнообразной когнитивной нагрузки, разнообразной интересной деятельности, хорошего сна, поддержания баланса кислорода в крови (физическая активность), питания, включающего витамины В-группы, жирные кислоты – все это факторы, способствующие более быстрому и устойчивому научению.

Нейронаука в последние годы все больше говорит о различных общих состояниях (когнитивных системах или режимах) функционирования мозга – «сосредоточенном на задаче» (Task-Positive Network, TPN) и «пассивном» (Default Mode Network – DMN). Что характерно, в среднем энергопотребление мозга приблизительно одинаково (+-5%) вне зависимости от того, какая система работает. Но при формировании и при целенаправленном задействовании навыка активизируется именно TPN, которая включает выполнение задачи и отвечает за «связь с миром» – фокусировку на внешних и внутренних ощущениях, планирование, выполнение сложных задач. При клинической депрессии, например, эта система TPN работает гораздо реже, а в основном включена DMN, которая отвечает за «плавающее» воображение, воспоминания о прошлом и будущем, мысли о себе и о других людях.

Задача любого правильно построенного тренинга навыков (и развития навыков, домашних заданий в те-

рапии) – усиление TPN, развитие способности переключения от DMN к TPN, развитие умения активировать эту систему мозга, которая позволяет подавлять «автоматические» и неадаптивные реакции на привычные стимулы, включать новое поведение, тем самым реализовать и расширить диапазон целевых действий. Сознательный контроль над переключением DMN – TPN – DMN не позволяет дезадаптивному поведению стать «привычкой».

4. Возможные ошибки и ловушки

В этом разделе мы должны поговорить об одной из наиболее известных концепций психотерапии – о «сопротивлении» клиентов. Для следующего раздела, посвященного процессу «Мониторинг изменений», всё это тоже будет крайне актуальным! Отмечу, что Стив де Шейзер, один из создателей подхода Ориентированной на решение краткосрочной терапии, подчеркивал, что говорить о «сопротивлении» как о самостоятельном концепте, а также использовать его в терапии как особый феномен – все это совершенно не полезно для развития конструктивного сотрудничества с клиентом (и даже наоборот – вместо того, чтобы слушать и конструировать именно то, что нужно клиенту, мы как бы идем через дополнительный конструкт, вводя «сопротивление» как нечто, с чем также нужно иметь дело).

В своей статье «Смерть сопротивления» (de Shazer, 1984), написанной в 1979 году и опубликованной только в 1984 (у редакторов она вызывала сильное сопротивление!), Стив пишет: «Понятие „сопротивления“ запирает терапию, основанную на подходе к семье как к системе, в рамки устаревшей эпистемологии линейной причинности, понятий „сила“ и „власть“, потому что она подразумевает разделение между терапевтом и семьей как системой. Когда гомеостаз используется как идея организации на этом более сложном уровне, „сопротивление“ рассматривается в семье и описывается как то, что делает семья. Это не рассматривается как продукт взаимодействия психотерапевта и семьи. Такое описание, „направленное на объект“, а не „на паттерн“, превращает терапевта и семью в противников. Эта методологическая граница... становится барьером, препятствующим любым описаниям возникающих надсистемных взаимодействий». И далее: «если поставить во главу угла понятие „сотрудничество“, то терапевт и клиент становятся похожи на теннисистов, играющих на одной стороне поля. Сотрудничество является необходимостью, поскольку надо сражаться вместе со своим партнером, чтобы совместно победить общего противника. Поскольку терапевт и клиент совместно работают над изменениями, которые сталкиваются с противодействующими изменениям процессами, то эти процессы можно рассматривать как их общего противника».

Я думаю, что в любом случае возникающее в практической работе сопротивление — очень полезный сигнал того, что терапевт не слышит клиента, недостаточно помогает в процессе конструирования, создания нужных навыков и их отслеживания.

Поэтому главная ловушка — то самое «сопротивление» (например, когда клиент не выполняет домашнее задание) преодолевается достаточно просто — ведь это самый явный признак, что в каком-то из процессов нашей деятельности возникла ошибка.

Что делать в этом случае? Возвращаемся и пересматриваем процессы, возможно — предлагаем клиенту заполнить опросник и заполняем его сами. Сверяем результаты, обсуждаем открыто, чего не хватает и стараемся починить.

И, как пишет Стив де Шейзер, «терапевтические интервенции могут быть разработаны специально, чтобы помочь семье создать свои собственные ожидания перемен. Однажды созданные, эти ожидания помогают определить, что и как должно произойти, и это впоследствии происходит... позиция терапевта заключается не в том, чтобы думать, произойдут ли изменения, а в том, чтобы думать, когда или где, или какой тип изменений будет происходить».

Однажды в интернете я прочитал следующее: «сопротивляющийся клиент — это участник консультирования, который не имеет желания перемен или оппозиционно настроен в отношении перемен». Какой вредный

учебник! Какая чушь! Разве полезно смотреть на каждого, кто приходит к нам, как на саботажника, не желающего никаких изменений?

Неожиданные вопросы клиента о сроках и методах терапии. На что полезно обратить внимание? Проясните — возможно, у клиента из других источников сложилось впечатление, что психотерапия заключается только в получении новых «осознаний» (инсайтов). Возможно, есть убеждение, что по проблеме должна быть предложена рекомендация, решающая проблему с первой же сессии. Или наоборот, он думает, что терапевт должен выдать ему набор техник, которые помогают всем, и ему тоже помогут. Может быть стоит обсудить, как именно видит клиент возможную помощь, что будет наилучшим вариантом, формой работы, или есть конкретные ожидания? Я стараюсь спрашивать об этом на первой же сессии.

Клиент не понимает смысла предлагаемых домашних заданий как таковых. Возможно, нужно пояснение теории (см. нейробиологические основы). Возможно, это ваши слишком директивные домашние задания, не идущие от содержания сессии, от клиента. Возможно, что мотивация и внутренний смысл клиенту не близок, потому что вы не «продали» задание — не показали, как оно связано с развитием желаемых качеств/навыков, или оно показалось не интересным, пресным.

Крайне важны **смысловая организация и эмоциональный фон формирования навыков.** Так, в процессе

конструирования мы обсуждаем с клиентом, чего хотелось бы и как возможно к этому прийти, таким образом закладывая определенную мотивационную основу для развития действий. Любые домашние задания также имплицитно предполагают, что что-то может быть сделано в практическом плане для того, чтобы приблизиться к желаемому будущему. Создавая на сессии образ достижения и смысл действий, мы укрепляем ресурс для выполнения нужного поведения в реальности. В процессе мониторинга мы пристально изучаем, что сделано, и подкрепляем выполнение. Но сам процесс создания и репетиции навыков (включающий те самые домашние задания) должен учитывать потребности клиента, отталкиваться от его запроса, проходить в эмоционально комфортном ключе, с полным пониманием смысла.

Что делать, если задание вызвало плохие и негативные эмоции в ходе его выполнения? Скорее всего, вы поторопились и нацелились на слишком сильные, глубокие воспоминания, это вызывает переживания, к которым клиент не готов. Попробуйте идти более мелкими шагами, сконцентрируйтесь на чем-то одном. Или переключитесь в работе с клиентом на другие каналы. Например, если задание было про эмоции – переключитесь на телесный канал или отработайте только мыслительные паттерны и т. п.

5. Домашние задания и применение навыков

Сначала поговорю о базовых принципах создания навыков. А затем приведу несколько примеров домашних заданий-навыков, чтобы понять логику, в которой они предлагаются клиенту. Предлагая клиенту что-то из этих заданий, не забывайте сначала уточнить, спросив: «Нужно ли вам сейчас что-то из готовых техник, которые часто помогают людям в похожих ситуациях, или лучше мы разработаем что-то индивидуальное вместе с вами на основе распространенных техник, или нужно создать что-то принципиально новое (но это может занять время)?»

Базовые принципы создания навыков

Создание любого навыка включает в себя три основных шага:

1) **Назначение триггера** (сигнала, знака), который будет запускать привычку. Например, такие действия как почистить зубы или выпить стакан воды — могут стать триггером для утренней гимнастики. Самые надежные триггеры — это определенное время (на рассвете, по дороге с работы), определенное действие (завтрак, чистка зубов) или определенное внутреннее состояние (какая-либо эмоция).

2) **План действия** — разработать, что именно делаем, провести ментальную репетицию, а также репети-

цию в реале.

3) **Поощрение.** Например – определенное переживание («стало спокойнее»), чашка чая или очередной красный крестик на настенном календаре. В качестве поощрения отлично работает социальный обмен, например, отчет психологу или какому-то значимому другому человеку (это с одной стороны, обязательство, которое сложно нарушить, а с другой стороны – удовольствие «похвастаться» своими достижениями).

Навыки гораздо лучше создаются **по одному** (а не много сразу и беспорядочно), поэтому необходимо оговорить с клиентом, что это потребует времени и концентрации. Считается крайне полезным заранее предусмотреть возможные препятствия и решить, что будет происходить в этом случае (создать план преодоления неудач). Рекомендую обратить внимание на простую последовательность «WOOP», которую предлагает профессор психологии университетов Нью Йорка и Гамбурга (и, удивительный факт, настоящая принцесса) Габриэль Эттинген на основе известной коучинговой модели GROW. Это схема обсуждения возможных затруднений, которая построена на принципе **ментального контраста** между позитивными аспектами цели и негативными аспектами существующих препятствий. Она включает следующие шаги:

1. Wish – Желание (поставить временные рамки и сформулировать реалистичную мотивирующую задачу);

2. Outcome – Результат (описываем благоприятный результат; описываем, как себя будем чувствовать, когда навык будет выполняться и начнет приносить плоды; ментально репетируем результат);

3. Obstacles – Препятствия (описываем, каковы главные внутренние и внешние препятствия – что удерживает от выполнения, что может помешать)

4. Plan – План (формулируем в терминах «Если случится..., что я сделаю или подумаю...», ментально репетируем план).

Предлагаем записать то, что мы разработали с клиентом по формуле WOOP и обращаться к ней по необходимости (Oettingen, 2014). Эттинген утверждает, что чем более фантазийно и отвлеченно человек рисует себе свое беспроблемное будущее, тем меньше реальных усилий он прикладывает, чтобы его достичь. Расхождение намерений и действий, которое обычно возникает в ситуациях затруднения, может быть преодолено формированием конкретного плана действий. Согласно концепции намерений реализации (implementation intention) П. Гольвитцера, память, внимание и восприятие работают лучше в критической ситуации, если есть определенное видение возможных затруднений и заранее подготовленный план (Gollwitzer, 1996; Oettingen et al., 2013).

Клиент упоминает прогулки? Медитация во время ходьбы (по материалам Джека Корнфелда)

Когда вы идете в комфортном для себя темпе, навязчивые мысли утихают. Вы как бы отстраняетесь от рутины, выполняете монотонное ритмичное действие, дыхание выравнивается, и со времени в голову начинают приходить новые идеи.

«Ходячая медитация» — простая и универсальная практика для развития спокойствия, связности и осознанности. Это упражнение можно практиковать регулярно, например, до или после сидячей медитации, в любое другое время — самостоятельно, например, после напряженного дня на работе или в расслабленное воскресенье утро. Искусство медитации на ходу заключается в том, чтобы научиться осознавать то, как вы идете, использовать естественное движение ходьбы, чтобы развивать осознанность и бодрствующее присутствие.

Выберите тихое место, где вы можете комфортно походить туда-сюда, в помещении или на улице, около десяти — тридцати шагов в длину. Начнем с того, что вы стоите на одном конце этой «дорожки» и ваши ноги плотно стоят на земле. Пусть ваши руки легко отдыхают, где бы они ни находились. Закройте глаза на мгновение, сосредоточьтесь и почувствуйте, как ваше тело стоит на земле. Почувствуйте давление ваших подошв, другие естественные ощущения, когда вы стоите. Затем откройте глаза и позвольте себе быть готовым и внимательным к окружающему миру.

Начните медленно идти. Позвольте себе идти с возвышенным чувством собственного достоинства. Обрати-

те внимание на ваше тело. С каждым шагом ощущайте, как ноги отрываются от земли и прикасаются к земле. Расслабьтесь — пусть ваша прогулка будет легкой и естественной. Прочувствуйте каждый шаг осознанно, по мере того, как вы идете. Когда вы дойдете до конца дорожки, остановитесь на мгновение. «Окунитесь» в свои ощущения, медленно повернитесь, снова сделайте паузу, чтобы вы могли осознать первый шаг, когда начнете идти обратно. Вы можете экспериментировать со скоростью, выбрать, какой темп ходьбы даст вам наибольшую осознанность.

Продолжайте ходить вперед-назад — десять или двадцать минут или дольше. Ваш ум, конечно, будет часто отвлекаться. Как только вы заметите отвлечение ума, отметьте для себя, где и как это произошло, было ли это «блуждание», «размышление», «слушание» или «планирование». Затем вернитесь, чтобы прочувствовать следующий шаг. Как в дрессировке, вам нужно будет проделать все это тысячу раз... Если вы «отсутствовали» какое-то время — не страшно, просто отметьте, что вы отвлеклись, а затем возвращайтесь к ощущению «здесь и сейчас» — со следующим шагом, который вы делаете.

После некоторой практики медитации во время ходьбы вы научитесь использовать ее, чтобы успокоиться, собраться, стать более бодрым. Затем вы можете расширить свою практику ходьбы в других местах, например, когда ходите по магазинам, когда идете

по улице, пешком от вашего автомобиля и т. д. Так вы сможете наслаждаться осознанной ходьбой ради собственного блага, вместо привычного «планирования и мышления на ходу», и таким простым способом – осознанно присутствовать всем своим телом, сердцем, умом, в то время, как вы идете по жизни.

Клиент упоминает эмоциональные аффекты? Практика базовой саморегуляции «5-4-3-2-1»

Это простой, но эффективный инструмент восстановления контроля над сознанием, когда беспокойство пытается взять над ним верх, и она включает в себя гораздо больше, чем просто обратный отсчет от пяти до одного. Это упражнение помогает преодолеть беспокойство и вернуться в момент «здесь и сейчас». Упражнение помогает вернуться в реальность благодаря органам чувств – зрению, слуху, осязанию, обонянию и вкусу.

Вот что нужно делать:

1. Посмотрите вокруг и отметьте ПЯТЬ предметов, которые вы видите в данный момент.
2. Теперь обратите внимание на ЧЕТЫРЕ осязательных ощущения. Это может быть что угодно: ваши ноги в ботинках, кольцо на пальце, шапка на голове и т. д.
3. Далее прислушайтесь к звукам и выделите ТРИ из тех, что вы сейчас слышите.
4. Затем очередь обоняния: почувствуйте ДВА запаха в пространстве, где вы находитесь.

5. Наконец ощутите ОДИН вкус. Это даже может быть просто ваш язык, если вы сможете почувствовать его вкус.

Выполнять этапы можно достаточно быстро (упражнение занимает 30–60 секунд). Фокусирование внимания на органах чувств позволит сосредоточиться на настоящем, а подсчет предметов приостанавливает круговорот мыслей.

Клиент упоминает о повторяющихся размышлениях

Если клиент говорит о перегруженности мыслями, размышлениями, то одно из простых предложений может быть структурированно выписать мысли (это не только ресурсирующая, но и структурирующая практика). *«Попробуйте записать на листе бумаги все свои переживания, страхи и тревоги на данный момент. Лучше чтобы это было подробное описание, и постарайтесь осознать все, что беспокоит вас в последнее время и в данный момент. После этого вы можете сделать с этим листом что-то символичное – например, то, что хотели бы сделать с описанными на нем переживаниями».*

Необходима поддержка в «плохие дни»? Письмо в дождливый день (цит. по: Dolan, 1998)

Цель «письма в дождливый день» – подготовиться к «плохим дням». Оно будет служить мостиком через жизненные пропасти, но не в том смысле, что опыт будет

притуплен или обесценен, а скорее это способ превратить трудные моменты в опыт мастерства и надежды. Ведь именно в те моменты, когда больше всего нужно помнить о сильных сторонах и ресурсах, чаще всего о них и забываешь... «Письмо в дождливый день» — это способ напомнить себе о сильных сторонах и ресурсах в то время, когда они больше всего нужны!

Как составить собственное «Письмо в дождливый день»? Это письмо от вас к вам же. Оно пишется не в минуту отчаяния, а в минуту относительного спокойствия и благополучия. Это эмоциональная страховка от неизбежности темных моментов, которые случаются в разное время в жизни, своего рода «аварийный ремонтный комплект» для души. Письмо должно содержать, но не ограничиваться следующим:

- список занятий, которые хорошо помогают в сложный час и их можно попробовать сделать;

- список поддерживающих людей, которым можно позвонить;

- напоминания о ваших положительных и сильных чертах характера;

- напоминания о духовных или философских убеждениях, которые укрепляют вас (возможно — любимые цитаты или видеофрагменты);

- напоминания о некоторых ваших мечтах, целях и надеждах на будущее;

- другие специальные советы или важные для вас напоминания;

– напоминание об техниках и методах, которые вы находите полезными для себя.

После завершения поместите письмо в место, где вы сможете легко найти его в любое время. Некоторые любят делать несколько копий, чтобы одну носить в портфеле или сумочке, одну оставить в специальном ящике или бардачке автомобиля и т. д.

Список ресурсных занятий

Запишите на лист бумаги по пунктам все те вещи, которые вам нравится и приятно делать и которые наполняют вас энергией. Это могут быть даже мелочи; главное, чтобы их набралось хотя бы 15–20. После этого вы можете выбрать одну или несколько вещей из описанных, которые вы можете сделать, чтобы почувствовать себя лучше прямо сейчас. А потом сделать их! А список можно сохранить, дополнять и использовать в любой момент.

Любые приятные и полезные телесные практики традиционно относятся к разряду ресурсных во многих подходах психотерапии. Телесное и душевное благополучие неразрывно связаны, и забота о теле непременно скажется и на состоянии психики. Попробуйте сделать для своего тела все самое приятное и полезное из того, что придет в голову: это может быть расслабляющий массаж, теплая ванна с пеной, процедуры ухода для кожи лица и тела, вкусный и полезный перекус, маникюр или приятная физическая активность. Спорт может от-

лично тонизировать и возвращать силы. Главное — выбрать такую активность, которая подходит и нравится именно вам.

Развитие внутреннего поддерживающего диалога

Мы нередко замечаем, как кто-то идет и разговаривает сам с собой, или дети комментируют свои действия, или мы сами начинаем неожиданно проговаривать что-то вслух. Возникает вопрос — когда включается внутренний диалог — что это, опасно ли это и кто, собственно, с кем разговаривает?

М. Бахтин, М. Бубер, Л. Выготский, А. Брушлинский, З. Фрейд, М. Кляйн и многие другие авторы и психологи обращались к проблеме внутреннего диалога, пытались понять и истолковать это явление, его значение.

Оказывается, внутренний диалог — феномен сознания, самосознания, измененных состояний личности, мышления, речи, психотерапии, литературных описаний, и даже поиска жизненной позиции. Он нужен для придания объемного видения истории личности (диалогичность нарратива), переработки информации при обучении, самосознания, предвидения развития ситуаций. Внутренний диалог, в том числе, является функциональной психической системой (механизмом, способом) взаимодействия смысловых образований психики, связанных с рефлексией.

Внутренний диалог не идентичен внутренней речи. «Я» диалогично, поскольку образуется во взаимодей-

ствии с обществом, значимыми людьми, в отношениях. По Бахтину и Хермансу, сознание полифонично, есть много «я-состояний» (субличностей), каждая из которых может иметь свою историю и линию развития. Мы чаще предпочитаем употреблять слово «состояние» или «режим», поскольку внешние действия человека линейны во времени и наблюдаемы в моменте. Одним из ключевых вопросов становится не столько «полифонична ли психика», а «что полезнее в психотерапии – а) позиция развития полифоничности или б) позиция сохранения и укрепления единства личности»?

Вербализованный внутренний диалог имеет речевые признаки – свернутость смыслов, насыщенность эмоциями, «спор» нескольких смысловых позиций. Вербализация внутреннего диалога помогает (в отличие от монологической рефлексии) проявлению, со-конструированию нового содержания, со-творению новой личной истории, возникновению новых смысловых полей, появлению и расширению видения контекстов, преобразованию психики, развитию когнитивных процессов (мышление, речь, воображение).

Диалог может быть инициирован как клиентом, так и терапевтом, развит и интериоризирован в терапевтических целях. Однако по нашему мнению, следует не забывать и придерживаться диалектического принципа изменений – в то время как диалогичность психики важна как движущая сила «сборки» личности воедино, так и личность как уникальное единое «Я» развивает

внутреннюю диалогичность (создание внутренних противоречий) для преодоления кризисов развития.

«...Все конечное, вместо того, чтобы быть прочным и окончательным, наоборот, изменчиво и преходяще», поскольку, «будучи в себе самом другим, выходит за пределы того, что оно есть непосредственно, и переходит в свою противоположность» (Г. Гегель). В кабинете терапевта не следует забывать о том, что техники «субличностей» — одно из средств «вывода на орбиту» цельной человеческой личности — активного преобразующего субъекта общества. Фокус терапии — решение, а не проблема.

Базовое наблюдение внутреннего диалога

Базовым навыком для работы с внутренней речью является навык **наблюдения** внутреннего диалога.

Осмотрите вокруг. Устройтесь поудобнее, прикройте глаза (как вам нравится, можно выполнять упражнение и с открытыми глазами). Отметьте области напряжения в теле, но не старайтесь расслабиться, просто заметьте и отпустите это наблюдение.

Прислушайтесь к звукам, которые вас окружают. Теперь обратите внимание на собственные мысли. О чем сейчас вы думаете, что обсуждаете с самим собой? Представьте, как бы звучал голос, который их проговаривает? Попробуйте озвучить ваши мысли про себя. Это ваш голос или он напоминает голос кого-то из детства, голос друга, знакомого или другого услышанного ранее

человека? Обратите внимание на тон голоса, ритм и скорость речи, наличие или отсутствие пауз – словом, опишите «паравербальные» характеристики.

Не нужно останавливать внутреннюю речь – она совершенно естественна и присуща всем людям. В большей или меньшей степени мы все обращаемся к себе в форме монолога или диалога, вопросов и ответов. Внутренняя речь – инструмент познания, развития, описания картины мира.

Впрочем, иногда внутренняя речь мешает обращать внимание на то, что происходит вокруг. Как писал К. Кастанеда в книге «Колесо времени», «мы непрерывно разговариваем с собой о нашем мире. Фактически мы создаем наш мир внутренним диалогом. Когда мы перестаем разговаривать с собой, мир становится таким, каким он должен быть». Повторюсь, остановка внутреннего диалога возможна лишь на какое-то время, внутренняя речь диалогична, естественна и не является каким-либо нарушением.

От внутренней речи следует различать слуховые галлюцинации. Угрожающие, императивные, оценивающие «сторонние» голоса в ряде случаев могут быть признаком психического расстройства и должны быть обсуждены с врачом-психиатром. Бывают и слуховые галлюцинации в отсутствие психотической симптоматики, причины их пока не очень ясны. В целом, это предмет отдельных исследований.

Воображаемый друг

Мне показалось, что это упражнение известного терапевта Клауса Фопеля (Фопель, 1999) может быть полезно как для детей, так и для взрослых. Оно предлагается с возраста 9 лет. Инструкции данного упражнения я привожу в своей адаптации, подходящей и для взрослых. Также можно обратить внимание, что в описании присутствует мост – символ перехода в другое пространство (в данном случае – в пространство разговора, общения и доверия).

Цель упражнения:

При помощи направленного воображения в этом упражнении мы создаем «Воображаемого друга», с которым можно обсудить все сложные вопросы. Этот персонаж объединяет две важнейшие потребности людей – 1) в самостоятельности и 2) в поддержке другого.

Шаги выполнения:

Кому вы открывались и рассказывали свои заботы когда-либо раньше или когда были детьми? Братьям, сестрам? Родителям? Бабушке или дедушке? Возможно, вашим близким друзьям или уважаемому человеку? Может быть, это персонаж – сказочный или вымышленный, возможно – это известный человек, с которым вы лично не знакомы...

С кем вы общаетесь сейчас, когда делитесь какой-то проблемой? Есть ли какое-то место, где вы любите обдумывать свои волнения или дела?

Сядьте удобно, сделайте глубокий вдох и медленно выдохните...

Представьте, что гуляете по лесу, по удобной тропинке, вокруг растут стройные деревья. Вы слышите плеск воды, подходите к мосту, останавливаетесь у моста и смотрите вниз на воду. На поверхности воды видно ваше отражение.

Вы начинаете спокойно ощущать, что рядом еще кто-то есть, неподалеку, присутствие этого человека успокаивает, приятно, что есть еще кто-то, с кем хочется поговорить или просто побыть вместе. Внизу на воде, рядом с вашим отражением появляется еще одно. Это кто-то, кто очень хорошо к вам относится и понимает вас с полуслова. Может быть, он известен вам, а может быть — видите его впервые. Возникает образ вашего верного друга, который давно и хорошо вас знает и которому можно полностью довериться. Он зовет перейти через этот мост вместе с ним на другую сторону — это уютная и приятная прогулка. Вместе вы поднимаетесь на небольшой холм или полянку, поросшую теплой приятной травой, в окружении красивых деревьев. Ваш друг садится на мягкую траву и предлагает сесть рядом с ним.

Вы начинаете разговаривать, через какое-то время и он рассказывает вам о вашей же жизни — вы удивлены, насколько хорошо он знает все, что произошло раньше, что тревожило и беспокоило, о том, какие у вас есть желания и стремления.

Вы можете говорить с этим другом о самых важных для вас вещах. Быть может, есть какой-то особенный вопрос, который вы хотели бы задать ему. Сейчас можно сделать это. Возможно, ответ будет выражен в его словах, а может быть, он будет в звуках, в особенном выражении его лица или в виде какого-то движения.

Ваш друг говорит, что можно всегда прийти к нему еще раз, когда потребуется его совет или понимание. Его можно найти в любое время на этой поляне, чтобы обсудить важные вещи или услышать его поддержку или мнение...

Вы прощаетесь со своим внутренним другом и благодарите его за поддержку — на сегодня достаточно.

Вы медленно идете обратно к мосту. Еще раз вглядываетесь в свое отражение в воде. Вспомните, как было приятно, когда вы поняли, что вы не одни на этом мосту, как хорошо, когда есть человек, которому можно доверять.

Потянитесь, сделайте медленный глубокий вдох и выдохните. Медленно откройте глаза. Оглядитесь вокруг и почувствуйте ресурс внутри вас.

Анализ:

- Кто был этот верный друг?
- Как вы чувствовали себя в упражнении?
- Что полезного вы взяли от встречи?

Фигуры внутренних диалогов часто используются в терапии различных направлений. На наших тренингах мы учимся в том числе и диалогам с этими фигурами.

Желаемые позитивные ресурсные состояния

Желаемые состояния отражают богатую палитру статусов, проявляющихся в желаемом поведении. На наш взгляд, необходимо не только изучать такие состояния совместно с клиентом в индивидуальной работе, но и стараться выделять наиболее часто встречающиеся, которые могут стать ориентиром для клиентов, лишенных представления или опыта таковых состояний. С другой стороны, недирективный подход призывает нас не использовать данные описания как навязываемые клиенту или представляющие особую ценность, но держать их в уме при работе с клиентом, при задавании открытых вопросов. Такая последовательность работы может быть проиллюстрирована гипотезой «неназываемого» в обсуждении. Терапевт, будучи сосредоточенным на негативных поведенческих проявлениях, может давать вербальные и невербальные сигналы, поощряющие такого рода историю, рассказываемую клиентом. Будучи сосредоточенным на гипотезе желаемых состояний, будучи настроенным на поиск часто встречающихся позитивных моментов в поведении, терапевт будет подавать сигналы, способствующие фиксации и расширению состояний, оцениваемых клиентом положительно.

Изучение и развитие позитивных (желаемых) состояний

Для развития и создания этого навыка необходимо сосредоточиться на наблюдении за позитивными (ре-

сурсными) состояниями и тем самым помочь им укрепиться. Следует поливать своим вниманием «не сорняки, а полезные ростки»!

Следующие пункты «анкеты» помогут вам описать свои ресурсные и полезные состояния (их может быть несколько, возможно — не стоит останавливаться на одном).

В изучении и развитии желаемых состояний можно опираться на перечень адаптивных (позитивных) схем, связанных с удовлетворением базовых потребностей (см. Приложение 3).

Описание ресурсного состояния

1. Как я хочу назвать это состояние?
2. Как я определяю, что это состояние «включилось»?
3. Какие ситуации или мысли его «включают»? Могу ли я сам вызвать его намеренно?
4. Что я чувствую в этом состоянии (какие эмоции)?
5. О чем я думаю, какие полезные мысли в этом состоянии?
6. Какие воспоминания могут всплывать?
7. Как я ощущаю это состояние в теле?
8. Как обычно веду себя в такие периоды?
9. Как другие замечают, что я в этом состоянии? Кто первый может его заметить?
10. Какие мои настоящие чувства проявляются в этом состоянии?

11. Удовлетворяет ли мои потребности (и какие) моё поведение в таком состоянии?

12. Из какого состояния я туда попадаю и в какое состояние я затем переключаюсь, и как быстро?

13. За что я благодарен своему состоянию (какой опыт с ним мне был особенно важен)?

14. Где оно может мне особенно пригодиться?

15. Какой навык мне нужен, чтобы научиться быть в этом состоянии намеренно?

Терапевтической задачей является дестабилизация системы (описание – это уже дестабилизация) и создание нового аттрактора для желаемого состояния.

Вопросы для решений: Позитивный дятел

(Шуточная техника!)

Вопросы – это не только рабочий инструмент психолога, даже каждый вопрос клиента сам по себе может служить отмычкой. Вопросы можно (и нужно) использовать в самостоятельной работе. Но как и зачем? На этот вопрос я искал ответ, и вот что получилось.

Началось все с того, что ко мне пришел очередной клиент, который вновь спросил: «Меня мучает вопрос, почему так получилось и что со мной?»... И вот что я подумал:

1) Когда мы хотим что-то решить, мы задаем себе много вопросов. Поэтому поисковики – самые популярные среди всех сайтов. Мы часто начинаем мучать

себя вопросами. **Когда мы хотим что-то решить, мы задаем вопросы!**

2) Как правило, психологи «мучают» клиентов вопросами. Может быть, стоит обратить внимание на вопросы клиентов?

3) Вопросы помогают терапевтам и клиентам выйти за пределы проблемного поля, открыть что-то новое, необходимое для решения. Кроме того, вопросы, как и ответы, – это тоже проторенные нейронные дорожки. Они могут быть прежними, а может быть – им полезно обновиться!

4) В каждой проблеме содержится ключевой вопрос, который ее описывает. Например, вопрос «Как мне кататься на лыжах летом?» описывает проблему «Несовместимость лыж и летней погоды» (или что-то вроде этого).

5) Исследуя проблему, мы можем выяснить, какой вопрос клиент задает самому себе, какой вопрос «преследует» клиента. И мы можем также выяснить, что клиент хочет вместо этой проблемы.

Структура любого вопроса такова:

– базис (предпосылка) – факт, заложенный в вопросе;

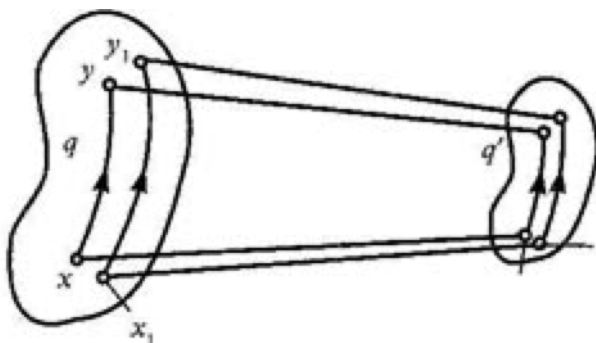
– глагол – действие, направление процесса на...;

– общая интенция вопроса/ответа (на этот счет есть разные схемы в риторике);

– сама возможность вопрошаемого – то, про что клиент спрашивает, он как-то раньше знал;

– суждение (отношение к чему-либо).

Например: «Как нам с женой перестать ссориться?». Что содержится в этом вопросе, каковы факты и предположения? Имеются муж и жена; между ними имеются «ссоры»; эти ссоры в чем-то им мешают; они как-то могут их прекращать, или ссоры сами прекращаются – это возможно, иначе бы не спрашивали; они хотят наблюдать что-то еще кроме ссор (люди направлены друг на друга); схема – на действие и т. п.



Этот вопрос изоморфен проблеме (повторяет проблему по структуре).

Но он поможет нам выбраться потому, что на его основе мы сконструируем новый открывающий «Вопрос-Ключ». Через новый ключевой вопрос клиент будет сам разведывать поле решения. Задавая самому себе новый вопрос, клиент сам перестроит свои нейронные связи (создание «бессознательного поля решения»).

Новый вопрос-«дятел» создает новые нейронные связи и способствует реконсолидации памяти – переписыванию прошлого опыта на другой, новый. Я решил назвать такой новый мыслевирусный вопрос «Позитивный дятел». Нужно понять, как из старого вопроса сделать новый.

Шаг 1: Выявить исходный вопрос

- Анализируем проблему
- Говорим о проблеме: выясняем, как, когда и с кем она проявляется.
- Просим резюмировать.
- Какой главный вопрос крутится при этом в голове? (семья может договориться об одном общем вопросе)
- Является ли ответ на этот вопрос хорошей и достаточно важной целью этой и ближайших встреч?
- Мы получили Исходный Вопрос.
- Из него нужно сделать что-то странное – «Вопрос Позитивного Дятла».

Шаг 2: Создаем новый вопрос – Позитивный дятел

- Попробуем запустить мыслевирус и перевернуть вопрос (для начала – по-простому), делаем из него антонимы.
- Например, исходный вопрос «Как мне перестать получать двойки?» = содержание вопроса: я (школьник); получаю двойки; хочу перестать получать двойки; знаю,

что можно получать пятерки. Перевернем в антонимы и смысл перевернем тоже... Получается так:

– Новый вопрос – «Подумай про себя: Я сейчас учитель. За какие ответы я буду сам ставить пятерки другим?» или так: «Что появится, если пятерки будут сами приходить?»

Шаг 3: Домашнее задание

Формулируем домашнее задание: Задавай себе этот новый вопрос каждый день по несколько раз и записывай все, что придет в голову – потом обсудим, сможешь ли ты быть учителем.

Еще один пример. Исходный вопрос – **«Как же мне быть?»**

Содержание вопроса: я – внутри ситуации, я должен действовать непонятным мне образом и не понимаю, что происходит. Переворачиваем с ног на голову: «Что подумает кто-то посторонний о вашей ситуации, увидев её со стороны, она покажется ему очень простой, а вы сами ничего не будете делать?»... Этот вопрос следует взять с собой и задавать его себе постоянно – самые странные и неожиданные ответы пригодятся психике, чтобы начать выходить из замкнутого круга.

Вспомним изначальный вопрос клиента: «Как нам с женой перестать ссориться?»

Содержащаяся в вопросе информация такова: есть муж и жена – мы обратимся к ним по отдельности,

нарушая паттерн; между ними имеются «ссоры»; эти ссоры в чем-то им мешают; они умеют их как-то прекращать — это возможно, иначе бы не спрашивали; переворачивая антонимами, получим что-то вроде:

Задание: «Каждый из вас, постоянно, в течение недели, спрашивайте себя: Что ваш партнер **не** захочет делать, когда другой отсутствует? Попробуйте понаблюдать за другим и угадать».

Что требует особенного внимания? Важно, чтобы человек сам себе задавал эти новые вопросы. Понадобится артистизм, чтобы убедить его в этом: «Не удивляйтесь, но к следующей встрече нам нужно будет решить один очень важный вопрос». Предложите эксперимент — задавать себе постоянно эти вопросы в различных ситуациях, в том числе и сложных.

Смысл практики — вместо механизма **самообъяснения** используется механизм **самовопрошания**, предлагаются новые вопросы, выводящие из проблемного поля. Такие вопросы не только перестраивают нейронные связи, но и способствуют реконсолидации памяти — переписыванию прошлого опыта на другой, новый. Вопрос из инструмента обсуждения становится инструментом пере-открытия реальности.

КАК МНЕ ПЕРЕСТАТЬ ТРЕВОЖИТЬСЯ?

VS

ЗАЧЕМ Я ГОНЮ ПРОЧЬ СВОЮ УВЕРЕННОСТЬ?

Здесь есть элементы изменения фрейма, ориентации на решение SF, парадоксальности и интереса-мотивации клиента. Сам вопрос сработает как «внутренний позитивный дятел». Новый вопрос – это конструирующий, позитивный вопрос, парадоксальный и провокативный (мозг начинает сопротивляться плохому по принципу «сделай наоборот»), «вирусный». Вопрос задается постоянно и помогает найти в контексте реальности то, что было ранее утеряно. Может быть использован как индивидуально так и в группе/семье. Может быть использован просто как «мантра».

Процесс 5. Мониторинг и закрепление изменений

– Если не нравится, можно
вернуть.

– Прекрасно! Мне не нравится.

– Привыкнешь.

«Мистер и миссис Смит»

(кинофильм)

1. Описание процесса

Эффективная самоорганизация живых систем основана на механизме обратной связи. Обратная связь помогает компенсировать сложности, возмущения любого рода. Как писал Норберт Винер в 1958, «обратные связи в живом организме обеспечивают его способность регулировать будущее поведение прошлым выполнением приказов». Поэтому в терапевтических экосистемах обратная связь приобретает особое значение и должна быть организована наилучшим образом. По словам П. К. Анохина, «результат должен сам немедленно сигнализировать о своей недостаточности и стимулировать управляющую систему на реорганизацию, которая вре-

менами заходит так далеко, что может привести к полной перемене установившихся взаимоотношений между компонентами системы» (Анохин, 1973).

Я предлагаю выделять как минимум два аспекта необходимой обратной связи в терапии:

1) **мониторинг отношений** как форма обратной связи на сессии от терапевта — человека, сопровождающего в изменениях, — это аспект отношений и альянса (см. раздел, рассказывающий о Процессе Кооперации);

2) **мониторинг изменений** как форма отслеживания и обсуждения изменений в реальности клиента.

В первый аспект («отношенческий» мониторинг) включаются: регулярная обратная связь от терапевта клиенту — например, установление и поддержание альянса на последующих сессиях, поддерживающие реплики и комплименты, видимый интерес к клиенту, обсуждение динамики Кооперации (как развивается наше сотрудничество, какие межличностные отношения проявляются на сессиях и т.п.).

Во второй аспект входит мониторинг происходящих наблюдаемых изменений по целям терапии и другим процессам.

По Структурированию:

Что стало более понятно? Какие события теперь укладываются в линию времени? что изменилось в лучшую сторону?

По Конструированию:

Какие желаемые изменения кажутся наиболее важными? Какие новые детали хочется добавить в желаемое будущее? Каким потребностям нужно будет уделить больше внимания?

По Навыкам:

Что поддерживало клиента между сессиями? Какое поведение повлияло на продвижение к желаемым целям? Какие сложности возникали с домашним заданием? Каким навыкам требуется уделить больше внимания?

По мониторингу:

За какими процессами (изменениями) необходимо следить более пристально? На что обратить внимания между сессиями и на следующей сессии? Чему следует уделить больше внимания на текущей сессии?

В нейроконструктивной терапии позитивные (желательные для клиента) изменения обсуждаются «как есть», а негативные также важны, поскольку в них хранится ценный потенциал для следующих изменений.

Для мониторинга и первого, и второго аспектов используются техники, приводимые в соответствующем разделе.

Открытие нового опыта и его освоение происходят не только на сессиях, но и в значительной степени — в процессе наблюдения за реальностью уже с «новых позиций».

2. Цель и задачи

Основными целями процесса Мониторинга являются:

- отслеживание и коррекция кооперации (сотрудничества и альянса в системе клиент-терапевт);
- отслеживание прогресса на пути движения к целям терапии;
- отслеживание выполнения сопутствующих задач и заданий, контроль выполнения навыков;
- работа с противоречивым опытом (присвоение нового позитивного опыта, его противопоставление старому негативному);
- постановка дальнейшего плана изменений и новых домашних заданий (или продолжение прежних);
- предотвращение дезадаптивных копингов, в частности, прокрастинации и избегающего поведения;
- поддержка клиента – мотивация, развитие самооценки, работа с убеждениями о неспособности/дефективности (здесь мониторинг смыкается с процессом структурирования и ресурсирования).

3. Нейробиологическая основа

В процессе мониторинга и закрепления привычек наиболее активен третий (управляющий) блок мозга – префронтальная и фронтальная кора. Её нейронные сети организуют ощущение времени, плана действий, по-

следствий поведения. А циркулярные вопросы, которые мы задаем для расширения поля восприятия происходящего, наподобие «Кто отреагировал на эти улучшения? Каким образом это стало заметно другим?», еще больше задействуют функцию моделирования психики (theory of mind) префронтальной коры.

Не вдаваясь в подробности функционирования мозга, можно сказать, что основной нейробиологической целью процесса мониторинга и закрепления привычек является повышение роли левополушарной кортикальной обработки, регуляция правополушарного баланса, регуляция торможения и возбуждения – регуляция аффекта, координация поведения.

«Мы поощряем высокоинтеллектуальных клиентов осознавать и исследовать свои чувства. С другой стороны, мы предоставляем клиентам, охваченным тревогой, страхом или депрессией, инструменты, позволяющие использовать когнитивные способности их левого полушария для регулирования своих эмоций. ...создание прочных связей между сетями орбитомедиальной префронтальной коры и дорсолатеральной префронтальной коры создает устойчивость к стрессу, снижает необходимость прибегать к диссоциации и приводит к большей толерантности к аффектам и большей силе эго» (Козолино, 2022).

Несколько слов об обнаружении изменений – новой информации и нового опыта между сессиями. Передняя поясная извилина связана с вниманием и воз-

награждением (по сути — процессами обучения), эти нейронные сети задействуются, когда мы обсуждаем с клиентом новые важные изменения между сессиями. Они тесно связаны с социальным взаимодействием, поэтому циркулярные («трехмерные социальные») вопросы очень полезны — это позволяет лучше управлять психикой, лучше ориентироваться и строить желаемое поведение. В процессе мониторинга мы возвращаемся к вопросам, которые поднимали на прошлой сессии, таким образом укрепляя прошлое знание, обсуждаем новое, возникшее за прошедшее время, делая шаги вперед и корректируя то, что идет не так.

Что касается навыков саморегуляции, здесь значимую роль играет и дорсолатеральная префронтальная кора, связанная с когнитивными процессами, и орбитомедиальная префронтальная кора, которая занимается эмоциональной регуляцией миндалевидного тела.

4. Возможные ошибки и ловушки

Как я писал выше в разделе «Ловушки создания навыков», любое «сопротивление» (например, когда клиент не выполняет домашнее задание) является признаком, что в каком-то из процессов нашей совместной деятельности возникла ошибка. Проверим, какие проблемы чаще всего возникают и как они связаны с процессами:

Кооперация

Эмоционально-отношенческие проблемы в процессе терапии (и у клиента, и у терапевта). Потеря контакта, страх, возрастающая тревога, ощущение покинутости, одиночества со своими проблемами, или «битва за лидерство», утверждение правоты и так далее. См. Процесс Кооперации: методы, техники, ловушки.

Чрезмерные ожидания и поиск новизны. Проверить устойчивость альянса, общее видение терапии и ее целей. Привести примеры, когда изменения требуют времени и даже небольшие изменения бывают хорошим признаком правильного движения.

Структурирование

Нет понимания, что происходит. Нет понимания причин проблем, подходов терапии и т. п. Здесь необходимо вернуться к обсуждению процессов терапии – проверить, как кто оценивает успешность того или иного процесса, а также проверять Процесс структурирования.

Конструирование

Распыление усилий и неопределенность приоритетов, потеря ориентировки на цель. Проверить цели, включить больше процессов изменения (конструирование, создание и мониторинг навыков).

Создание навыков

Клиент забывает выполнить предложенные задания или говорит, что они бесполезны. Проверьте, чьей идеей были эти задания. Разъяснен ли его смысл? Создано ли оно совместно? Было ли обсуждение, как и когда будет выполнено задание? Были ли со стороны психолога вопросы клиенту о том, какова вероятность выполнения задания? Обеспечены ли адекватные своевременные напоминания? Что клиент делал вместо домашнего задания? Проведен ли анализ возникающих затруднений и фоновых процессов, которые за ним стоят?

Мониторинг

Потеря клиентом контакта с собой и ресурсами.

Прояснить четкость поставленных целей терапии, проверить, подходят ли разработанные навыки, их выполнение и продвижение к поставленным задачам. Сделать что-либо другое, если не работает то, что было создано на сессиях (активизировать процесс Конструирования).

5. Некоторые техники мониторинга на сессии

Поддержание мотивации

Для поддержания мотивации клиента каждую последующую сессию необходимо начинать с выяснения того, что шло хорошо, с поиска успешных моментов

и расширения их. Используйте больше комплиментов не только в завершении сессии, но и в процессе (см. техники Кооперации).

В конце сессии

В конце сессии эффективные психологи обычно дают дополнительные комплименты (не забываем, что комплимент – это не оценка, а ресурсирование и поддержка!) и спрашивают клиента о том, что было полезно, что он берет с собой, проводят хотя бы небольшую обратную связь. Она может включать больше или меньше вопросов, но принципиальны для нашего подхода будут две стороны:

а) вопрос о Домене поддержки («Как сейчас настроение / самочувствие? или «Комфортно ли вам было в нашем общении?»)

б) вопрос о Домене изменений («Что показалось важным, что было полезным?» или «Как вам проделанная сегодня работа?»)

В качестве небольшой просьбы можно предложить клиенту в свободное время припомнить важные моменты сессии, а также фиксировать, если что-то важное и имеющее отношение к терапии будет всплывать между встречами для последующего обсуждения.

Мониторинг по реперным точкам

Для развития любой привычки считается полезным установить точки этапов достижений и отмечать их

в календарике. Так работают многие программы-трекеры привычек, хотя, конечно, на бумаге отмечать точки гораздо нагляднее. Регулярный мониторинг является формой самоподкрепления, а возможность поделиться выполненными делами с психологом — это своего рода поощрение (см. раздел «Создание навыков»).

Шкалирование

Шкалы, конечно же, прекрасный и всем понятный инструмент мониторинга. В нейроконструктивной терапии шкалирование используется не только для диагностики и мониторинга, но и для разработки терапевтических изменений (про такое конструктивное использование шкалы уже немного говорили в разделе о техниках конструирования).

Существует несколько базовых разновидностей шкал:

- негативные шкалы оценка проблемы, уровня дискомфорта;
- позитивные шкалы — оценка близости к желаемому будущему;
- 3D (или бинокулярные) — шкалы строятся клиентом «от лица» значимых других;
- шкалы совместного обсуждения (например — в наших опросниках обратной связи и клиент, и терапевт могут поставить свои баллы по каждому из процессов терапии, а потом сравнить их).

Используя простую шкалу от 0 до 10, мы можем оценивать текущее положение вещей, происходящие изменения, желание человека что-либо менять, уверенность в изменениях. Если это позитивная шкала, то на цифре 10 располагается то, чего мы хотим добиться — это «хороший» полюс, тогда как 0 — отсутствие желаемого.

Пример использования шкалы для мониторинга недели:

Терапевт: Давайте условимся, что 10 — это то настроение, которое будет самым подходящим на неделе, а 0 — наоборот, противоположное. Какой момент за неделю был самым высоким?

К.: В понедельник, наверное, было 7.

Т.: 7 это не мало... Как это проявилось?

К.: (Описывает ситуацию с уточняющими вопросами терапевта).

Т.: Что вы тогда по-другому делали? Чем были заняты? Как бы коллеги описали вас «тогдашнюю»?

Необходимо помнить о том, что следует задавать временные рамки для шкалирования, чтобы избежать неопределенного измерения «всего сразу». Вот пара примеров:

— Если взять последнюю неделю, то в среднем насколько вы были уверены в этом?

— По этой шкале, сегодня и сейчас, насколько вы хотите изменений? А ваш партнёр?

— Что она заметит, когда вы продвинетесь на один балл выше?

– Как вы поймёте, что достигли 7? Как поймет партнер?

– Какой маленький шаг можно предпринять, чтобы это приблизить?

Шкалирование и вопросы, конструируемые вокруг различных шкал, действительно являются достаточно большим полем работы терапевта. Нам представляется, что несмотря на ценность объективного измерения, необходимо не «упираться» в выяснение точных цифр (достаточно частое увлечение), а сконцентрироваться на тех положительных изменениях, которые происходят (или будут происходить) – и которые дает возможность увидеть шкала. Первично для клиента – заметить, что не все так плохо, как казалось ранее, увидеть прогресс, обрести уверенность. С другой стороны, и мелкие детали помогают плотнее прикоснуться к реальности и почувствовать картину изменения.

6. Домашние задания по мониторингу

Клиенту предлагаются задания, которые обсуждались на сессии (см. раздел «Процесс 4: Разработка заданий по мониторингу»), например:

Мониторинг ресурсных ситуаций

Предлагаем клиенту упражнения на работу с собственными ресурсами – «Что я хотел бы сохранить

из происходящего?» «Что мы берем с собой из прошедшей недели (ресурсы, навыки)? Что оставляем (проблемы)?» (дневник ежедневно в конце дня). И на работу с окружающими — «Какие моменты были хороши? За что я благодарен другим? Как я отреагировал на это?».

Возможно, клиенту пригодится более структурированная техника «Трех ежедневных вопросов» (предложенная бельгийским доктором медицины Люком Изебартом, который, в свою очередь, ссылается на труды Эпикура). Данная техника (Isebaert, 2016) предполагает, что в конце каждого дня клиент отвечает самому себе на следующие вопросы:

1. Что я сделал (а) сегодня такого, что рад (а) этому?
2. Кто сегодня сделал что-то, за что я благодарн (а); и отреагировал (а) ли я так, чтобы ему захотелось это повторять?
3. Что я вижу, слышу, осязаю и чувствую на вкус и на запах, чему я рад (а) или благодарн (а) за это?

Повторимся, что современные нейробиологические исследования показывают, что социальная благодарность развивает структуры мозга, связанные с позитивным мироощущением и внутренними ресурсами.

Наблюдение и ведение свободного дневника

Серендипное (неоценочное) наблюдение позволяет смотреть широко открытыми глазами, избегая оценочных и других ловушек. В терапии важен «феномен чер-

ного лебедя» — появление неожиданных для клиента признаков изменений, которые вносят необходимые различия для осознания изменений. Поэтому дневниковые практики крайне важны уже в процессе структурирования — они строят привычку структурировать наблюдения. На процессе конструирования дневник будет играть уже более конструктивистскую роль.

Приведем подходящую цитату Ю. Джендлина про внутренние наблюдения: «Есть особый вид ощущений, которым является наше чувство ситуации. Они смутные, неотчетливые, их может быть трудно выразить словами, но именно эти неясные ощущения служат своеобразным камертоном. Фокусируясь на этих ощущениях, шаг за шагом пытаюсь прояснить их, можно вызывать реальные изменения в состоянии человека и качестве его жизни» (Джендлин, 2018).

Мониторинг с использованием шкал

Клиенту предлагается наблюдать и выставлять баллы по шкале в конце дня (какая именно это будет шкала — определяется совместно с терапевтом). например, в когнитивно-поведенческой терапии депрессии для такой работы часто используется шкала настроения (0—10) за день в конце дня. Для конструктивного подхода в терапии больше подходит шкала, которую сам клиент считает наиболее полезной, построенная с ориентацией на позитивные (желаемые) изменения.

Резюме главы

Домен Изменения состоит из процессов Конструирования, Создания навыков и Мониторинга. С процессом Конструирования желаемого будущего и поиска положительных моментов в прошлом (который частично запускает и поддерживает фоновую переработку негативного опыта) тесно связан процесс Создания навыков (для уверенного использования в будущем их необходимо регулярно повторять), а значит, и Мониторинга (который позволяет обнаруживать противоположный опыт и интегрировать его). В Домене Изменений на первый план выходит задача развития и укрепления в клиенте самой **способности удерживаться в изменениях и поддерживать себя** — коснемся этих нюансов в отдельном разделе «Искусство быть клиентом».

Глава 5. Ключи гармоничной терапии

*Знание говорит, а мудрость
слушает*

Джими Хендрикс

Почему важно слышать клиента?

На тренингах психологов учат слушать клиента. На что мы обычно обращаем внимание больше всего? На эмоции, на позу, на то, что человек как бы хочет до нас донести. Хотелось бы поделиться одним очевидным, казалось, бы фактом: не игнорируйте сигналы, обращайтесь внимание на любые сообщения человека буквально и уточняйте, что он хочет донести до Вас! Я называю это «подсказки клиента». Они могут быть более и менее заметными, выражаться вербально и невербально.

Подсказка – это коммуникативный сигнал, отражающий минимальное изменение (отклонение) состояния клиента или терапевта на сессии.

Обвинения конструктивных подходов в том, что они «гнут свою линию на изменения, игнорируют боль и травму, плохо работают с эмоциями», чаще всего строятся именно на том, что терапевты не слышат, что приносит клиент в своей речи, позе. Но причина не столько в том или ином подходе, а в том, что из-за неведомых шор, которые ставят психологам во время обучения преподаватели (которые, как правило, сами работают в проблемно-ориентированных подходах), студенты начинают слушать **свои гипотезы** и перестают слышать то, что **говорит клиент**, и не принимают это за чистую монету.

Поделюсь одним случаем из практики. Много лет назад, когда я услышал, как клиент говорит *«Одна часть меня хочет этого, а другая – совсем другого...»*, я обратил внимание на эту подсказку и использовал эти слова клиента для дальнейшего развития этого конструктивного диалога. Мы с уважением прислушались к этим частям по очереди, спрашивали их о наилучших ожиданиях, о том, каковы были для них ресурсные моменты, говорили об их боли и надеждах... Мы задавали разные вопросы этим частям – «чудесные вопросы», шкалирующие вопросы, предлагали им различные дополнительные техники, исходя из их собственных пожеланий. Части начинали слышать друг друга, вся внутренняя система клиента стала приходить в более гармоничные отношения, работать как команда. Лишь несколько лет спустя я случайно натолкнулся на работы Ричарда Шварца, который, оказывается, уже давно шел этим путем и создал подход Внутренних семейных систем на основе семейной системной терапии, ее циркулярных вопросов, диалога эго-состояний. Это замечательный подход.

Есть и нюансы – всегда найдутся люди, которым не подойдет то, что предлагается в заранее фиксированной форме. Вот уже появилось английское выражение **«partologizing (a client)»** – **«пато-разделение (клиента) на части»**, буквально – «патологизировать клиента, выделяя его части», то есть – использовать

концепцию частей, если клиент этого не хочет. Это о том, когда психолог «вешает» на всех подряд клиентов единую концепцию подхода.

То, что сработало для одного клиента, не обязательно подойдет для другого. Каждая из распространенных техник терапии имела в своей основе конкретный кейс, когда клиенту подошла именно эта техника. Скорее всего, она была создана в конструктивном сотрудничестве с клиентом. Но если мы берем ее за универсальную данность и применяем ко всем, то... так часто «почему-то не работает».

Полезно быть открытым, обращать внимание на то, что человек говорит буквально! Тогда каждая сессия может быть маленьким изобретением, и самое удивительное – это может быть так, даже если вы работаете уже в каком-то «фиксированном» подходе – внутри рамок всегда найдется место тому, что в полезном смысле расширяет эти рамки. «Я хотел бы оставить как послание: „Оставайтесь любопытными“. А то все хотят как можно быстрее убежать от этого» (Джон Уикленд, наставник Инсу Ким Берг и Стива де Шейзера, цит. по Нойт, 2001).

Итак, для нейроконструктивной терапии важно:

- слышать подсказки и проговорки клиента, который говорит о важности своих проблем и травм;
- не подгонять изменения и желаемое будущее (не форсировать решение, но оставаться сфокусированным на изменениях);

– конструктивно работать со всем, что приносит клиент – будь то телесные ощущения, эго-состояния или потребности и смыслы.

– уметь конструировать в разных каналах доступа, например, в когнитивном рациональном, эмоциональном, телесном, прорабатывая движениями глаз, метафорически и т. д.

Более подробно эти и другие техники раскрываются на семинарах и в следующих наших работах по нейроконструктивной терапии.

Обратите внимание: терапевту следует очень внимательно следить за необычными образами или метафорами, которые использует клиент, и по возможности расширять их, уточняя детали. Например, знаменитый «чудесный вопрос» в ориентированной на решение терапии родился именно со слов одной из клиенток, которая вдруг сказала *«Для этого потребовалось бы чудо»*, а Инсу Ким Берг заинтересовалась этим «чудом» и сразу же начала выяснять побольше о «чуде» и его эффекте для клиента.

Мы рискуем пропустить множество полезных образов – ключиков от дверей терапии, если не будем обращать внимание на неожиданные слова клиентов. Метафора может стать одним из инструментов расширения когнитивного, эмоционального и поведенческого опыта клиентов.

Подсказки клиентов и процессы терапии

Сами сигналы подсказок могут быть любого типа: вербальные, невербальные, паравербальные. Главная задача – не только заметить их, но и правильно утилизировать в целях терапии. Подсказки клиента мы предлагаем классифицировать по следующей матрице:

	ДОМЕН ПОДДЕРЖКИ	ДОМЕН ИЗМЕНЕНИЙ
	Что хочет донести клиент?	
ПОЗИТИВНАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ (усилить изменения - транзистаз)	Запрос на поддержку: необходимо дать опоры, усилить контакт, альянс, структурировать прошлое, объяснить проблему	Запрос на изменения: Нужно усилить фокусировку на целях, планах, навыках и мониторинге изменений
НЕГАТИВНАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ (уменьшить изменения - гомеостаз)	Эмоционально не выдерживаю: тревога, дискомфорт, прерывание контакта, руминации	Не справляюсь с изменениями: нужно уменьшить нагрузку

А. ПОДСКАЗКИ ПОДДЕРЖКИ / ПОДСКАЗКИ ИЗМЕНЕНИЙ

1) Сигналы клиента, которые относятся к **Домену поддержки (DMN-сеть)** чаще всего такие:

– размышления о социальных взаимодействиях

(альянсе);

– отражающие непонимание, что и как происходит в жизни и в терапии (структурирование);

– отражающие постоянно повторяющиеся мысли и тревоги клиента;

– затрагивающие поддержку и ресурсы;

– эмоционально окрашенные.

Соответственно, **позитивные подсказки поддержки** как бы говорят: «Нужен контакт, услышь меня» или: «Я хочу чувствовать больше поддержки», «Давай поговорим о сильных сторонах».

Негативными сигналами поддержки будут «Соблюдай мои границы», «Я не хочу торопиться», «Сейчас я хочу быть со своими переживаниями».

2) Сигналы Домена изменений (ТРН-сеть):

– основаны на логике, фактах, обоснованных прогнозах,

– сопровождаются тревогой, напряжением.

Позитивные сигналы Домена изменений, например, таковы: «Сейчас мне нравится поговорить о будущем», «Давай шкалировать это», «Раз в день я делаю эту технику и понимаю, какой в ней смысл».

Негативные сигналы Домена изменений, скорее всего: «Часто отвлекаюсь на другие задачи», «Это мне не подходит, и другое тоже», «Нужно лучше продумать», «Не справляюсь» (здесь, очевидно, нужно больше исследований).

Б. ПОЗИТИВНЫЕ ПОДСКАЗКИ / НЕГАТИВНЫЕ ПОДСКАЗКИ

1) **Позитивные подсказки (положительная обратная связь от клиента).** Эти сигналы, ведущие нас к изменениям, говорят, куда лучше двигаться в терапии. Иногда это целые темы, которые открывает клиент, начиная говорить о том, что ему важно в каких-либо своих терминах (например, «часть меня хочет этого, а другая — нет»). Терапевт может с готовностью и желанием «подхватить» такие подсказки, чтобы стимулировать клиента двигаться к изменениям в том формате, который задает клиент (разговор о внутренних частях). Однако и к самим изменениям иногда необходимо относиться осторожно. В стратегической терапии, например, в качестве стратегического хода, при определенных условиях клиенту предлагается сдерживать (не допускать) никаких изменений. Я уверен, что позитивные сигналы могут быть полезными (как и негативные), если их замечать и использовать. Это значит, что происходит активация в каких-либо нейронных сетях и клиент начинает видеть проблески желаемого.

Позитивные подсказки хорошо сбалансированной DMN:

- реалистично и связно обдумывать будущие действия, основанные на прошлых событиях;
- адекватно понимать (считывать, чувствовать) других;

- сформировать представление о том, кто мы есть;
- помнить важные части личной истории, в частности, эпизоды автобиографических воспоминаний.

Позитивные подсказки хорошо сбалансированной TPN:

- осознанное внимание (четкое восприятие окружающей обстановки, концентрация на задаче);
- адекватная обработка сигналов среды;
- четкая работа краткосрочной памяти;
- устойчивый контроль за поведением.

2) **Негативные подсказки (отрицательная обратная связь от клиента)**. Система хочет «откатить изменения обратно» и вернуться к гомеостазу. Замечая эти сигналы (они часто трактуются как «сопротивление»), мы можем скорректировать движение в более гармоничную сторону. С точки зрения Доменов и процессов терапии, это означает, что DMN/TPN сети не функционируют гармонично и адекватно.

Подсказки негативной активности DMN:

- нереалистичные фантазии о будущем;
- неверное понимание других;
- руминации, навязчивые мысли о прошлом;
- отвлеченные фантазии («сны наяву»).

Подсказки негативной активности TPN:

- невозможность сосредоточиться на восприятии окружающей обстановки или на задаче;
- неверная обработка сигналов среды;

- нарушение краткосрочной памяти;
- отсутствие контроля за поведением.

Придерживаясь понимания **процессов терапии**, эффективность работы с клиентом гораздо проще контролировать и вовремя предпринимать необходимые действия. Некоторые предположения и варианты из практики содержатся в таблице:

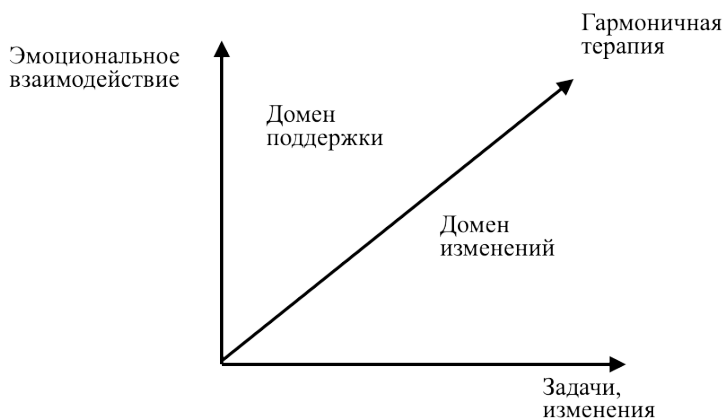
Подсказка клиента	Домен	Процесс терапии	Терапевтическая интервенция
Разрыв контакта, отвержение терапевта и терапии, эмоциональные межличностные трудности между клиентом и терапевтом	Домен поддержки	Кооперация	В первую очередь - проверять и восстанавливать альянс Соблюдать баланс Домена поддержки и Домена изменений
Нет понимания клиентом своей истории, причин появления проблемы, как следствие - руминации DMN	Сеть DMN	Структурирование	Не забывать про важные периоды жизни Уточнять, понятно ли клиенту то, что происходит
Непонятно, куда идем и чего хотим	Домен изменения	Конструирование	Конструировать реалистично
Нет домашних заданий, непонятно, как справляться с текущими состояниями	Сеть TRN	Создание навыков	Проверить, исходят ли навыки от целей клиента Прояснить смысл навыков, сделать их близкими для клиента

Нет понимания, помогает ли терапия		Мониторинг	Ввести понятные и четкие критерии оценки (шкалы, этапы и т.д.) Соблюдать регулярность мониторинга и обсуждения
------------------------------------	--	------------	---

Таблица: Подсказки клиента и соответствующие процессы терапии

Развитие навыков эффективной терапии с точки зрения нейробиологии

Этот раздел — об «искусстве быть в терапии» — о навыках клиента и терапевта **находиться и удерживаться** в эмоционально-личностном пространстве терапевтического взаимодействия (вектор Домена поддержки), а также — в пространстве **изменений** (вектор Домена изменений).



Часто у клиентов (в силу воспитания, личностных особенностей, предыдущего опыта) нет навыков удерж-

живаться в терапии — что с этим делать? Сначала все держится только на мотивации, которая может быть недостаточно развитой. И если терапевт понимает важность маленьких шагов по «родительскому воспитанию» (reparenting) клиента, то процесс идет лучше и клиент удерживается. Попробуем взглянуть на это через призму теории деятельности и процессов терапии. Какие процессы укрепляют способности удерживаться в терапии? Клиент (совместно с терапевтом) могут учиться:

- 1) вносить вклад в укрепление альянса — сотрудничества;

- 2) разбираться и анализировать свой опыт и ресурсы;

- 3) развивать способности конструировать будущее;

- 4) обучаться навыкам самовопрошания, самоинструктирования;

- 5) использовать мониторинг в самостоятельной работе.

Да, мы делаем всё это непосредственно на сессиях вместе с клиентами. Но задача этой главы — сместить фокусировку на клиентскую работу между сессиями, научить клиента самому вводить такие интервенции, осознанно и целенаправленно работать над своими собственными процессами терапии. Если придерживаться логики работы с Доменами и Процессами, то следует выделять две важные стороны:

- (1) формирование навыков Домена поддержки (сеть DMN);

(2) формирование навыков Домена изменения (сеть TPN).

Все эти навыки описаны в соответствующих разделах (процессы терапии). Освоение их с клиентом, осознанная передача клиенту таких навыков — важная задача психолога.

Также важно работать с навыками **адаптивного конструирования будущего**. Тему предвосхищения будущего я считаю одной из самых важных и центральных в терапии (на уровне таких тем, как «привязанность», «коммуникация» и другие). Однако на данный момент она не обсуждается широко, а теоретические обоснования и практические техники работы с ней не часто используются терапевтами — разве что ее отдельные элементы. Разберемся со всем этим постепенно.

Почему эти навыки важны и я (не совсем логично) выделил их в отдельную категорию? Потому что процесс конструирования будущего является сложным когнитивным процессом, включающим ансамблевую работу всех когнитивных функций (**слаженной работы DMN и TPN сетей**). Есть мнения (и я их горячо разделяю), что о психике можно говорить только как о процессе предвосхищения — на основе прошлого опыта мы всегда «на шаг впереди».

Исследованиями подтверждается, что обе основные сети мозга обычно демонстрируют отрицательную динамическую связность в состоянии покоя. Тем не менее связь между DMN и различными компонентами пози-

тивной сети задач модулируется другими областями мозга даже в состоянии покоя (выявляются взаимные положительные модулирующие взаимодействия между DMN, сетями внимания и исполнительными сетями).

Сеть внимания модулирует отношения между DMN и исполнительными сетями TPN (Di, Biswal, 2014). Это может означать, что «обучение» взаимодействию сетей в ходе терапии может положительно повлиять на их собственное и взаимное гармоничное функционирование. Однако на настоящий момент нет четкого понимания, вызвано ли торможение сетей физиологическими ограничениями или какими-либо другими факторами: «Мы предполагаем, что эти взаимно тормозящие эффекты отражают два несовместимых когнитивных режима, каждый из которых может быть направлен на понимание внешнего мира. Таким образом, задействование одного режима активирует один набор областей и подавляет активность в другом — ...социальные задачи деактивировали области, связанные с механическими рассуждениями, а механические задачи деактивировали области, связанные с социальными рассуждениями. Эти результаты не могут быть объяснены процессами самореференции, уровнем вовлеченности в задачу, мысленным моделированием, мысленным путешествием во времени или внешним и внутренним вниманием — теми факторами, которые, как предполагалось ранее, объясняют активность сети DMN. Анализ данных выявил тесное соответствие между регионами, которые в наших задачах

были определены как взаимно тормозящие, и регионами максимальной антикорреляции в состоянии покоя. Эти результаты показывают, что взаимное торможение не связано с ограничениями, присущими заданиям, а имеет нейронное происхождение. Следовательно, может существовать физиологическое ограничение на нашу способность одновременно задействовать два различных когнитивных режима. Необходима дальнейшая работа для более точной характеристики этих противоположных когнитивных областей» (Jack et al., 2013).

С другой стороны, уже проведено большое количество исследований, подтверждающих, что психотерапевтические техники (в частности — практики осознанности) способствуют значительному уменьшению гормонов стресса, регуляции цитокинов, активации парасимпатической нервной системы, устойчивости и спокойствию.

В процессе конструирования будущего безусловно включаются сети, хранящие опыт, он реконструируется в соответствии с особенностями антиципации, формирующийся прогноз проходит через ряд когнитивных фильтров (мышление, искажения мышления) и тем или иным образом становится руководящим для поведения — приводит к конкретным действиям или бездействию (по аналогии с «невозможно не коммуницировать» можно сказать «невозможно не действовать тем или иным образом»), к эмоциональным и физиологическим реакциям.

Так, например, распространенная проблема прокрастинации связана с разрывами между намерением и действием, но не с самими намерениями — чем ближе искушение и больше срок до цели, тем больше разрыв. Важнейшими навыками саморегуляции при прокрастинации являются умение контролировать внимание, регулировать энергию, то есть навыки балансировки DMN-TPN (Steel et al., 2018).

Основная задача терапевта в нейроконструктивной терапии — не только сконструировать желаемое будущее и прийти к нему. В отличие от других подходов, считаю важной коррекционную работу с **самим процессом** конструирования будущего. Необходимо создать и усилить логичность оценки моделей будущего, и научить клиента использовать навыки системного мышления для самостоятельной работы с будущим. Для этого мы работаем не только с внутренними моделями, но и пользуемся преимуществами системного подхода в терапии.

Техники развития навыков конструирования будущего

Приведем несколько техник для исследования стиля предвосхищения и развития обучения второго порядка у клиента.

Дневник конструирования будущего

С целью развития способности структурировать и конструировать собственное будущее и делать оптимальные выборы, мы предлагаем клиенту вести дневник конструирования будущего. В нем ведутся записи о тех наиболее важных или наиболее заметных выборах, которые клиент сделал за текущий день. Анализ такого дневника помогает понять, как именно совершаются выборы.

Техника «Что я сейчас прогнозирую?»

Попросите создать несколько будильников (напоминаний) в течение дня.

- Когда будильник прозвонит, отметьте, что ваши мысли сейчас заняты прогнозом относительно будущего;
- Почувствуйте эмоциональный фон вашего состояния;

- Что сейчас прогнозируется?
- Справедливо ли это, насколько вероятны шансы, что именно это произойдет?
- Полезен ли вам такой стиль прогноза?
- По прошествии времени, оглядываясь назад на ситуацию, проверьте, какие ожидания сбылись, а какие прогнозы оказались неверными. Почему?

Развитие способности моделировать будущее

При воображении картины будущего задайте себе несколько вопросов:

- Каковы мои мысли относительно этого?
- О чем я могу еще подумать, представить?
- Какие еще эффекты даст мне это в жизни?
- Как еще можно это использовать?

Ассимиляция и аккомодация

Ассимиляция — это «такое взаимодействие с окружающей средой, при котором организм через инкорпорацию приспособливает ее к своим собственным структурам» (Donaldson, 1978): мы интерпретируем новую информацию на основе опыта, усвоенного прежде. Когда информация от среды никак не укладывается в наш прежний опыт, мы изменяем собственные представления (происходит трансформация прежнего опыта). Намеренное наблюдение за сигналами среды (как уже отмечалось выше) — это важнейший процесс, необходимый для терапевтической реконсолидации памяти.

Для этого я предлагаю проводить анализ прошедшего дня по следующей схеме:

- Какие события были желательными для меня?
- В каких событиях могла проявиться проблема, но не проявилась?
- Какой опыт, полученный в течение дня, подтвердил мои обычные шаблоны мышления?
- Что я прогнозировал, и это оправдалось? Что нет?
- Какой опыт дня был новым и повлиял на мои привычные стереотипы?
- Что мне удалось спрогнозировать не так, как обычно?

Проблеммейкинг

Проблеммейкинг (компликология) – это намеренное создание трудностей (Поддьяков, 2014). Идея состоит в том, что специальная разработка затруднений во многом является двигателем развития для человека (будь то решение рабочих задач или обучение детей). Это перекликается с понятием «проблематизация», которое вводит Г. П. Щедровицкий – конструктивный поиск проблем для их последующего решения.

Иногда можно спросить: «Чего бы вы никогда не сделали в жизни?» и получить ответ, обсуждая который можно прийти к новым выводам: мышление в целом и конструирование в частности начинается там, где есть проблемная ситуация. «Проблема – это изменение, которое необходимо» (С. де Шейзер, 1996, личное

сообщение). Полезно отмечать отрицательные и положительные результаты дня и впоследствии их анализировать — что я не умею, что умею плохо, где требуется дополнительное развитие?

Расширение возможностей и создание альтернатив

В опыте клиента существует множество знаний о вещах, процессах и занятиях, которые, тем не менее, не входят в личную повседневную реальность. Мы знаем, что существует множество рецептов еды, видов спорта, книг, стилей музыки, профессий, технологических новинок, географических мест, сообществ и групп (и многое другое). Однако мы, как правило, по привычке пользуемся чем-то устоявшимся. Взгляд на альтернативы помогает расширить представление о реальности и выявить **небольшие изменения**, которые будут интересны и желательны клиенту.

Так, например, если клиенту интересна тема завтрака, то мы можем предложить ему выбрать из книги рецептов пару наиболее подходящих и привлекательных вариантов блюд для завтрака; пару маршрутов для возвращения домой; новый вид спорта (и обсудить, почему он интересен) и так далее.

Способность конструировать будущее адаптивно, гибко, логично, системно — очень важна для человека. Это развивает перспективы, позволяет увидеть возможности и интересные вещи, занимать уверенную позицию в общении, устойчивее двигаться к намеченной цели.

Извлечение информации из описания будущего клиентом

В начале работы терапевт может попросить клиента описать свое будущее так, как оно представляется ему наиболее реалистичным. Информация, полученная из этого описания, может содержать полезные особенности для работы непосредственно с конструированием будущего (не с контентом будущего).

Так, например, описание будущего может быть подано клиентом в ключе, оторванном от реальности, или наоборот, без отклонений от текущей ситуации. Будущее может быть описано далеким или наоборот — всего лишь как завтрашний день. Оно может выглядеть в описании более оптимистичным или, напротив, пессимистичным. Описание будущего более широкого контекста (что ждет семью клиента, его город или страну) — может быть диагностичным для выявления глубоких убеждений о характере грядущих изменений. Вдумчивому терапевту эта информация может дать несколько полезных выводов, а также послужить основой для проработки убеждений, эмоциональных схем, ментальных моделей.

Осознание прогнозирования

Одна из техник, которые помогают ощутить то, что происходит сейчас и на что направлено сознание, и снять состояние «автопилота».

Ощутите мышцы шеи, как они напряжены или расслаблены. Специально расслабляться не нужно.

Сфокусируйте внимание на дыхании и проследите, как воздух проходит через нос – более прохладный – и выходит чуть более теплый. Проследите так несколько вдохов-выдохов (~5). Вы можете делать это с закрытыми или открытыми глазами.

На вдохе поднимите взгляд (и всю голову) – до 45 градусов (смотрим повыше горизонта). Возможно, это будет уровень, где стена переходит в потолок комнаты. Задержите дыхание так, как будет комфортно, чтобы сбросить напряжение.

Теперь, медленно выдыхая, переведите взгляд горизонтально (смотрим прямо вперед). Вы также можете делать это с закрытыми или открытыми глазами.

Дышите ровно и ощутите сам этот момент всем своим телом и сознанием. Отметьте, какие у вас сейчас чувства, на что они направлены, о чем вы думали за секунды до упражнения, **какие ожидания у вас сейчас от будущего** (эмоции, связанные с будущим, могут быть позитивными, нейтральными, негативными, смешанными). Вы только наблюдаете, ничего специально изменять не стоит.

Когда состояние осознанности момента станет достаточно полным, глубоко и медленно вдохните, переводя взгляд опять повыше, до 45 градусов выше горизонта. Восстановите энергию. Задержите дыхание на несколько секунд, так, чтобы было комфортно, и медленно выдыхая, переведите взгляд и голову в горизонтальное положение, смотря перед собой.

Это упражнение можно делать по желанию в течение дня. Оно поможет ощутить то, что происходит в вас сейчас, на что направлено сознание, а главное — осознать, с каким настроением и какой прогноз событий мы сейчас делаем.

Работа с надеждой

На оптимистическое видение будущего влияют такие факторы, как: видение желаемого будущего; когнитивные механизмы (убеждения и когнитивные ошибки); наши знания об отличии нас от других; эмоциональный фон (настроение, эмоциональный потенциал).

Конечно, существует базовая ошибка оптимистичной антиципации (студент переоценивает силы перед экзаменом и плохо готовится, спортсмен наплевательски относится к выступлению, курильщик не заболит раком, как другие, и др.), однако существует и диаметрально противоположная ошибка негативной антиципации (встреча пройдет плохо, бытие бессмысленно, и др.)

Исследования Канемана и Тверски показали, что людям свойствен оптимизм — мы чаще недооцениваем требуемое время, расходы и другие ресурсы. Опытные клиенты знают этот нюанс и, как правило, настроены более серьезно, чем «новички».

В ситуации психотерапии клиент оценивает свой предыдущий опыт терапии, а также всю доступную ему информацию из других источников (друзья, коллеги) и,

таким образом, может обращать внимание на негативные нюансы уже на первой сессии.

Я считаю, что в случае неблагоприятного альянса, возможно, будет полезным проговорить этот механизм неосознанного поиска «плохих» подтверждений. Оценка клиентом потенциальных угроз может быть основана на его отрицательном опыте (**сравнивает ситуации по подобию**) или на убеждениях о возможной противоположности («раз тот терапевт был мужчина, то с женщиной будет наоборот» — **сравнение ситуаций по различию**).

Теннис прогнозирования

Выявите и опишите с клиентом один из паттернов построения прогноза. Далее обсудите, на какие признаки он опирается при построении прогноза. Например, если он прогнозирует написание статьи, он может строить свой прогноз исходя из своей обычной скорости написания, или из опыта коллег, или примерно прикидывая количество свободных дней в будущем году — все это разные способы построения прогноза и разные ловушки.

Необходимо учитывать эффект сегментации — изменения и цель должны быть описаны максимально четко (в различных модальностях восприятия), в противном случае, в психике не происходят изменения, достаточные для эффективного конструирования будущего.

Эффект имплементации

При построении подробного плана действий мотивация более реалистична, прогноз связан с реальностью понятным и структурированным образом. Практические изменения начинаются быстрее, происходит меньше сбоев. Мы обычно хорошо разбираемся в том, как складывается и организуется проблема. Для этого мы обычно идем в детство, анализируем ключевые и эмоционально насыщенные жизненные ситуации.

Как писал А. Адлер, «весь наш образ жизни выдает наше желание с уверенностью предсказывать будущие события, *предугадывать* их. Наши поступки явно указывают на то, что мы правильно или ошибочно придерживаемся наших знаний о будущем. Более того, легко доказать, что мы вообще не могли бы действовать, если бы представление о будущих событиях, которых мы желаем или боимся, не подстегивало бы нас, не направляло и не заставляло их избегать. *Мы постоянно ведем себя так, как если бы заранее уже знали будущее, хотя и понимаем, что знать ничего не можем*» (Адлер, 2011). Одна из задач в психотерапии – формирование новых адаптивных, помогающих ментальных моделей и поведенческих паттернов (привычек), а также коррекция самого процесса их построения.

Кроме того, анализируя проблемы, мы сами попадаем с клиентом в соответствующие петли обратной связи (позитивные, негативные), которые могут не способствовать развитию изменений.

Обучение постановке и проверке целей

Цель – описание желаемого результата. Это описание ситуации, в которой вы окажетесь, если проделаете определенные действия. У любой цели есть три характеристики, по которым можно описать её. Греки называли это «хронотоп» – время и место события. Итак, три параметра цели:

- время (когда?)
- пространство (где и сколько?)
- смысл (зачем?)

Когда вы ставите цель, правильным будет проверить все три момента. Четко представьте и опишите положение дел, когда цель будет достигнута. Где она будет достигнута, как и в чем измерить ее достижение? Как, собственно, вы поймете, что это сбылось? Оглянитесь на сегодняшний день и подумайте, реально ли достичь этой цели. Когда именно вы хотите и можете достичь этой цели? Есть ли в ней смысл? Не забывайте, что слишком простая цель не «заводит». Хорошая цель внутренне интересна и мотивирует вас на свершение.

В работе с целями хорошо также использовать технологию SMART и другие.

Таймфреймы: секреты временных периодов

Таймфрейм – это временной период, в который происходят определенные изменения в жизни. Таймфреймы для планирования полностью соответствуют биоритмам человека, природным ритмам, культурным

особенностям общества. Одно из основных качеств психики успешных людей – в том, что фокус их внимания может легко переключаться из одного таймфрейма в другой. Таким образом, «в фоне» держатся смысл и цели более длинного таймфрейма, а на оперативном уровне используется короткий таймфрейм. Следует развивать эту способность, выполняя регулярное планирование и обзор и длинных, и коротких таймфреймов.

Основные человеческие таймфреймы таковы (не берем сейчас «сверхдлинные таймфреймы» поколения, народа и т.п.):

- жизнь человека (включает также время до рождения и после смерти – мы знаем об этом благодаря семейной хронике, рассказам родственников);

- семилетний период (цикл Пифагора, обновление организма);

- год;

- месяц;

- неделя;

- день;

- час.

Продумайте ваши цели в разных областях жизни (здоровье, образование, работа, финансы, общение, увлечения и т.п.). Все ли области жизни имеют цели? Подумайте, какие таймфреймы не обеспечены целями: долгие (цель жизни, семилетние), средние (год/квартал), или короткие (месяц/неделя)?

Социохронотопы

Жизнь человека наполнена событиями, которые и являются элементарными единицами жизненного пути, да и жизни во вселенной. Хронотоп – это определенное время и место, в котором происходит событие. Жизненный путь (цепочка событий и процессов) для человека определяется тем, насколько закономерна связь времени и места. А социохронотопом я называю связь времени, места и людей, которые в нем собрались. Понимая хронотопы, мы можем собрать линию нашей жизни воедино. Это значит, что событие жизни произойдет в определенное время и в определенном месте, с определенными людьми. Его можно планировать, исходя из общего видения ситуации (и вообще – всей своей жизни).

Нехронотопированная жизнь заполняется либо бесцельными поисками развлечений и удовольствий (и тогда мы говорим, что время «убивается» или «транжирится», то есть заполняется суетой), либо ничем не заполняется (тогда время «тянется» и «волынится», то есть заполнители – скука и тоска).

Резюме главы

Подсказки клиентов могут дать нам ключи для более эффективной работы, многие техники терапии возникли именно из подсказок клиентов. При этом происходит заострение техник, протоколирование терапии хотя и показывает в среднем хорошие результаты, не индивидуальна. Опора на два базовых Домена терапии и развитие навыков клиента и терапевта по всем процессам терапии помогают сделать терапию более кастомной (ориентированной на клиента) и таким образом повысить эффективность.

**Глава 6.
Эффективность
терапевта через
призму Доменов**

Исследования последнего десятилетия в области нейронауки позволяют сделать вывод, что базовое разделение между двумя векторами успешной групповой деятельности, а именно ориентацией на задачу (1) и социально-эмоциональной ориентацией (2) отражает фундаментальную особенность нейробиологии психики – антагонистические отношения между двумя основными сетями DMN и TPN, которые присутствуют у каждого человека. Соответственно, и в терапии это отражается в виде двух базовых доменов – Домена поддержки и Домена изменений, и соответственно им складываются две основные роли терапевта. Умение переключаться вовремя и использовать лучшие свойства каждой из этих сетей – важнейший навык, без которого трудно представить эффективного психолога. Здесь нужно учитывать, что эти сети обратно взаимосвязаны между собой (антагонистичны). Принципиально важна адекватная ситуации балансировка Доменов, отражающая состояние и потребности клиента и в то же время, ориентированная на то, что ему самому наиболее необходимо.

Если мы рассматриваем процессы, которые составляют терапию как деятельность, то важны также следующие навыки и умения психолога: системный стиль мышления, умение формулировать ситуационные интервенции и домашние задания, поддерживать кооперацию, структурировать, со-конструировать, использовать ограниченное самораскрытие, рефлексировать

собственное состояние, а также проводить работу по анализу проведенных сессий.

На обучающих семинарах мы уделяем основное внимание не только передаче техник для работы в изложенной модели процессов терапии, но и развитию терапевтических навыков.

Эффективность в Домене поддержки

Домен поддержки базируется на дефолт-системе мозга (DMN). Эта сеть состоит из двух основных контуров (Boyatzis, 2014). Один из них четко ассоциируется с ментализацией, то есть размышлением о наших собственных и чужих ментальных состояниях. Второй контур DMN связан с обработкой информации о себе, автобиографической памятью и перспективой (воображением будущего), когнитивной репрезентацией эмоций, репрезентацией ценности/вознаграждения, саморегуляцией эмоций, созданием аффективной значимости поведения — как своего собственного, так и координации смыслов членов группы в системе клиент-терапевт. Соответственно, работа по саморазвитию терапевта в Домене поддержки включает навыки саморегуляции, структурирования ситуация и смыслов, всего, что касается межличностного взаимодействия и фоновых эмоций.

К слову, замечу, что по результатам исследования, проведенного недавно в Бельгии, большинство терапевтов (71%) сказали, что периодически находят клиентов сексуально привлекательными. Примерно 23% психологов фантазировали о романтических отношениях, а 27% — о сексуальном контакте с пациентом, 3% имели с клиентами сексуальную связь, 3,7% начинали дру-

жеские отношения во время терапии, и 13,4% терапевтов устанавливали дружеские отношения с бывшими клиентами после терапии (Vesentini et al, 2022). Всего в этом исследовании участвовали 786 психологов, из которых 69% женщины. В Бельгии достаточно серьезная регуляция профессионального поля, что же говорить о России. Эти цифры, наверное, свидетельствуют не столько о «несоблюдении этических норм» (сердцу не прикажешь!), сколько о том, что психологам необходимо заниматься личной регуляцией, возможно, с использованием концепции Доменов и процессов, чтобы фоновые эмоции не мешали профессиональной работе.

Совершенно очевидно, что работа с DMN для психолога должна включать развитие осознанных намеренных практик в области: считывания, понимания, отражения состояний собеседника, своей собственной рефлексии и самоанализа, построения своих тайм-лайнов (линий жизни) и их анализа, управления эмоциями (эмоциональная саморегуляция), умения слышать и насыщать свои реальные потребности – словом, всего, что мы предлагаем клиентам в Домене поддержки (процессы Кооперации и Структурирования). Приведем некоторые полезные практики.

Техники самостоятельной работы психолога в Домене поддержки

Конструктивная перспекция

У эффективного терапевта есть способность внутренним взором окинуть ход будущих событий. Необходимо заметить, что мышление, а особенно, воображение человека не только вербально, но и связано с различными каналами восприятия. В нашей работе конструирование будущего особенно важно обеспечить максимально четким. Как писал Б. Блюменфельд о подготовке шахматистов, «в длинном варианте с каждым делаемым в уме ходом создаваемая позиция все больше отрывается от действительности, и поэтому получающееся представление становится все бледнее и бледнее. Пусть даже у того или иного шахматиста с особенно сильным зрительным воображением имеется уверенность, что он может правильно представить себе в уме позицию, получающуюся в результате длинного варианта, но не может быть уверенности, что известная бледность представления не повлияет на правильную оценку позиции, получающейся в конце варианта. У каждого шахматиста бывает, что он, рассчитав правильно вариант, не может решить,

выгоден ли он ему или нет, что, насколько я могу судить по себе, объясняется в первую очередь недостаточной ясностью получающейся в уме картины. Мысль шахматиста связана со зрительными представлениями. Поэтому, чем отчетливее и ярче зрительная картина, тем легче и точнее работает мысль и тем богаче она.

С длинными вариантами связана еще следующая опасность: психическое напряжение при обдумывании длинного варианта столь значительно из-за необходимости ход за ходом фиксировать зрительным воображением изменения, что усталость от напряжения может сказаться на дальнейшей игре. Каждый шахматист-практик должен отдавать себе ясный отчет о роли зрительных представлений и об опасностях, с которыми неизбежно связан вариантный расчет, и сделать отсюда надлежащие выводы с учетом, разумеется, степени своего зрительного воображения.» (Блюменфельд, 1936). Заметим, что изображения или расстановки в пространстве фигур и игрушек в психотерапии хотя и являются также проверенным способом визуализации картины будущего, но следует развивать и способность внутреннего зора и представления реальной ситуации клиента и его социального окружения.

Слепые пятна

Часто клиенты рассказывают о близких и понятных терапевту вещах, и терапевт прекращает подробный расспрос по этой теме, переходя к другой, менее ему

понятной. Это ошибка — «эффект знакомого места», или вовсе «слепое пятно», когда ряд важнейших деталей упускается из виду, а они могли бы служить ценной информацией. Та же ошибка допускается как при расспросе о прошлом, так и при описании будущего. Терапевт дожидается ответа «будет хорошо» и не продолжает расспросы «как именно хорошо», таким образом не позволяя клиенту сконструировать подробности желаемого будущего. Такая слепота и игнорирование того, что очевидно «лежит под ногами» — очень частая ошибка, не позволяющая достичь хорошего прогресса на сессиях. Гораздо полезнее потратить лишнюю минутку несколько раз в беседе и посмотреть на ситуацию «с высоты птичьего полета» или глазами какого-либо вашего любимого воображаемого терапевта.

Мудрый разум и осознанность терапевта

Что выбрать: интуитивно сказать все, что придет в голову? Сделать сильное эмоциональное высказывание? Дать рациональный ответ с логической позиции?

«Мудрый разум» (термин DBT-навыков) соединяет в себе эмоциональный ум и логический ум. Находя в себе определенный центр мудрости, терапевт может прислушаться к голосу мудрого разума и дать наиболее взвешенный ответ. Эти навыки обращения к мудрому разуму и осознанности можно развивать, как и другие навыки, привыкая прислушаться к себе, центрироваться, отпустить внешнее и внимательно погрузиться

в ощущение ценности эмоций и логики, ценностей и глубины.

Постепенно начинающие терапевты приходят к своему собственному стилю проведения сессий, им начинает нравиться работа по ведению консультации — они осваиваются в том или ином подходе и могут вплетать в работу элементы собственной разработки или других подходов.

Эффективность в Домене изменения

Домен изменения базируется на сети целевой активности (TPN). В исследованиях указывают, что TPN включается в период решения задач, не связанных с социальным взаимодействием, например: задачи на концентрацию внимания, механистические, математические, вербальные и связанные с загрузкой рабочей памяти. Соответственно, в этот Домен попадают активности, нацеленные на конструирование и планирование, на переработку прошлого опыта с использованием загрузки рабочей памяти (в частности, ДПДГ/EMDR, и другие техники), задачи развития и выполнения навыков и их мониторинга, включая шкалирование.

В плане развития эффективности психолога, именно здесь мы говорим о развитии у психолога навыков мышления, анализа, построения вопросов, овладения техниками и т. д. Вот основные процессы мышления терапевта на сессии:

- общая оценка ситуации и моментальный выбор балансировки между Доменами (и процессами) – какому из процессов уделить больше внимания в настоящий момент?
- помощь в прояснении запроса, в исследовании и со-конструировании того, что нужно клиенту;
- развитие кооперации в терапии;

- диалектическое мышление;
- выбор вопроса для исследования – расширяющего варианты или фокусирующего на чем-то конкретном (согласно «модели Т» М. Дауни);
- выбор возможного следующего вопроса и интервенции для поддержки и/или изменения;
- участие в создании и формулировке самоинструкций клиента;
- оценка мотивации и потребностей клиента при формулировке обратной связи и задания, при мониторинге изменений и другие.

Приведем некоторые полезные практики для тренировки.

Техники самостоятельной работы психолога в Домене изменения

Развитие терапевтического мышления

Выбор варианта следующей реплики (высказывания, интерпретации, вопроса и т.д.) должен производиться по возможности быстро в целях экономии времени сессии. Однако не в ущерб качеству реплики. Обычно мы рекомендуем перед тем, как сказать, обдумать, какие последствия для клиента это высказывание может вызвать (как позитивные, так и негативные) и не существует ли альтернативного варианта, если это высказывание чем-либо не устраивает. На это может потребоваться время, но в среднем для выбора варианта рекомендуется не более 5–7 секунд, иначе паузы могут быть восприняты как уход терапевта в себя и прерывание контакта.

Важная рекомендация! Продумывание последствий вопроса – серьезная терапевтическая задача. Перед тем как задавать вопрос, оцените, каким образом он будет полезен клиенту, поможет ли он ему продвигаться в желаемом направлении. Почувствуйте это на уровне мыслей, эмоций, интуиции. Нужно осозна-

вать цель каждой реплики, включая вопросы – какую информацию мы хотим получить (Упр. 1)?

Также нужно понимать стратегию задавания вопросов (выстраивать серии вопросов в нужной последовательности (Упр. 2 и 3) и делать логические переходы между вопросами (Упр. 4).

В логике прояснения желаемого будущего терапевт должен уметь спрашивать не только о прошлом, но и о будущем, причем так, чтобы получить максимальную степень визуализации (как клиентом, так и терапевтом) – Упр. 5.

Упражнение 1. Разведка (в парах). Каждый участник случайным образом получает задание, например «Узнать, какой пастой чистит зубы ваш партнер» и т. д. Необходимо просто поговорить и в беседе, задавая вопросы друг другу, узнать что-либо таким образом, чтобы партнер не догадался, какая была поставлена задача. Выигрывает тот, чей партнер не догадался, что именно вы должны были узнать, а при этом – вам удалось добиться своей цели и узнать необходимое.

Упражнение 2. Морской бой. Поочередно задавая вопросы, максимально быстро угадать, какую клетку в табличке 10x10 загадал партнер. Выигрывает тот, кто быстрее угадал. По окончании игры, обсудите, какая стратегия оптимальна и почему.

Упражнение 3. Известная игра «Угадай, кто ты» – на лоб наклеивают бумажки с именами известных пер-

сонажей. Задача каждого участника — выяснить, что написано на его собственной наклейке.

Упражнение 4. С помощью вопросов угадайте, какой предмет в черном ящике или какую сказку загадал партнер. Перед каждым следующим вопросом расскажите ход своих мыслей и почему вы решаете задать этот вопрос. Обратная связь: партнер скажет вам, легко ли ему было отвечать, какие вопросы были наиболее полезны, понимал ли он, почему вы задаете тот или иной вопрос.

Упражнение 5. У одного из партнеров («клиент») рисунок, а другой («терапевт») выясняет, что там нарисовано, и рисует свою версию. Рисунки в идеале могут быть даже очень похожими. Если по названию рисунок мог бы быть шаблонный, а нарисован оригинально, то это отличный повод обсудить, насколько терапевт руководствовался картиной клиента.

Приемы тренировки мышления психотерапевта связаны с прохождением обучения. В процессе их отработки на тренингах постепенно дерево вариантов терапевтических реплик начинает выстраиваться быстрее и стратегия беседы реализуется более уверенно и быстро.

Анализ сессий и кейсов

Опять сошлюсь на Б. Блюменфельда (он пишет о шахматах, но, к слову, на защите его диссертации по проблемам мышления в 1945 г. присутствовали А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьев, Б.М.Теплов и другие):

«Очень полезен разбор партий после игры. Проигравший обычно стремится доказать, что он потерпел поражение вследствие случайной оплошности, а выигравший – что он победил благодаря хорошей игре. Этот естественный интерес к собственной партии, когда еще не успел остыть пыл борьбы, преподавателю следует максимально использовать. Разумеется, желателен присутствие и других членов кружка при таком коллективном анализе.

Очень полезны консультационные партии, во время которых происходит живой обмен опытом: здесь особенно важно, что каждый консультант должен обосновывать перед другим предложенный ход. Таким образом вырабатывается привычка к разумной мотивировке ходов. Надо широко использовать сеансы. Если преподаватель, давая сеанс, встретится с поучительной позицией или ошибкой, он должен предложить участнику записать положение, а затем по окончании сеанса в присутствии других участников разобрать пример. (Блюменфельд, 1940).

Именно в анализе сессий и в супервизии происходит балансировка и взаимное обогащение DMN и TPN сетей у психолога применительно к его деятельности.

«В операции оценки позиции **восприятие** (или зрительное представление) и **мыслительный** акт оценки находятся в **неразрывной связи**. В основании логической оценки позиции лежит **эмоциональная память**», — пишет Блюменфельд.

С чистого листа

Каждая следующая сессия не является продолжением предыдущей. Мы «каждый раз начинаем с чистого листа» (О. Кернберг, семинар), и похожие слова говорил и Стив де Шейзер, один из основателей ОРКТ. Ситуация за истекшее время может поменяться очень серьезно. Более того, каждый ответ клиента на сессии во многом создает уже совершенно новую ситуацию, поэтому рекомендуется начинать обдумывание не с выводов, сделанных ранее, но как бы заново, опираясь на новые **подсказки** и ключи клиента, содержащиеся в каждой его реплике. Каждый новый ответ, реплика и тем более каждая новая сессия – это уже новая позиция на нашей «шахматной доске», и приступать к оценке ситуации и к выбору варианта реплики лучше так, как будто мы практически начинаем с чистого листа, также представляя себе до того, как мы произносим реплику, как изменится ситуация и будет ли это изменение совпадать с тем, что необходимо клиенту (а не терапевту).

Блюменфельд пишет: «После [каждого следующего хода] нужно начать обдумывание не с готовых выводов, сделанных до того, а как бы заново и притом начать с того, чтобы запечатлеть взглядом получившуюся позицию, как бы сильно ни было развито зрительное воображение, но совершенно очевидно, что представление в уме бледнее зрительного восприятия. ... никогда не следует (кроме, разумеется, случая крайнего цейтнота) без всякого обдумывания тут же сделать за-

готовленный ход на ожидавшийся ответ: ведь ход-то был заготовлен тогда, когда данная позиция была в воображении; весьма возможно, что теперь, когда... эта позиция уже непосредственно воспринимается со всеми своими особенностями..., то в результате большей ясности картины явятся и новые мысли» (Блюменфельд, 1936).

Изменение стереотипов

Терапевт, который замечает свои поведенческие и речевые стереотипы, может находить новые неожиданные решения в казалось бы самых понятных и банальных ситуациях. Немного нестандартная реакция (реплика) может подвинуть ход беседы в совершенно новое измерение, что часто требуется в работе.

Оценка терапевтом ситуации как стереотипной и понятной может привести к навязыванию клиенту решения терапевта, что может не согласоваться с ожиданиями и стилем клиента, таким образом вызывая сопротивление или нарушение альянса в работе. Алгоритмы могут быть полезными, но на микроуровне общения (обмены репликами, проявления эмоций, поведенческие паттерны) они часто вредят. Также следует внимательно относиться к выдаче предписаний, домашних заданий клиентам – стереотипные задания, которые не работают в данном случае, должны быть заменены или адаптированы под особенности ситуации и клиента. Очень часто алгоритмы и автоматиз-

мы — полезны, поскольку отражают порядок действий при «средней температуре по больнице», но временами они вредны. Необходимо осознавать автоматизм (например, какое домашнее задание мы предлагаем клиенту?) и критически оценить его в первый раз (подойдет ли оно?), а особенно — если оно уже не работало. Что делать с ним, как можно сделать его более подходящим или что предложить взамен?

Полезные советы для эффективного терапевта

Знать методы, которые помогают собраться (душ, чай, аутогенная тренировка и прочее). Отдохнуть, выспаться, иметь свежую голову. Если нет этого ощущения — привести себя в рабочее состояние. Важна дисциплина и привычка быть в энергичном и осознанном состоянии. Не рекомендуется плотно есть, опаздывать, приходиться с чувством усталости. При болезни — отменить сессии. Профессиональная этика предполагает работать в таком состоянии, чтобы принести пользу клиенту. Просмотреть материалы перед сессией, чтобы вспомнить основные факты. Настройка на сессию с тем или иным клиентом в начале дня. Между сессиями небольшой перерыв (хотя бы 5 минут). Подкрепление работоспособности мозга. Между блоками работы — перерыв побольше (30–60 минут).

После приемного дня обязательна разгрузка — это может быть прогулка, общение с друзьями, игра, хобби, душ, хороший сон и т. п.

Сохраняйте ритм сессии — снижайте темп сессии для обдумывания, если не успеваете просмотреть варианты пользы каждой реплики. Не спешите! Во время сессий ведите записи, отмечайте идеи клиентов, кото-

рые могут быть драгоценными камешками в вашей коллекции. Это позволит анализировать сессии и кейсы и в целом дисциплинирует мышление.

Как минимум 1 час в неделю посвящайте самостоятельному анализу проведенных сессий – выбирайте те, обратная связь по которым может быть выше. Проводите оценку взаимопонимания с клиентом путем заполнения Опросников терапевта (см. приложение).

Используйте техники активного воображения для конструирования эффективности своей работы («Кресло позади терапевта», «Воображаемая команда» и другие).

Обязательно участвуйте в супервизии и интервизии в ориентированном на решение и конструирующем ключе. Общайтесь с коллегами очно и онлайн, получайте новую информацию (профессиональное чтение и видео), занимайтесь самообразованием и осваивайте новинки.

Подготовка психотерапевта в подходе включает:

а) изучение технических навыков (компетенций) работы;

б) практику терапевтических сессий под супервизией;

в) подготовку в работе с типичными запросами;

г) интеграцию компонентов собственной системы работы;

д) работу по повышению эффективности DMN и TRN сетей, балансировке терапевтических доменов и процессов.

Резюме главы

Развитие навыков терапевта в подходе нейроконструктивной терапии затрагивает работу в обоих Доменах — по развитию навыков поддержки и навыков изменений. Важно научиться проявлять умения соответственно ситуации на сессии (см. Приложение 2 — расшифровка фрагмента одной из сессий К. Роджерса по процессам терапии). Гармоничность там, где клиент и терапевт слышат друг друга, их нейросети работают синхронно в балансе в Домине поддержки, и тем не менее терапевт держит фокусировку на желаемом будущем клиента, использует подсказки клиента с целью выхода на зону его ближайшего развития для начала работы в Домине изменений.

Здесь мы можем говорить об определенном компромиссе между терапевтической ролью, нацеленной на изменения, и ролью поддерживающей. Совместное нейроконструирование здесь заключается в осознанном умении терапевта распределять свои ресурсы для повышения эффективности терапии и передать эти навыки клиенту во взаимодействии двух личностей.

Заключение

В этой книге я описал возможную траекторию поворота от экспертной модели (в широком смысле) к модели *совместной деятельности, взаимодействия* в терапии — модели, основанной на нейробиологии мозга и идеях нейроконструктивизма.

Я старался учесть важность роли терапевта (включая опыт, навыки и знания в определении стратегии и тактики терапии *и/или* умение проводить терапевтические сессии, организовать сеттинг и задавать полезные вопросы). Я учитывал важность позиции (экспертного мнения) клиента о том, что должно происходить в терапии и какие результаты ему представляются наиболее полезными. При этом я подчеркиваю важность *взаимодействия* терапевта и клиента в процессе терапии, их совместный объемный взгляд на процесс терапии, соконструирование, а также на определение результатов и взаимную сверку результативности.

Очевидно, что психотерапия периода 1990-х — 2020-х годов находится в состоянии глобального разворота от диагностической модели — к трансдиагностической; от нормативной модели определения эффективности — к клиентоориентированной; от экспертных заданий — к мотивирующим экспериментам и наблюдениям.

Клиент все реже нуждается в рамочных протоколах, которые прописаны под тот или иной диагноз или тип

личности (рамочные протоколы и задания в наши дни уже можно найти в интернете, их всегда предложит бот или искусственный интеллект). Клиент сейчас все больше нуждается в индивидуализированной помощи для того, чтобы самостоятельно эффективно действовать в сложившейся ситуации, чтобы чувствовать себя и действовать так, как он считает полезным для себя как личности. Клиенты все реже хотят купить модель массового шаблонного пошива для решения проблем.

Терапия стоит на пороге поворота от терапевтических интервенций к клиентским, от сотворчества в терапии — к творчеству клиентов, к живому контакту двух (или более) систем психики, к взаимодействию живых воплощенных (embodied) организмов.

Постскриптум: Мысли о будущем психотерапии

Чем дольше я занимаюсь практической психологией, читаю и анализирую обсуждения на форумах клиентов, прохожу личные терапии и супервизии, тем более я уверяюсь в одной простой вещи:

Быть клиентом в психотерапии – это навык.

А часто – даже искусство.

Часто я встречаю клиентов, которые решили сменить терапевта через одну или несколько встреч или через годы работы. Они говорят, что им приходилось общаться с терапевтом, который отвлекается на мобильник, думает на сессии о чем-то своем... Они продолжали надеяться на то, что широко известный подход поможет (сколько бы лет это ни длилось), платили годами, но оставались в терапии, терзаясь от сессии к сессии не только вопросом «как справиться с проблемой», но и «почему же оно не помогает», и вообще – «что я хочу от этой терапии».

Меня впечатляет, как клиенты проходят через это!

Навык быть клиентом – суметь найти общий язык с терапевтом, задать нужные вопросы и получить нужные ответы, подстроиться под стиль терапевта, а также под определенный терапевтический подход. Или как

можно раньше решить — это мне не подходит, поищу что-то другое.

У каждого из терапевтов и подходов, как ни крути, есть и свои собственные ожидания от клиента — кто-то настаивает на заполнении дневника, кто-то на том, что пора идти в экспозицию, кто-то просит рассказывать и вновь рассказывать свою личную историю. Кто-то использует метафоры внутренних фигур, кто-то говорит о том, что все это ерунда и мозг сам по себе решает, чего мы хотим.

Меня впечатляет, как клиенты адаптируются к этому!

Не так уж много терапевтов, которые могут быть гибкими с разными клиентами, интегрируя разные подходы таким образом, чтобы это не стало мешаниной техник. И настолько же мало терапевтов, которые могут, не отвлекаясь, работать вместе с клиентом полностью в рамках подхода: четко, алгоритмично, но увлекательно, совместно ставя цели и приходя к ним.

Поэтому всегда стоит попробовать научиться дополнительным навыкам «быть в терапии».

Хороший тренер обеспечит новичка информацией о том, в какой обуви и одежде приходить на занятия; сведениями о режиме питания; расскажет, когда и как лучше тренироваться дома, а когда и как — в зале.

Так и эффективные терапевты уделяют время информированию клиента о частоте и продолжительности встреч, правилах, которых сам терапевт придерживается, о нюансах этики. Они рассказывают о своем

подходе и делятся тем, что терапевт имеет в виду под «терапией». Если терапевт придерживается менее директивной философии, то тогда он спросит клиента о том, как будет удобно именно ему. Но отсутствие заранее введенных правил не значит, что правил нет. Вы будете их создавать совместно таким образом, чтобы это была уникальная и индивидуальная терапия.

Когда терапия не работает, у нас есть возможность самим развить свои навыки быть клиентом. Но похоже, что эта возможность появляется в совместном диалоге с терапевтом.

Работая в паре, одновременно:

– мотивированный клиент не просто **проходит** терапию, но также и **развивает** навык быть клиентом,

– хороший терапевт не только **проводит** терапию, но и **учится** быть тренером по терапии.

Кажется, пришло время говорить об очередном новом этапе в развитии психотерапии и помогающих практик. Почему?

Во-первых, потому, что по результатам многих исследований оказалось, что в жизни клиента очень много разных факторов изменений (или неизменности ситуации) помимо терапии. Это и окружающие его люди, и его любимая или нелюбимая работа, особенности его организма, многое-многое другое, включая социальную, культурную, политическую ситуацию и даже климат. В неделю есть только 1 час терапии, но еще 167 часов жизни вне терапии.

Кроме того, по ряду исследований, роль психотерапии в мире сокращается – многие просто выбирают лекарства. Говорят даже, что в США среднее по стране количество сессий психотерапии стремится к 1 (единице) – многие клиенты не приходят вообще или отказываются от терапии после первой же сессии. Кстати, лекарства, опять же в среднем, не так уж и эффективны – в ряде запросов таблетки вообще не подходят, например, карьерное консультирование или парная/семейная терапия, а часто необходимо сочетать лекарственное лечение и психотерапию – тогда результаты гораздо лучше и устойчивее.

Уже довольно давно, **в 1970-х годах**, роль психотерапии как процесса целенаправленного влияния терапевта и его подхода **на** клиента – была поставлена под вопрос. Это напоминало педагогику старого образца, где учитель – субъект, а ученик – объект воздействия, который должен смиренно сидеть и впитывать материал на уроке/лекции. После этого внимание и память обычного ученика переключаются на игру в футбол или на компьютер, и тут пиши пропало. Эффективность низкая, люди не автоматы.

Что происходило дальше? Возникли терапевтические подходы **«второго поколения»** (недирективные, ресурсирующие, связанные с идеями постмодерна, или конструктивизма – такие, например, как ориентированная на решение или нарративная терапии), которые переходили на другую фокусировку: со-трудничество,

со-конструирование. Так же и педагогика от лекционных и семинарских традиционных форм устремилась к совместному творчеству, к обучению как совместному исследованию.

«Если сначала в 1970-х годах мы задавались вопросом **«Что терапевты делают полезного?»**, то в 1980-х главным вопросом для нас стал вопрос **«Что полезного делают вместе клиенты и терапевты?»** (Стив де Шейзер, Инсу Ким Берг, 1997).

Что же теперь? В последние 10–20 лет кардинально поменялась социально-экономическая ситуация, связанная со сферой услуг. Развитие интернета, социальных сетей и искусственного интеллекта поставили под вопрос существование многих профессий, а функции ряда других профессий изменились. Эти перемены нового этапа уже достаточно заметно коснулись сферы образования, а также психотерапии и консультирования. Обратите внимание, сколько сейчас каналов передачи информации, какие разные звезды медиапространства сотнями загораются на поле психологического консультирования. Какой огромный выбор помещается у каждого из нас в кармане на экране гаджетов!

Что ждет психотерапию с развитием искусственного интеллекта? Каковы тренды ближайшего будущего? Развитие удаленного консультирования (появление новых технологий, таких как, например, технологии групповой удаленной терапии), внедрение в процесс нейроинтерфейсов и Биологической обратной связи, в том

числе дистанционно, бурное развитие алгоритмов консультирования (скрипты коучинга и терапии, терапевтические боты) и другие.

Очное обучение и консультирование становятся роскошью для избранных (по примерным подсчетам, очную терапию/коучинг в РФ позволяют или могут себе позволить не более 1–1.5% населения). Очный формат и тщательное сотрудничество с терапевтом все менее предпочитаемы, терапевты теряют не только «роль авторитета», но и «роль тренера», и «роль партнера».

Перспективы. Все более и более предпочитаемыми становятся дистанционное консультирование (разные форматы – группа, пары, индивидуальное, текстовое, видео или аудио и т.п.), разовые поддерживающие консультации, дистанционная диагностика, дистанционные развивающие курсы (которые можно проходить в удобном клиенту темпе), связь с терапевтом как «поддержка 24x7» (не в значении «постоянно на связи», а в значении – «ответит моментально, если ситуация того потребует»).

Терапевт новой формации (теперь его лучше называть «ресурсный развивающий практик») приобретает роль хорошо знакомого, пока еще – авторитетного, постоянно, «в кармане джинсов» доступного «специалиста службы поддержки». И теперь это уже совсем другой контекст и совсем иное распределение времени и пространства, ролей и позиций, чем 100 лет и даже 20 лет назад.

Новая терапия уже никогда не станет прежней. Теперь она все еще стремится к продолжительным отношениям терапевта с клиентом, но в то же время она более экономична и динамична, более открытая и теплая, но вместе с тем более деловая и ориентированная на реальные изменения.

Кажется, что на первый план выходит новый вопрос: **«Что полезного может делать сам Клиент в терапии?»**

Из позиции этого основного вопроса мы можем задать ряд новых перспективных вопросов, на которые уже начат поиск ответов, а именно:

– Какие вопросы клиент задает сам себе перед тем, как принести их терапевту?

– Как помочь организовать контекст клиента оптимально для его собственного изменения?

– Как научить клиента использовать максимально полезно время между сессиями (167 часов в неделю)?

– Как научить клиента быть эффективным терапевтом самому себе?

– Как научить клиента быть эффективным «внутренним клиентом» самому себе?

– Как за одну сессию дать импульс, достаточный для начала изменения в сторону желаемого клиентом будущего?

– Как сочетать эти идеи с традиционными подходами?

– Как эти идеи пересекаются с традиционными эти-

ческими нормами (например, нормами использования социальных сетей)?

– Как специалистам строить супервизии и интервью?

– Как организовать сообщества и конференции специалистов, процесс их обучения в свете новых трендов?

– Какие новые технологии и как именно помогут «умным образом» реализовать процесс и вместе с тем не оставят психологов без дохода?

И многие, многие другие...

Сохраняя и развивая традиции, накопленные в психотерапии и консультировании более чем за 150 лет, отражая тенденции современных изменений в социальной и технологической сферах, область психологической помощи может получить новые, достаточно неожиданные векторы развития уже в наши дни или в ближайшем будущем. Например, я прогнозирую активизацию разработки моделей компьютерно-усиленной индивидуальной терапии на основе больших данных и искусственного интеллекта, повышение роли использования разных форм нейрофидбека в терапии и другие тренды. Однако на сегодняшний день все это может служить только как вспомогательное средство, человеческая психика – это не только «голая информация», но и коммуникация двух и более живых систем, воплощенных в теле и воспринимаемых с помощью всех чувственных анализаторов.

Поэтому на следующем этапе развития психотерапии на первом плане скорее всего будут такие эффективные подходы, которые соответствуют следующим характеристикам:

- направленность на интеграцию и использование последних достижений психотерапии;

- максимально полная обоснованность с точки зрения нейробиологии и когнитивных наук;

- наиболее плотная интеграция всех каналов доступа (тело, эмоции, мысли, поведение);

- сочетание поддержки и ресурсирования с эффективными методами изменения, а именно, с конструированием и перепрошивкой прошлого опыта (реконсолидацией);

- работа в системном ключе;

- фокус внимания на балансировке нейронных сетей.

Терапия становится все более противоречивой, сочетает несочетаемое, всегда изменяется, но уже не будет прежней.

Я желаю вам удачи на этом пути бесконечного развития человеческих практик!

Библиография

1. Агеев В. С. Общение и оптимизация совместной деятельности. – М., 1987.
2. Адлер А., Практика и теория индивидуальной психологии. М., 2011.
3. Андреева Г. М. Социальная психология. Учебник для высших учебных заведений. – М.: Аспект Пресс, 2001.
4. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М., 1973.
5. Анохин П. К. Теория отражения и современная наука о мозге. М., 1970.
6. Барт Р. S/Z. Москва, 2001.
7. Бахтин М. М. Формы времени и хронотопа в романе. Очерки по исторической поэтике // Бахтин М. М. Вопросы литературы и эстетики.: Сб. – М.: Худож. лит, 1975.
8. Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества. М., 1986.
9. Биологическая кибернетика. Сб. под ред. Наумова Н. П. М.: МГУ, 1972.
10. Блюменфельд Б. М. О зрительном воображении и вариантном расчете. // «Шахматы в СССР» 1936, №1.
11. Блюменфельд Б. М. О методике преподавания шахматной игры. // «Шахматы в СССР» 1940, №1.
12. Бриш К. Х. Терапия нарушений привязанности: От теории к практике. – 2012
13. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. Развитие психотерапии как объекта целостного понимания и систем-

ного исследования // Культурно-историческая психология. – 2010. – №2

14. Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций: Учебное пособие. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.

15. Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д. Прагматика человеческих коммуникаций: изучение паттернов, патологий и парадоксов взаимодействия. – М.: Апрель-Пресс, Изд-во «ЭСМО-Пресс», 2000. – 320 с.

16. Взаимодействие жанров в художественной системе писателя: сб. науч. тр. / под ред. Н. П. Михальской. – М.: МГПИ, 1982.

17. Вилюнас В. К. Психология эмоциональных явлений. – М., 1976.

18. Гордеева, Т. О., Сычев, О. А., Осин, Е. Н. Разработка русскоязычной версии Теста диспозиционного оптимизма (ЛОТ). Психологическая диагностика, 2010, 2, С. 36–64.

19. Гордеева Т. О., Сычев О. А., Осин Е. Н. Оптимистический атрибутивный стиль и диспозиционный оптимизм: эмпирическая проверка сходства и различия двух конструктов. 2017. Т. 14. №4. С. 756–765.

20. Джендлин Ю. Фокусирование. Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. М., 2018.

21. Донцов А. И. Психология коллектива. Психологические проблемы исследования. – М., 1984.

22. Калшед Д. Травма и душа: Духовно-психологиче-

ский подход к человеческому развитию и его прерыванию: Когито-Центр; Москва; 2015

23. Карр Н. Пустышка. Что интернет делает с нашими мозгами. М., 2012.

24. Козолино Л., Нейробиология психотерапии.: Пер. с англ. – СПб.: ООО «Диалектика», 2022. – 672 с.

25. Лосев А. Ф. Диалектика мифа. – М., 1990.

26. Лутошкин А. Н. Как вести за собой. – М., 1982.

27. Лутошкин А. Н. Эмоциональные потенциалы коллектива. – М., 1988.

28. Марютина Т. М. Нейроконструктивизм – новая парадигма возрастной психофизиологии? // Современная зарубежная психология. Т.3 №4, 2014.

29. Михальская А. К. Сравнительно-историческая риторика. М., 2013.

30. Михальский А. В. Особенности исследования эмоционального потенциала коллектива взрослых // Научные труды МПГУ. Серия психолого-педагогические науки. – М., 2000.

31. Михальский А. В. «SFBT: Ориентированная на решение краткосрочная терапия». М., Форум. 2015.

32. Михальский А. В. Использование Интернет-технологий при подготовке консультантов в области организационной психологии // XII Международная конференция «Применение новых технологий в образовании». Троицк, – 2001.

33. Михальский А. В. Психология конструирования будущего. М: 2014.

34. Михальский А. В. Эмоциональные потенциалы коллективов в отечественной психологии и педагогике. // Сб. «Психология и педагогика в XXI веке», М., 2001.

35. Михальский А. В. Эмоциональный потенциал делового коллектива взрослых. Кандидатская диссертация по специальностям 13.00.01 – Общая педагогика, история педагогики и образования, 19.00.07 – Педагогическая психология (пед. науки), МПГУ, 2001

36. Немов Р. С., Кирпичник А. Г. Путь к коллективу. – М., 1988.

37. Платон. Собр. соч. в 4 т. Т. 2 // Философское наследие, т. 116. М., 1993.

38. Поддьяков А. Н. Компликология. Создание развивающих, диагностирующих и деструктивных трудностей. М., ВШЭ, 2014.

39. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. М., 2015.

40. Проблемы метода и жанра в зарубежной литературе: сб. науч. тр. / под ред. Н. П. Михальской. – М.: МГПИ, 1986.

41. Селигман М. Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и свою жизнь. Москва. Альпина Паблшер, 2013.

42. Тамберг В., Бадьин А. Новая рыночная ниша. От идеи к созданию востребованного продукта. – М., Эксмо, 2008, 256 с.

43. Трубина Е. Г. Материалы к специальному курсу Нарратология: основы, проблемы, перспективы. – Екатеринбург, 2002.

44. Уайт М. Карты нарративной практики. Введение в нарративную терапию. – М.: Генезис, 2010.

45. Узелевская А. Э. Взаимосвязь прогностической (антиципационной) компетентности с клиническими формами, выраженностью и степенью компенсации личностных расстройств: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Узелевская Анна Эдуардовна. – Казань, 2002.

46. Фейгенберг И. М. Нарушения вероятностного прогнозирования при шизофрении // Шизофрения и вероятностное прогнозирование. – М., 1973. – С. 5 – 19.

47. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: Практическое пособие / Пер. с нем.; В 4-х томах. Т. 4. М.: Генезис, 1999

48. Шекеня О. Схема-терапия: позитивные схемы // URL: <https://4help.com.ua/blog/shema-terapiya-pozitivnye-shemy/>. – 2021.

49. Щедровицкий Г. П. Исходные представления и категориальные средства теории деятельности // Щедровицкий Г. П. Избранные труды. – М.: «Шк. культ. пол.», 1995.

50. Эмоциональные потенциалы коллектива: Сб. науч. тр. / Костромской ГПИ им. Некрасова. – Ярославль, 1977. – №50.

51. Argyle M. *The Psychology of Interpersonal Behaviour* (Penguin 1967)
52. Badenoch B. *Being a Brain-Wise Therapist: A Practical Guide to Interpersonal Neurobiology* W. W. Norton & Company, 2008
53. Badenoch B. *The Brain-Savvy Therapist's Workbook* W. W. Norton & Company, 2011
54. Boon S., Steele K., van der Hart O. *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists* W. W. Norton & Company 2011
55. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Attachment and Loss.* New York: Basic Books.
56. Bowlby, J. (1988). *A secure base Parent child attachment and healthy human development.* New York Basic Books.
57. Boyatzis RE, Rochford K, Jack AI. Antagonistic neural networks underlying differentiated leadership roles. *Frontiers in Human Neuroscience.* 2014 Mar 4;8:114.
58. Cozolino L. *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain,* W. W. Norton & Company, 2014
59. de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work.* Norton.
60. de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic.* Norton
61. de Shazer, S. *The death of resistance.* *Family Process, 23* (1), 11–17. 1984.

62. Di X, Biswal BB. Modulatory interactions between the default mode network and task positive networks in resting-state. *PeerJ*. 2014 May 1;2:e367. doi: 10.7717/peerj.367. PMID: 24860698; PMCID: PMC4017816.

63. Dolan, Y. *Beyond survival: living well is the best revenge*. 1998

64. Donaldson M. *Children's minds*. Glasgow, 1978

65. Ecker, B., Bridges, S.K. How the Science of Memory Reconsolidation Advances the Effectiveness and Unification of Psychotherapy. *Clin. Soc. Work J* 48, 287–300 (2020).

66. Ecker B., Ticic R., Hulley L. *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. Routledge, 2012.

67. Gillibrand R., Froerer A., Lunde M. Exploring through EEG how the brain responds to solution-focused conversation: early findings from a randomized controlled trial // Centre for Solution Focused Research., 2022. Web Presentation: https://www.centreforsolutionfocusedresearch.com/_files/ugd/cbca80_3bf25600b2f04d82929b4978c2e04042.pdf

68. Gollwitzer, P. M., & Bargh, J. A. *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. New York: Guilford Press. 1996.

69. Hoyt M. *Interviews with Brief Therapy Experts*. Psychology Press, 2001.

70. Isebaert L. *Solution-Focused Cognitive and Systemic Therapy book. The Bruges Model*. 2016.

71. Ittelson, W., Proshansky, H., Rivlin, L., & Winkel, G. (1974). *An Introduction to Environmental Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston

72. Jack AI, Dawson AJ, Begany KL, Leckie RL, Barry KP, Ciccia AH, Snyder AZ. fMRI reveals reciprocal inhibition between social and physical cognitive domains. *Neuroimage*. 2013 Feb 1;66:385–401. doi: 10.1016/j.neuroimage.2012.10.061. Epub 2012 Oct 27. PMID: 23110882; PMCID: PMC3602121.

73. Johnsen, T. J., Friborg, O. The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis // *Psychological Bulletin*. – 2015. – 141 (4). – C. 747–768.

74. Johnson, S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 107–137). The Guilford Press.

75. Johnson, S. M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families*. The Guilford Press.

76. Karmiloff-Smith A. *Thinking Developmentally from Constructivism to Neuroconstructivism: Selected Works of Annette Karmiloff-Smith*. Routledge, 2018

77. Landkroon E., Salemink E., Meyerbröker K., Barzilay S., Kalanthroff E., Huppert J., Engelhard I. The effect of imagery rescripting on prospective mental imagery of a feared social situation // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 77, 2022.

78. Lipchik E., Becker M., Brasher B. Neuroscience: A New Direction for Solution-Focused Thinkers // Journal of Systemic Therapies 24 (3):49–69., 2005.

79. Mahoney M., Granvold D. Constructivism and psychotherapy. World Psychiatry. Jun;4 (2):74–7. 2005.

80. McCarthy I. The Fifth Province: Imagining a Space of Dialogical Co-Creations! Context, Dec 2010, P. 6–11.

81. Oettingen, G. Rethinking positive thinking: inside the new science of motivation. New York, 2014.

82. Oettingen, G., Wittchen, M., & Gollwitzer, P. M. Regulating goal pursuit through mental contrasting with implementation intentions. In A. E. Locke & G. Latham (Eds.), New developments in goal setting and task performance (pp. 523–565). New York, NY: Routledge. 2013.

83. Parnell L., Siegel D. Attachment-Focused EMDR: Healing Relational Trauma. 2013.

84. Poulsen S., Lunn S. et al. A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa // The American Journal of Psychiatry. – 2014. – Volume 171. – Issue 1. – C. 109–111.

85. Proshansky, H. and T. O'Hanlon «Environmental psychology: origins and development,» in D. Stokols (ed.) Perspectives on Environment and Behavior. New York: Plenum. 1977.

86. Schacter DL, Addis DR. The cognitive neuroscience of constructive memory: remembering the past and

imagining the future. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2007 May 29;362 (1481):773–86. doi: 10.1098/rstb.2007.2087. PMID: 17395575; PMCID: PMC2429996.

87. Siegel P, Warren R, Wang Z, Yang J, Cohen D, Anderson JF, Murray L, Peterson BS. Less is more: Neural activity during very brief and clearly visible exposure to phobic stimuli. *Hum Brain Mapp.* May;38 (5):2466–2481 2017.

88. Steel P, Svartdal F, Thundiyil T, Brothen T. Examining Procrastination Across Multiple Goal Stages: A Longitudinal Study of Temporal Motivation Theory. *Front Psychol.* 2018 Apr 3;9:327. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00327. PMID: 29666590; PMCID: PMC5891720.

89. Steele K. *Treating Trauma-Related Dissociation: A Practical, Integrative Approach.* W. W. Norton & Company 2016

90. Sweller J. *Cognitive load theory //Psychology of learning and motivation.* – Academic Press, 2011. – T. 55. – C. 37–76.

91. Sweller, J. (1988). Cognitive Load during Problem Solving: Effects on Learning. *Cognitive Science*, 12, p.257–285.

92. Vesentini L, Van Overmeire R, Matthys F, De Wachter D, Van Puyenbroeck H, Bilsen J. Intimacy in Psychotherapy: An Exploratory Survey Among Therapists. *Arch Sex Behav.* 2022 Jan;51 (1):453–463. doi: 10.1007/s10508-021-02190-7. Epub 2022 Jan 15. PMID: 35031907.

93. Wapner, S., Kaplan, B., & Cohen, S. B. (1973). An organismic-developmental perspective for understanding transactions of men and environments. *Environment and Behavior*, 5 (3), 255–289.

94. Watzlawick P. *The Invented Reality*. N.Y.: Norton, 1984.

Приложения

Опросники

Опросник клиента до начала терапии

Этот простой опросник можно использовать перед началом работы, чтобы оценить важность процессов с точки зрения клиента. Анкета, состоящая из 12 вопросов, предлагается до первой встречи. В случае групповой или семейной консультации, опросник предлагается каждому из участников. Клиенту предлагается распределить каждый из процессов терапии по важности.

Инструкция: Эта анкета нужна для того, чтобы понять, на чем нам следует сосредоточиться на первых встречах. Пожалуйста, упорядочьте эти утверждения по рейтингу от 1 до 5 (где 1 – самое важное, 5 – самое не важное):

– Мне важен личный контакт с психологом, взаимопонимание: ___

– Мне важно понять причину проблемы, свое прошлое и ресурсы: ___

– Мне важно понять, куда я двигаюсь (желаемое будущее): ___

– Мне важно найти способы самоподдержки, развить нужные привычки: ___

– Мне важно понимать, работает ли терапия, есть ли прогресс: ___

Ключ. Утверждения отражают следующие шкалы:

- 1 – шкала Сотрудничества;
- 2 – шкала Структурирования;
- 3 – шкала Конструирования;
- 4 – шкала Самоинструирования;
- 5 – шкала Мониторинга.

В начале терапии следует больше ориентироваться на приоритеты клиента.

Опросник клиента в процессе терапии

Данный диагностический материал в форме простого опросника удобен для работы с клиентом. Анкета, состоящая из 12 вопросов, предлагается в конце первой встречи, а также в начале каждой последующей сессии. В случае групповой или семейной консультации, опросник предлагается каждому из участников. Опросник предназначен для оценки текущей ситуации терапии; мониторинга прогресса, с последующими выводами о том, какому вектору наиболее полезно будет уделить внимание на сессии.

Каждый вопрос оценивается клиентом по шкале от 0 до 10 (0 – минимальное значение, 10 – совершенно уверен).

Инструкция: «Эта анкета предназначена для оценки эффективности вашей текущей терапии. Оцените, пожалуйста, Ваши ощущения на настоящий момент (или

по окончании прошедшей сессии). Если есть понимание и согласие с пунктом – выберите ближе к 10, если нет понимания данного пункта или уверенности в нем – выберите ближе к 1. Если Вы не уверены в ответе, **просим в любом случае (!) выбрать** какой-либо балл».

– Терапевт меня понимает, у меня к нему есть доверие.

– Стиль отношений с терапевтом меня устраивает.

– Я понимаю причины проблемы.

– Мне понятно кто я, какова моя история.

– Мне ясны мои приоритеты и цели терапии.

– Я знаю, куда иду (мое желаемое будущее).

– Я знаю, что меня поддерживает, мои ресурсы.

– Я умею найти/оказать себе поддержку, сказать верные слова.

– Я умею справляться, действовать, проблема не беспокоит.

– Я достигаю желаемых результатов в терапии.

– Мне кажется, что терапия будет успешной.

– Я уверен (а), что у меня получится справиться.

Ключ. Вычисляется сумма по 6 шкалам (в каждой шкале – по 2 вопроса, таким образом, диапазон ответов по каждой шкале может быть от 0 до 20). Шкалы построены таким образом:

вопросы 1, 2 – шкала Сотрудничества;

вопросы 3, 4 – шкала Структурирования;

вопросы 5, 6 – шкала Конструирования;

вопросы 7, 8 – шкала Самоинструирования;

вопросы 9, 10 – шкала Мониторинга;

вопросы 11, 12 – шкала Надежды.

На что следует обратить внимание?

1) Значения шкал ниже 8 из 20 – это признак того, что существует дефицит данного вектора, необходимо работать над этим в сессии;

2) Значения шкал выше 16 из 20 – это возможный признак того, что данный вектор достаточно насыщен, и требуется его поддержание, но время на сессии может быть уделено векторам с более низкими оценками.

Опросник терапевта в процессе терапии

Поскольку наша модель является системной, важно не только иметь обратную связь от клиента, но и задуматься, что терапевт сам чувствует в работе с клиентом. Рефлексия собственной работы с клиентом существенно повышает эффективность терапевта. Если терапевт работает с парой, семьей или группой – заполняется 1 опросник, но значения усредняют. Например, рассмотрим вопрос №2 «С этим клиентом у меня хорошее сотрудничество». Если удалось установить хорошее сотрудничество с одним партнером из пары (балл=8), а с другим – не удалось (балл=2), то средний балл по второму вопросу будет 5. Этот опросник заполняется терапевтом в конце каждой сессии (сразу после завершения).

Инструкция: эта анкета (для специалистов) предназначена для повышения эффективности терапии по конкретному клиенту, который вы ведете. Оцените, пожалуйста, Ваши ощущения на настоящий момент (или по окончании прошедшей сессии). Если есть понимание и согласие с пунктом – выберите ближе к 10, если нет понимания данного пункта или уверенности в нем – выберите ближе к 1. Если Вы не уверены в ответе, просим в любом случае (!) выбрать какой-то балл.

- Я понимаю клиента, между нами есть доверие
- С этим клиентом у меня хорошее сотрудничество
- Я могу объяснить причины проблемы клиента (у меня есть подходящая гипотеза)
- Я хорошо представляю, кто мой клиент, какова его история
- Мне понятно, куда мы идем (приоритеты и цели терапии)
- Внутренним взором я вижу четкую картину желаемого будущего клиента
- Я знаю, что поддерживает клиента в трудных ситуациях
- Я понимаю, какие мои слова поддерживают клиента
- Клиент умеет справляться между сессиями
- Я наблюдаю результаты клиента по поставленным в терапии целям
- Есть уверенность, что клиент справится

– Я верю, что у меня получится работа с этим клиентом

Ключ. Вычисляется сумма по 6 шкалам (в каждой шкале – по 2 вопроса, таким образом, диапазон ответов по каждой шкале может быть от 0 до 20). Шкалы построены таким образом:

- вопросы 1, 2 – шкала Сотрудничества;
- вопросы 3, 4 – шкала Структурирования;
- вопросы 5, 6 – шкала Конструирования;
- вопросы 7, 8 – шкала Самоинструирования;
- вопросы 9, 10 – шкала Мониторинга;
- вопросы 11, 12 – шкала Надежды.

На что следует обратить внимание?

1) Значения шкал ниже 8 – это признак того, что существует дефицит данного вектора, необходимо поработать над этим;

2) Значения шкал выше 16 – это возможный признак того, что данный вектор достаточно насыщен, и требуется его поддержание, но время рефлексии/подготовки терапевта по данному кейсу может быть уделено векторам с более низкими оценками.

Опросник для партнеров в процессе терапии

Если терапевт работает с парой, семьей или группой, то каждый из участников также заполняет свой опросник. Порядок работы такой же, как и с клиентским опросником. В этом опроснике сделан акцент на понимании совместной истории пары/семьи, общего видения, взаимной поддержки – поэтому вопросы поставлены из позиции «мы».

Инструкция: эта анкета предназначена для оценки эффективности терапии. Оцените, пожалуйста, Ваши ощущения на настоящий момент (или по окончании прошедшей сессии). *Пожалуйста, не советуйтесь и не спрашивайте партнера – нам интересно лично ваше мнение.* Если есть понимание и согласие с пунктом – выберите ближе к 10, если нет понимания данного пункта или уверенности в нем – выберите ближе к 1. Если Вы не уверены в ответе, просим в любом случае (!) выбрать какой-то балл.

- Терапевт нас понимает, мы ему доверяем
- Стиль отношений с терапевтом нас устраивает
- Мы понимаем причины проблемы
- Нам понятно кто мы, какова наша история
- Нам ясны наши приоритеты в терапии и её цели
- Мы понимаем, куда идем (наше желаемое будущее)
- Мы знаем, что нас поддерживает, наши ресурсы

– Я умею оказать поддержку партнеру, найти верные слова

– Мы научились справляться/действовать, проблема не беспокоит

– Мы достигаем желаемых результатов в терапии

– Мне кажется, что терапия будет успешной

– Я уверен (а), что у нас получится справиться

Ключ. Вычисляется сумма по 6 шкалам (в каждой шкале – по 2 вопроса, таким образом, диапазон ответов по каждой шкале может быть от 0 до 20). Шкалы построены таким образом:

вопросы 1, 2 – шкала Сотрудничества;

вопросы 3, 4 – шкала Структурирования;

вопросы 5, 6 – шкала Конструирования;

вопросы 7, 8 – шкала Самоинструирования;

вопросы 9, 10 – шкала Мониторинга;

вопросы 11, 12 – шкала Надежды.

На что следует обратить внимание?

1) Значения шкал ниже 8 – это признак того, что существует дефицит данного вектора, необходимо поработать над этим;

2) Значения шкал выше 16 – это возможный признак того, что данный вектор достаточно насыщен, и требуется его поддержание, но время рефлексии/подготовки терапевта по данному кейсу может быть уделено векторам с более низкими оценками.

Пример нотации сессии К. Роджерса с Глорией по базовым процессам

РЕПЛИКА	ПРОЦЕСС	КОММЕНТАРИЙ
Тер: Здравствуйте, я доктор Роджерс, а вы, наверное, Глория?	Кооперация	
Кл: Да.	Кооперация	
Тер: У нас с вами полчаса. Не знаю, что у нас получится, но надеюсь, мы чего-то достигнем. Я хотел бы узнать, что вас беспокоит?	Кооперация	
Кл: Честно говоря, я сейчас нервничаю, но у вас такой низкий голос, он успокаивает. Я чувствую, что вы не будете ко мне строги.	Кооперация	Подсказка от клиентки для терапевта в терминах системы DMN, тревожность.
Тер: Поверьте мне, я чувствую дрожь в вашем голосе.	Кооперация	Присоединение, отражение. Работа в Домене поддержки.
Кл: В основном я хотела бы побеседовать о... (рассказывает о проблемах) Я хочу, чтобы она мне доверяла. Я почти хочу получить от вас ответ. Я хочу, чтобы вы мне сказали, не повлияет ли на нее плохо, если я скажу ей правду?	Конструирование	
Тер: Это беспокойство о ней и то, что вы на самом деле не... вы чувствуете, что те открытые отношения, которые существовали между вами, теперь как бы исчезли?	Структурирование	
Кл: Да, потому что... я помню, когда я была маленькой и узнала, что мои папа и мама занимаются любовью, противной и грязной, я на какое-то время почти перестала любить мать. И в то же время я не хочу обманывать Пэмми.	Структурирование	Возможно, приглашение терапевту исследовать детский возраст клиентки.
Тер: Я действительно хотел бы быть способным дать вам ответ, что вам следует ей сказать.	Кооперация	Терапевт не принимает приглашение, но дает поддержку.

Кл: Я испугалась, что вы собираетесь дать ответ.	Конструирование	
Тер: Потому что то, чего вы действительно хотите, и есть ответ.	Структурирование	
Кл: Я хочу знать, что бы больше повлияло на неё: если бы я ей честно ответила или то, что я солгала. Потому что мне кажется, что рано или поздно ложь должна привести к напряжению в отношениях.	Структурирование	
Тер: То есть вам кажется, что она узнает или почувствует, что что-то не так.	Конструирование	Терапевт присоединяется к процессу клиент структурирования, и начинает конструировать желаемый результат.
Кл: Да. Мне кажется, что рано или поздно она перестанет мне доверять. Кроме того, мне кажется, что когда она вырастет и вдруг попадёт в щекотливую ситуацию, она просто не признается мне в этом, потому что она будет думать, что-либо я вся такая хорошая, либо ужасная. Я хочу, чтобы она меня приняла, но я не знаю, насколько девятилетняя девочка сможет это воспринять...	Конструирование	Клиентка принимает шаг в сторону конструирования.
Тер: То есть, вас беспокоят обе альтернативы: что она подумает, что вы лучше или хуже, чем вы есть на самом деле.	Конструирование	Терапевт принимает Конструирование и движется туда.
Кл: Нет, не хуже и не лучше, чем нас самом деле - я хочу, чтобы она приняла меня такой, какая я есть. Мне кажется, что я ей нарисовала такую картинку, что я вся такая добрая и хорошая мать, хотя я также стыжусь и своей темной стороны.	Структурирование	Клиентка хочет разобраться с тем, что сейчас.
Тер: Угу... Давайте копнём ещё глубже... Если бы она вас действительно знала, смогла бы она вас принять?	Конструирование	Еще один решительный шаг терапевта в Домен изменений.

<p>Кл: Да, мне надо это выяснить, потому что я не хочу, чтобы она от меня отвернулась. Я даже не знаю, как я сама к этому отношусь, потому что бывают моменты, когда я чувствую огромное чувство вины. Например, если я привожу домой мужчину, то я обустроиваю всё так, чтобы если я вдруг захочу остаться с ним наедине, чтобы дети меня ни в коем случае не застали. Но в то же время я понимаю, что всё-таки у меня есть эти потребности.</p>	<p>Структурирование</p>	
<p>Тер: Другими словами, проблема не только в отношениях с ней, но и в вас самой.</p>	<p>Структурирование</p>	
<p>Кл: Да, в моём комплексе вины. Я очень часто чувствую себя виноватой.</p>	<p>Структурирование</p>	<p>Здесь слышится, как клиентка из структурирования возвращается в процесс кооперации, и ей нужна поддержка.</p>
<p>Тер: То есть как я могу принять себя, ведя себя таким образом. То есть проблема в вас... Когда вы делаете всё так, чтобы вас не заметили, вы делаете это из чувства вины.</p>	<p>Структурирование Кооперация</p>	<p>Терапевт отражает чувства клиентки и чутко переходит в кооперацию – работа в Домене поддержки.</p>
<p>Кл: Да, я хочу быть уверенной в том, что я делаю. Например, если я решаю не говорить Пэмми правды, то я хочу быть уверенной, что она это сможет выразить, и в то же время я хочу быть с ней откровенной, хотя и знаю, что есть во мне что-то, что даже я не могу принять.</p>	<p>Конструирование</p>	<p>Почувствовав поддержку, клиентка возвращается к Конструированию и смелее обсуждает возможные изменения.</p>

<p>Тер: Если вы не можете принять их в себе, как вы можете быть уверенной, что она их примет. И в то же время, как вы сказали, у вас есть эти желания и потребности, но вам неуютно с ними.</p>	<p>Структурирование</p>	<p>Терапевт продолжает прояснять, как работает проблема, и клиентка может почувствовать уход опоры.</p>
<p>Кл: Вы собираетесь просто сидеть, а мне предоставляете возможность все это расхлебывать, а я хочу большего.</p>	<p>Кооперация</p>	<p>Подсказка клиента терапевту – «вернись в кооперацию, дай больше поддержки».</p>

Базовые адаптивные (позитивные) схемы

Описание адаптивных (позитивных) схем приводится по одной из классификаций, разработанных в подходе схема-терапии (Шекеня, 2021). 14 позитивных схем относятся к четырем основным категориям:

А. Связь и принятие:

1 – Эмоциональная наполненность – способность создавать близкие отношения со значимыми людьми, которая проявляется в раскрытии личных потребностей, чувств и мыслей, способность принимать и давать любовь и тепло. Ощущение, что рядом есть те, кому не всё равно, кто действительно понимает и заботится, кто готов принять тебя таким, каков ты есть. Восприятие себя как человека, достойного любви и уважения.

2 – Социальная принадлежность – способность устанавливать контакты с окружающими, есть чувство того, что люди разделяют одни и те же ценности и интересы, способность находить точки соприкосновения с другими;

3 – Здоровый интерес к себе / Забота – человек заботится о близких, но при этом без чувств дискомфорта может принимать заботу о себе, считает свои потребности такими же важными, как и потребности других; комфортно в отношениях, когда надо прислу-

шиваться к проблемам других людей и другим людям не менее интересно слышать о моих проблемах; хоть и нравится делать что-то для близких людей, стараюсь найти время и для себя.

4 – Эмоциональная открытость и спонтанность – способность свободно выражать и обсуждать возникающие эмоции; где уместно – отвечать и вести себя спонтанно, не подавляя свои чувства. Человеку комфортно демонстрировать свою симпатию и привязанность к приятным ему людям.

Б. Здоровая автономия:

5 – Самостоятельность / Компетентность – человек чувствует свою самостоятельность в повседневной жизни, считает себя независимым, доверяет своим собственным суждениям, уверен в способности решать большинство возникающих повседневных проблем;

6 – Здоровые границы / Развитое Я – человек смог отделиться от своих родителей и стать независимым, как большинство других людей его возраста, смог наладить свою собственную жизнь и не слишком вовлекается в проблемы родителей, а они в его, присутствуют здоровые границы: есть конфиденциальность в отношениях с родителями без чувства вины за то, что не делимся всем друг с другом, есть чувство собственной идентичности от родителей и партнера;

7 – Стабильная привязанность – дает возможность во взрослом возрасте поддерживать стабильные

и предсказуемые отношения с другими людьми, которые будут рядом, когда вы в них нуждаетесь; уверенность в том, что близкие не оставят и нет необходимости за них цепляться. Если все же что-то неприятное произойдет, то у человека есть уверенность, что он справится сам.

В. Реалистичные стандарты и взаимность:

8 – Реалистичные ожидания – человек обычно реалистичен в отношении ожиданий от себя, ему не обязательно быть лучшим, чтоб получать удовольствие от сделанной работы; принимает «не идеальность», устраивает выполнение задач на уровне «достаточно хорошо»; в целом считает себя ответственным, но при этом может не беспокоиться о некоторых вещах, умеет их «отпускать»; старается доводить дела до конца, но при этом оставляет достаточно времени для отдыха и развлечений, не беспокоясь о вещах, которые не было времени закончить;

9 – Эмпатическое уважение других – когда человек кого-то о чем-то просит и ему отвечают отказом, он обычно спокойно это принимает, не пытаясь добиться своего; соблюдает те же правила и ограничения, что и другие и не ждет особого отношения к себе; может принять большинство ситуаций, в которых не разрешено делать, что хочется и соглашается с тем, что решают другие; чувствует, что то, что могут предложить другие люди, так же ценно, как и его собственный вклад;

10 – Самостоятельность суждений – человек чувствует себя значимым для других, даже когда они не обращают много внимания; ему не нужно много похвалы или комплиментов от других, чтоб почувствовать себя достойным человеком; чувствует себя достойным независимо от того, есть ли большое количество денег или знакомства с важными людьми;

11 – Самосочувствие – человек может простить себя, если допустил ошибку, при этом не чувствует, что заслужил наказание; не страдает в ситуациях, если потерпел неудачу; если не прилагал все усилия в какой-то деятельности, то не думает, что обязательно теперь потерпит неудачу; независимо от жизненных обстоятельств, считает себя хорошим и достойным человеком;

12 – Базовое здоровье / Оптимизм – человек обычно ощущает, что ему ничего не угрожает (например, серьезные финансовые проблемы, болезни, люди, которые могут причинить боль) и что все будет в порядке; есть ощущение финансовой стабильности, что будет достаточно денег чтоб прожить в будущем, нет страха потерять все; чувствует себя физически здоровым и зря не беспокоится о своем здоровье, если только врач не диагностировал серьезную проблему со здоровьем;

Г. Компетентность:

13 – Успешность – человек оценивает себя в работе и/или учебе не хуже других или даже лучше, считает

себя компетентным человеком, таким же способным, умным и талантливым, как и большинство людей в своей работе;

14 – Здоровый самоконтроль / Дисциплина – обычно человеку удается себя дисциплинировать, выполнять рутинные и скучные задачи, проявлять настойчивость, если не удастся достичь цели, может пожертвовать чувством немедленного получения удовольствия ради достижения долгосрочной цели, может себя заставить делать то, что не нравится, если знает, что это принесет пользу.

Алексей Владимирович Михальский

Нейроконструктивная терапия
Neuroconstructive Therapy