

The background of the entire cover is a photograph of bamboo stalks. The stalks are green and yellowish-green, with visible nodes. They are arranged vertically, creating a sense of height and growth. The lighting is natural, highlighting the texture of the bamboo.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ УСПЕХ

**Позитивная психология и стратегии,
ориентированные на решение,
чтобы помочь клиентам выжить
и процветать**

ФРЕДРИКЕ БАННИНК

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ УСПЕХ

**Позитивная психология и стратегии,
ориентированные на решение,
чтобы помочь клиентам выжить
и процветать**

POST TRAUMATIC SUCCESS

**Positive Psychology and
Solution-Focused Strategies to
Help Clients Survive and Thrive**

FREDRIKE BANNINK

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ УСПЕХ

**Позитивная психология и стратегии,
ориентированные на решение,
чтобы помочь клиентам выжить
и процветать**

ФРЕДРИКЕ БАННИНК

Київ
Видавництво
“НАУКОВИЙ СВІТ”
2024

Перевод с английского и редакция Т.С. Писанюк

Научный консультант канд. психол. наук О.В. Гусева

Баннинк, Ф.

Б23 Посттравматический успех: позитивная психология и стратегии, ориентированные на решение, чтобы помочь клиентам выжить и процветать/Фредрике Баннинк; пер. с англ. Т.С. Писанюк. — Киев.: "Науковий Світ", 2024. — 400 с.: ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-550-173-3 (укр.)

ISBN 978-0-393-70922-3 (англ.)

Это первая книга о лечении травм, сочетающая теорию и практику позитивной психологии и ориентированной на решение краткосрочной терапии с традиционными подходами. Специалисты по травмам узнают, как помочь травмированным людям извлечь максимум пользы из терапии и развить жизнестойкость. Описанные в книге навыки помогут повысить самооценку клиентов, а также сделать терапию более короткой, эффективной и естественной для обеих сторон терапевтического альянса. Книга предназначена для всех специалистов и начинающих терапевтов, которые работают с пациентами, их семьями и друзьями.

УДК 616.895

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства W. W. Norton & Company, Inc.

Copyright © 2014 by Fredrike Bannink.

All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. This translation has been published by arrangement with W. W. Norton & Company, Inc.

Authorized translation from the English language edition of the *Post Traumatic Success: Positive Psychology & Solution-Focused Strategies to Help Clients Survive & Thrive* (ISBN 978-0-393-70922-3), published by W. W. Norton & Company, Inc.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise, except as permitted under Sections 107 or 108 of the 1976 United States Copyright Act, without the prior written permission of the Publisher.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Об авторе	15
Предисловие	17
Десять уроков, извлеченных из наблюдения за бамбуком	21
Благодарности	24

Часть I. Теория

Глава 1. Посттравматический стресс	26
Глава 2. Посттравматический успех	39
Глава 3. Позитивный фокус	65

Часть II. Реализация

Глава 4. Создание условий для перемен	94
Глава 5. Сосредоточиться на целях	119
Глава 6. Сосредоточиться на эффективных действиях	140
Глава 7. Сосредоточиться на прогрессе	169
Глава 8. Предложения по домашнему заданию	216
Глава 9. Последующие сеансы	242
Глава 10. Посттравматическое развитие у детей	280

Часть III. Социальная устойчивость

Глава 11. Позитивные отношения	310
Глава 12. Будущее посттравматического успеха	342
Глава 13. Популярные вопросы	352
Приложение А. Протоколы первого сеанса	365
Приложение Б. Протокол для поиска исключений	367
Приложение В. Протокол последующих сеансов	370
Приложение Г. Дневник исключений	371
Приложение Д. Экстернализация проблем	373
Приложение Е. Поменять позицию	374
Приложение Ж. Опросник для того, кто направил клиента на терапию	375
Приложение З. Шкала оценки сеанса	376
Приложение И. Сертификат о посттравматическом успехе	377
Полезные сайты	378
Список литературы	379

СОДЕРЖАНИЕ

Об авторе	15
Предисловие	17
Десять уроков, извлеченных из наблюдения за бамбуком	21
Благодарности	24

Часть I. Теория

Глава 1. Посттравматический стресс	26
Посттравматическое стрессовое расстройство	27
Мифы о стрессе и травмах	29
Положительный аффект	31
Теория положительных эмоций “расширяй и развивай”	31
Усиление положительного воздействия	34
Уравновешивание положительного и отрицательного аффекта	36
Снижение уровня насилия	38
Резюме	38
Глава 2. Посттравматический успех	39
Посттравматическая победа	40
Выздоровление	42
Жизнестойкость	44
Улучшения, или Посттравматический рост	49
Области роста	50
Предостережения	53
Горе и жизнестойкость	56
Мозг и стойкость тела	59
Склонность к оптимизму	60
Как успокоить миндалевидное тело	61
Положительный результат	62
Тело	63
Резюме	64
Глава 3. Позитивный фокус	65
Смена парадигмы	66
Недостатки парадигмы решения проблем	67
Парадигма построения решений	69
Позитивная психология	70
История позитивной психологии	72
Теория благополучия	74
Краткосрочная терапия, ориентированная на решение	76
История краткосрочной терапии, ориентированной на решение	78
Положительные различия	79

Вопросы, ориентированные на решение	81
Краткое сравнение ПП И ОРКТ	88
Различия в терапевтических подходах к травме	89
Резюме	92

Часть II. Реализация

Глава 4. Создание условий для перемен	94
Терапевтический альянс	94
Взаимоотношения с посетителями, заявителями и потребителями	96
Сопротивление	99
Сосредоточиться на переменах	100
Роль терапевта тоже меняется	101
Начало первого сеанса	102
Нормализация и переосмысление	103
Подтверждение и валидация	103
Вселяя надежду и оптимизм	107
Теория надежды	107
Надежда и умение справляться	109
Кризисные ситуации	112
Оптимизм	115
Резюме	118
Глава 5. Сосредоточиться на целях	119
Постановка целей	120
Десять советов по определению целей	122
Вопросы для определения целей	125
Методы, ориентированные на будущее	126
Представляя себя в будущем	127
Желания и предпочтения	129
Воплощение фантазии	130
Цели приближения и избегания	133
ОРКТ с людьми, пережившими травму	137
Определяющий успех	138
Резюме	139
Глава 6. Сосредоточиться на эффективных действиях	140
Оценка сильных сторон и ресурсов	141
Благодарность	146
Мужество	148
Самосострадание	148
Терапия, сфокусированная на сострадании	152
Осознанность	155
Оценка прогресса, мотивации, надежды и уверенности	157
Шкала	157
Оценка мотивации к переменам	159

Изменения до начала терапии	160
Поиск исключений	160
Повысить эффективность	166
Резюме	168
Глава 7. Сосредоточиться на прогрессе	169
Обсуждать проблемы или же обсуждать сильные стороны и решения	170
Важность языка	172
Изменить отношение	175
Рескриптинг	175
Позитивные образы	180
Изменить позицию	185
Изменить смысл	185
Вопросы о взаимоотношениях	186
Сторонний наблюдатель	188
Экстернализация проблемы	189
Духовность	191
Изменить поведение	191
Изменить повторяющиеся паттерны	192
Инсайт и понимание	193
Позитивные зависимости	194
Триггеры действия	195
Замечать действия клиентов, когда дела идут лучше	196
Повышение самоконтроля	197
Крошечные шаги	199
Изменить чувства	201
Уменьшить негативные эмоции	202
Создать положительные эмоции	204
Коэффициент позитивности	208
Положительный аффект в медицинских учреждениях	211
Выводы	214
Резюме	215
Глава 8. Предложения по домашнему заданию	216
Общие рекомендации по домашнему заданию	217
Четыре положительных предложения по домашнему заданию	220
Самомониторинг	222
Поведенческие эксперименты	228
Отмычки	230
Терапевтические ритуалы	239
Резюме	240
Глава 9. Последующие сеансы	242
Цель последующих встреч	242
Измерение прогресса	243

Четыре модели реагирования	244
Поддержание поведения	251
Установка на рост	252
Объединяющие вопросы	254
Застой и неудача	257
Пути к невозможному	258
“Да, но...” и “Да, и...”	261
Сохранить лицо	262
Промежуточные сеансы	263
Завершение терапии	264
Празднование успеха	265
Размышления о сеансе	267
Обычное измерение результатов	268
Терапия, ориентированная на клиента и результат	271
Формирование культуры обратной связи	273
Супертерапевты	274
“Легко и весело”	277
Резюме	279
Глава 10. Посттравматическое развитие у детей	280
ПТСР у детей	281
Выздоровление и жизнестойкость у детей	283
Международный проект жизнестойкости	285
Развитие детей после травмы	288
Надежда, оптимизм и благополучие детей	290
Надежда у детей	290
Оптимизм у детей	291
Благополучие детей	292
Роль родителей и опекунов	293
Повысить жизнестойкость детей	293
Развитие самосострадания у детей	293
Положительное подкрепление	295
Защита детей	296
Терапия с детьми и семьями	298
Позитивные рабочие предположения	300
Сосредоточиться на сильных сторонах и решениях	301
Предложения по домашнему заданию и обратная связь	304
Резюме	308

Часть III. Социальная устойчивость

Глава 11. Позитивные отношения	310
Взаимоотношения и ПТСР	312
Позитивные отношения	313
Цели приближения и избегания	316

Пары	317
Активное и конструктивное реагирование	318
Семейная терапия	320
Домашнее задание и обратная связь	325
Группы	326
Групповая терапия	327
Домашнее задание и обратная связь	329
Рабочее место	331
Индивидуальное благополучие	332
Вторичный посттравматический успех	333
Благополучие в команде	335
Процветающие команды	336
Командный коучинг	339
Резюме	341
Глава 12. Будущее посттравматического успеха	342
Исследование	342
Профилактика	342
Терапия	344
Обучение	345
Фокус на благополучии клиентов	346
Фокус на благополучии терапевтов	347
Мосты	351
Глава 13. Популярные вопросы	352
Приложение А. Протоколы первого сеанса	365
Приложение Б. Протокол для поиска исключений	367
Приложение В. Протокол последующих сеансов	370
Приложение Г. Дневник исключений	371
Приложение Д. Экстернализация проблем	373
Приложение Е. Поменять позицию	374
Приложение Ж. Опросник для того, кто направил клиента на терапию	375
Приложение З. Шкала оценки сеанса	376
Приложение И. Сертификат о посттравматическом успехе	377
Полезные сайты	378
Список литературы	379

Посттравматический рост — одна из наиболее интересных тем в позитивной психологии. Автор убедительно описывает, как с помощью стратегий позитивной терапии и ориентированной на решение краткосрочной терапии клиенты могут успешно справляться с последствиями сложных событий. Рекомендую это практическое руководство.

Эрнст Больмейер,
профессор психологии, Университет Твенте, Нидерланды

Слишком долго мы ничего не знали о значительных последствиях травмы. Затем был назван и сформулирован диагноз *посттравматический стресс*, и врачебное сообщество стало уделять внимание его признакам и сигналам. При распознавании и терапии последствий травм в области психологии недооценивается тот факт, что подавляющее большинство людей обладают жизнестойкостью и часто оправляются даже от самых ужасных травм. И, сосредоточившись на негативных последствиях, мы часто непреднамеренно помогаем людям видеть себя с худшей стороны. Автор находит баланс между проблемой и решением, вызовами и переменами, ущербом и ростом. Его применение новейших исследований и методов пригодится для терапевтов любого направления, чтобы эффективнее работать с людьми, перенесшими тяжелые травмы, и помочь им увидеть себя с другой стороны: сильными во время катаклизма.

Билл О'Хэнлон,
автор книги *Действуй иначе! Десять элементарных способов изменить свою жизнь к лучшему*

Это знаковая работа и, на мой взгляд, самая важная книга по терапии травм и ПТСР за последние 20 лет. Автор предлагает смену парадигмы: от улучшения симптомов через фокус на травме — что не всегда проходит успешно и может быть медленным и болезненным процессом — к фокусу на исключениях, сильных сторонах и стойкости, чтобы клиенты могли процветать. Объединяя современные исследования в области позитивной психологии и краткосрочной терапии, ориентированной на решение, автор предлагает конкретные, практические вмешательства. Настоятельно рекомендую книгу как начинающим, так и опытным терапевтам.

Терри С. Треппер,
профессор психологии, Университет Пердью

Автор, как всегда, первоклассно описывает свою тему. Схожесть некоторых аспектов позитивной психологии, ориентации на решение и других форм психотерапии, таких как КПТ, представляет особый интерес для многих практикующих врачей. В книге сделан акцент на будущем, что все чаще практикуется в позитивной психологии, и приводится множество проверенных упражнений по новым навыкам и ресурсам. Многочисленные простые примеры и истории хорошо иллюстрируют авторские концепции. В этой книге все психологи и терапевты найдут для себя что-то интересное.

Аласдер Дж. Макдональд,
психиатр-консультант, член Королевского
колледжа психиатров (Великобритания)

Я — не то, что со мной случилось.
Я — то, чем я решил стать.

Карл Юнг

ОБ АВТОРЕ

.....

Фредрике Баннинк — клинический и детский психолог. Она занимается терапией, тренингами, коучингом и медиацией в Амстердаме, Нидерланды. Доктор Баннинк является тренером/супервизором Голландской ассоциации поведенческой и когнитивной терапии (VGSt), а также соучредителем и председателем секции когнитивно-поведенческой терапии, ориентированной на решение проблем.

Фредрике Баннинк преподает КПТ, ОРКТ и ПП психологам и психиатрам, а также клиническое интервьюирование, ориентированное на решение, медицинским работникам. Она курирует команду специалистов по охране психического здоровья в организации “Врачи без границ”. Кроме того, д-р Баннинк проводит обучающие курсы по ОРКТ и ПП в различных психиатрических клиниках; для компаний она организует курсы коучинга и лидерства.

Фредрике Баннинк — магистр в области разрешения споров, международный сертифицированный медиатор, автор многочисленных международных публикаций по темам ОРКТ, ориентированного на решение коучинга, медиации/управления конфликтами, лидерства, позитивной психологии и позитивной КПТ. С 2004 г. она выступает с докладами по всему миру на тему объединения традиционных подходов с подходами на основе ПП, ориентированными на решение.

ПРЕДИСЛОВИЕ

.....

Несмотря на то что многие в водовороте сложных жизненных обстоятельств исцеляются и даже переживают посттравматический рост, есть значительное число людей, которые практически не развиваются в борьбе с травмой. Эта книга призвана помочь тем, кто без терапии не может изменить то, что происходило с ними в прошлом, и преодолеть проблему, а не ожесточиться. Когда клиенты позволяют своему опыту сделать их лучше, возможен целый ряд результатов. Для одних посттравматический успех подразумевает полное или частичное избавление от симптомов посттравматического стресса (расстройства), и это все, на что способны такие клиенты. Для других посттравматический успех влечет за собой не только полное или частичное избавление от симптомов, но и одновременный посттравматический рост. Возможно сосуществование посттравматического роста и (симптомов) посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Для третьих посттравматический успех подразумевает устойчивость, чтобы продолжать свою жизнь, часто самостоятельно, и поэтому они, как правило, не посещают кабинет психолога.

Цель книги — предложить профессионалам, работающим с травмами, практическое руководство для оказания помощи людям, которые борются с событиями своего прошлого. Знакомясь с новыми навыками и взглядами, вы переключаете внимание с того, что *не так* с клиентами, на то, что у них *хорошо*, и с того, что *не работает* в их жизни, на *эффективные решения*. В книге представлено 117 упражнений, 33 случая и 40 историй, чтобы помочь читателям внедрить этот новый подход через обучение на практике.

Медицинская модель оказала сильное влияние на традиционные методы терапии. Структура решения проблем — сначала определение природы проблемы, а затем вмешательство для минимизации страданий — влияет на специфику взаимодействия между терапевтами и клиентами: они фокусируются на патологии и на том, что не так с клиентом. Многие профессионалы, как правило, озабочены проблемами клиентов, их ограничениями и недостатками. Оценки клиентов междисциплинарными командами часто негативны и учитывают лишь немногие сильные стороны и способности клиента или вообще не упоминают их.

Но для изменений важнее не этот негативный образ мышления, а сила, способности и ресурсы людей. Наша помощь заключается в том, чтобы дать клиентам возможность жить более продуктивной, насыщенной жизнью и процветать. Рост означает оказание помощи отдельным лицам, группам, семьям и сообществам в поиске и приумножении ресурсов и инструментов в их внутреннем мире и вокруг них. В медицинской модели используется термин *пациент*; в данной модели, чтобы подчеркнуть тему развития и роста, мы используем термин *клиент*.

Мартин Селигман [Seligman, 2011], один из основателей позитивной психологии, заявил: если мы хотим процветать и обрести благополучие, мы должны свести к минимуму наши страдания; у нас должны быть положительные эмоции, намерения, достижения и отношения. Следовательно, самое время переломить ситуацию с травмой и сместить акцент с (только) уменьшения страданий и простого *выживания* на достижение успеха и позитивное *процветание*.

Психическое здоровье — это нечто большее, чем отсутствие психических заболеваний. За последние 30 лет были разработаны подходы, в основе которых лежит более тесное сотрудничество с клиентами. Позитивная психология (ПП) и ориентированная на решение краткосрочная терапия (ОРКТ) относятся к числу таких подходов с особым упором на сильные стороны людей и предпочтительное будущее, а не на их недостатки и прошлые проблемы. Основное внимание в ПП и ОРКТ уделяется благополучию клиентов, изучению того, что делает жизнь стоящей того, чтобы жить, и созданию условий, обеспечивающих такую жизнь. Хорошо то, что внутри каждого из нас можно найти решения большинства наших проблем.

Результаты психотерапии, особенно долгосрочные, можно еще долго улучшать. Что нужно сделать, чтобы помочь большему числу людей с травмой получить более существенную пользу от терапии? Что еще способны сделать специалисты, чтобы клиенты стали сильнее? Как использовать наиболее простые методы вмешательства? Как повысить самоэффективность клиентов и чувство собственного достоинства? Как улучшить психотерапию, ускорить и, следовательно, сделать ее более доступной и прозрачной? И последнее, но не менее важное: как терапия может быть более легкой для самих терапевтов?

В этой книге я исследую, как традиционные подходы к посттравматическому стрессу становятся позитивными подходами к *посттравмати-*

ческому успеху. ПП и ОРКТ стимулируют восстановление, жизнестойкость и посттравматический рост. Фокус больше не на патологии, не на выяснении, что *не так* с клиентами, и не на исправлении наиболее тяжелых последствий и симптомов, а в первую очередь на сильных сторонах, на том, что правильно для клиентов, и на создании лучших условий. Считается, что облегчение дистресса — наиболее важный результат терапии, а клиенты якобы безоговорочно разделяют эту точку зрения. Однако наиболее важными результатами для клиентов будет:

- 1) достижение положительных качеств психического здоровья, таких как оптимизм и уверенность в себе;
- 2) возвращение к своему обычному, нормальному “я”;
- 3) возвращение к привычному функционированию;
- 4) облегчение симптомов [Kuyken, Padesky, & Dudley, 2009].

Позитивный фокус не только сокращает время психотерапии, но и дает самостоятельность клиентам [Gingerich & Peterson, 2013; Stams, Dekovic, Buist, & Vries, 2006]. В условиях упора на позитив беседы с клиентами становятся более легкими, что, в свою очередь, снижает стресс, облегчает депрессию и эмоциональное выгорание клиентов, а также уменьшает вероятность вторичной травматизации терапевтов.

Книга большая, но так и должно быть, потому что это первая книга о травмах, в которой теория и практика ПП и ОРКТ сочетаются с традиционными подходами. Книга написана для всех специалистов и студентов, работающих с людьми, пережившими травму (как взрослыми, так и детьми), а также их семьями и друзьями, которые хотели бы перенять (более) позитивный подход или просто расширить спектр доступных им техник. Терапевты, уже обученные (позитивной) когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), ПП или ОРКТ, также могут найти полезные элементы для обогащения своего репертуара.

Книга в первую очередь предназначена для терапевтов, но я также рассчитываю, что люди, страдающие от травм, которые не обращаются к специалистам, найдут на ее страницах интересную информацию и эффективные упражнения.

Надеюсь, вы найдете эту книгу полезной, и приглашаю вас прислать мне свои комментарии по электронной почте (solutions@fredrikebannink.nl).

Фредрике Банник

www.fredrikebannink.com

ДЕСЯТЬ УРОКОВ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ИЗ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БАМБУКОМ *****

Знаменитый мастер айкидо Уэсиба подчеркивал, как важны уроки из учений о сосне, бамбуке и цветке сливы. Сосна, бамбук и слива ассоциируются с зимой, потому что в это время они цветут. По этой причине они широко известны как “Три друга зимы”. Сосна и цветы сливы придают аромат холодному воздуху и ценятся как источники сенсорного усиления в неблагоприятных условиях. Этот душевный подъем еще больше подчеркивается вечнозелеными качествами сосны и бамбука, которые вместе с ранним цветением сливы, пока на земле еще лежит снег, олицетворяют упорство, цельность и скромность.

На обложке книги изображен бамбук, символизирующий восстановление, рост и жизнестойкость. В Японии символика бамбука имеет глубокие корни, в ней заложено множество практических жизненных уроков. Эти десять уроков (www.youtube.com/watch?v=9g8T8MsFIp0) кратко описаны ниже.

1. *Помните: то, что на вид слабое, в действительности заключает в себе великую силу.* Бамбук переносит холодные зимы и жаркое лето, и иногда эти деревья — единственное, что остается стоять после тайфуна. Подобно бамбуку, стойте прямо, верьте в свои силы и знайте, что вы настолько сильны, насколько вам нужно быть. Помните, что сила заключается в доброте, сострадании и взаимодействии.
2. *Можно гнуться, но не ломаться.* Бамбук тверже стали или дуба и в то же время мягко колышется на ветру. Его корни крепки, но раскачиваются вместе с ветром, никогда не борясь с ним. Со временем ураган утихает, а бамбук остается высоким и сильным. Это один из секретов успеха в решении сложных жизненных проблем.
3. *Будьте устойчивыми, но в то же время гибкими.* Бамбук примечателен своей гибкостью, отчасти ставшей возможной благодаря сложной структуре корней, которая делает почву вокруг бамбукового леса очень устойчивой. Задача для многих из нас состоит в том, что-

бы оставаться мобильными и гибкими людьми, прилагая при этом усилия, чтобы укорениться в сообществе прямо за нашей дверью.

4. *Замедлите напряженный ум.* Сейчас доступно больше информации, чем когда-либо прежде, и большинство из нас живет в быстром темпе. Жизнь может казаться довольно беспокойной, временами хаотичной. Поэтому важно найти время, чтобы замедлиться и успокоить ум, увидеть все более ясно. Даосская поговорка гласит: “В проточной воде свое изображение не увидишь. Оно появится только в стоячей воде”.
5. *Будьте всегда начеку.* В отличие от других пород дерева, которые требуют большой обработки и отделки, бамбук в этом практически не нуждается. Мастер айкидо Кенсё Фуруя утверждал, что воин, подобно бамбуку, всегда готов действовать [Figuia, 1996]. Благодаря обучению и практике мы можем сделать все возможное, чтобы быть готовыми к любой ситуации.
6. *Найдите мудрость в пустоте.* Нельзя наполнить чашу, которая уже полна. Бамбук напоминает нам о том, что люди часто слишком заняты своими выводами и самими собой; у нас нет места ни для чего другого. Чтобы получать знания и мудрость, нужно быть открытыми всему новому и непохожему. Очистив разум от предрассудков, гордости и страха, вы становитесь открытыми для новых возможностей.
7. *Улыбайтесь, смейтесь и играйте.* Бамбук ассоциируется со смехом из-за звука, который издают его листья в ветреный день. Бамбук связывают с весельем, поскольку он использовался в традиционном японском изготовлении воздушных змеев и кукол. Эти элементы играют важную роль в психическом и физическом здоровье человека.
8. *Посвятите себя росту и обновлению.* Бамбук — одно из самых быстрорастущих растений в мире. Вас не волнует, насколько быстро или медленно вы растете, важно только то, что вы двигаетесь вперед. Прилагая постоянные усилия, вы всегда растете. Не расстраивайтесь из-за того, что кажется отсутствием роста или улучшений. Не сдаваться — значит расти; просто не всегда это сразу заметно.

9. *Выражайте полезность через простоту.* Полезность бамбука — в его простоте. Часто люди усложняют простое, чтобы произвести впечатление, и не в состоянии упростить сложное из страха, что другие узнают то, что знают они. Мы могли бы проявить больше креативности и найти решения попроще даже для самых сложных проблем, которые в конечном итоге будут наиболее успешными.
10. *Освободите силу, чтобы отступить назад.* Суть бамбука — семь раз упасть и восемь подняться. Бамбук восстанавливается после невзгод. Зимой сильный снегопад сгибает бамбук до тех пор, пока снег не становится слишком тяжелым и не начинает осыпаться, а бамбук снова выпрямляется, как бы говоря: “Меня не победить”. *Будьте подобны бамбуку!*

БЛАГОДАРНОСТИ

.....

Автор никогда не пишет книгу в одиночку. Это всегда результат коллективной работы, в результате которой имя автора появляется на обложке.

Я благодарю своих коллег, студентов и, прежде всего, клиентов, включая сотни людей по всему миру, переживших травму, которые помогали открывать, применять и совершенствовать мои методики на протяжении многих лет.

Посетив многие страны Азии и Африки, я глубоко впечатлена страданиями, но также и историями восстановления, роста и жизнестойкости людей, живущих в зонах конфликтов. Я часто задаюсь вопросом: смогла бы я вообще выжить в ужасных условиях многолетнего пребывания в лагерях беженцев, изнасилования людьми, которые должны тебя защищать, или жестокого обращения с детьми-солдатами? Мое глубочайшее уважение относится ко всем, кому удастся выжить и даже процветать.

Я благодарю моего издателя Дебору Малмуд, мою подругу и переводчицу Сюзанну Олдис Раут и всех остальных, кто приложил руку к созданию этой книги. Спасибо моему мужу Хидде за поддержку.

Еще спасибо моим трем итальянским кошкам, попавшим в наш дом еще котятами, за то, что составили мне компанию в течение многих приятных часов за письменным столом.

ЧАСТЬ I

.....

ТЕОРИЯ

Посттравматический стресс

Переживание травмы — неотъемлемая часть человеческого существования, ведь история часто пишется кровью. На протяжении всей эволюции люди подвергались ужасным испытаниям. Они становились участниками или свидетелями стихийных бедствий, военных действий, серьезных несчастных случаев. Они сами или их близкие серьезно болели, подвергались физическим и сексуальным нападениям в детстве и взрослом возрасте. Многие профессии (в частности, военные и полицейские) связаны с насилием и катастрофами. Тем не менее большинство людей, пройдя через трудности, живут без развития психических расстройств. Стресс — это нормальная реакция на ужас, беспомощность и страх как на важнейшие элементы травматического переживания. В этой главе описывается концепция посттравматического стресса (расстройства) и развенчивается несколько мифов о стрессе и травме.

Один из мифов о стрессе и травме заключается в том, что существуют только негативные последствия, включая негативный *аффект*. Но исследования показали, что во время хронического стресса наблюдается сочетание положительного и отрицательного аффекта, причем положительный аффект выполняет адаптивные функции. Согласно теории положительных эмоций “расширай и развивай” уравнивание негативных и позитивных эмоций сочетает облегчение страданий и укрепление благополучия, а негативное воздействие иногда помогает достичь определенных типов целей. Однако уравновесить негативные и позитивные эмоции — задача не из легких. Английский писатель Гилберт Честертон [Chesterton, 1908] утверждал: “Тяжелым человеком быть легко, легким — тяжело”.

Посттравматическое стрессовое расстройство

У большинства людей, переживших травмирующее событие, не развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Они могут страдать от острых симптомов, таких как оцепенение, отстраненность, дереализация, деперсонализация или диссоциация, сновидений и кошмаров, мыслей и воспоминаний о событии, и они могут избегать любого напоминания о прошлых событиях. Симптомы длятся пару дней и со временем проходят сами собой, обычно в течение четырех недель после события, или же перерастают в более серьезное расстройство, такое как ПТСР. Несмотря на то что симптомы ПТСР давно известны, диагноз в его современном виде появился только в 1980 г. До этого времени симптомы ПТСР в основном обозначались как *снарядный шок*, *боевая усталость* или *военный невроз*.

С 1980 г. проведено обширное исследование симптомов и последствий ПТСР. По состоянию на 2012 г. статистика Пентагона показывала, что от самоубийств погибло больше солдат, чем в бою. Десятки тысяч военнослужащих после войн в Ираке и Афганистане страдают от психологических травм, и у многих из них проявляются симптомы ПТСР. Кроме того, сотни тысяч детей, мужчин и женщин во всем мире страдают от психологических травм в результате эмоционального, физического и сексуального насилия, природных и техногенных катастроф. Финансовые последствия составляют по меньшей мере 42 млрд долл. в год только в Соединенных Штатах [Williams, 2012].

ПТСР характеризуется развитием определенных симптомов после воздействия экстремального травматического стрессора, влекущего за собой:

- непосредственное личное переживание события, связанного с действительной смертью или ее угрозой, серьезной травмой или другой угрозой физической целостности (например, сексуальное насилие);
- наблюдение события, связанного со смертью и травмой или угрозой физической неприкосновенности другого человека;
- известие о неожиданной или насильственной смерти, серьезном вреде или угрозе смерти члена семьи или другого близкого человека;
- повторное переживание неприятных подробностей события (например, сотрудник полиции или психолог, неоднократно слышавший подробности сексуального насилия над детьми).

В DSM-IV [American Psychiatric Association, 1994] ПТСР было включено в категорию “Тревожные расстройства”; в DSM-5 [American Psychiatric Association, 2013] ПТСР относится к новой категории под названием “Расстройства, связанные с травмами и стрессорами”.

Комплексное ПТСР (C-PTSD) не является формальным диагнозом, хотя многие терапевты используют это понятие в работе с людьми, пережившими травму. Этот тип ПТСР упоминается как диссоциативный подтип в DSM-5, потому что комплексная травма часто идентифицируется в сочетании с диссоциативными симптомами и (или) расстройством личности. Диссоциативными симптомами могут быть либо переживания, связанные с ощущением отстраненности от собственного разума или тела, либо переживания, при которых мир кажется нереальным, похожим на сон или искаженным. Клиенты, страдающие C-ПТСР, часто не доверяют другим людям, даже своим терапевтам; у них может быть склонность причинять вред самим себе (путем порезов и других членовредительств, попыток самоубийства или рискованных действий, таких как злоупотребление наркотиками или алкоголем, приводящее к госпитализации); еще у них часто есть ряд других психологических расстройств, таких как пограничное расстройство личности, расстройство пищевого поведения, злоупотребление психоактивными веществами, паническое расстройство, шизоидное или шизотипическое расстройство личности.

История 1. Пожертвовать более чем 13 годами своей жизни

Следующее исследование дает представление о том, как клиенты страдают от посттравматического стрессового расстройства. В двух лечебных учреждениях в разных регионах Соединенных Штатов было опрошено [Doctor, Zoellner, & Feeny, 2011] 184 человека, обратившихся за лечением от ПТСР. Оказалось, что тревожные воспоминания о травмирующем событии и избегание определенных действий и мыслей, которые обычно воспринимаются как дисфункциональное поведение, слабо коррелируют с ощущением благополучия человека. Однако симптомы, связанные с повышенным возбуждением (проблемы со сном, раздражительность и бдительность), были связаны с более низким качеством жизни. Тревога и депрессия также зависели от более низкого качества жизни. Влияние избегания на качество жизни может быть ограниченным, поскольку это стратегия преодоления, которая в краткосрочной перспективе способна улучшить самочувствие.

Исследователи обнаружили, что в среднем человек с ПТСР был готов пожертвовать 13 с половиной годами своей жизни во имя жизни без симптомов расстройства! В среднем участники были готовы согласиться на лечение с вероятностью до 13% немедленной смерти, чтобы добиться полного облегчения симптомов ПТСР.

Мифы о стрессе и травмах

Мартин Селитман [Seligman, 2005, р. 4] утверждал следующее.

Идея позитивной психологии (ПП) состоит в том, чтобы напомнить специалистам об искажении нашей науки. Психология — это не просто изучение болезней, слабостей и вреда; это также изучение силы и добродетели. Терапия — это не просто исправление того, что неправильно; она также создает то, что правильно.

Из-за искаженного понимания науки многие психологи и психиатры стали *патологизаторами* и *виктимологами*, сосредоточившись на оценке и лечении индивидуальных страданий (как сделать несчастных людей менее несчастными). Терапевты занимались лечением психических заболеваний в рамках концепции “болезнь — клиент”, направленной на устранение вреда. Акцент на патологии (“Что с вами не так?”) породил несколько мифов о психических заболеваниях и травмах. Терапевты забыли задать вопрос: “Что с вами *так*?” Вот несколько мифов о стрессе и травмах.

- У каждого пережившего травмирующее событие человека развивается посттравматический стресс.
- Необходимо пройти курс психотерапии, чтобы преодолеть посттравматический стресс.
- Единственный эффективный метод терапии посттравматического стресса — длительная психотерапия, в ходе которой человек заново переживает или вспоминает все, что произошло во время травмирующего инцидента.
- Существуют *только* негативные последствия травмы.

В вооруженных силах, полиции и других профессиях, связанных с насилием и стихийными бедствиями, существуют другие мифы и опасения.

- Обращение за помощью погубит мою карьеру, потому что меня будут воспринимать в негативном свете.

- Если обратиться к терапевту, все узнают о моих проблемах, и это нехорошо.
- Терапия не помогает.

Пример предположения о том, что травма приводит только к негативным последствиям, можно найти в исследовании ожидаемой продолжительности жизни польских евреев, переживших Холокост. Предыдущие исследования показали, что травматический опыт может сократить продолжительность жизни, и даже нашли генетическое доказательство того, что травма приводит к укорачиванию концов хромосом в ДНК человека, ответственных за продолжительность жизни клеток организма. Эти факты побудили исследователей из Хайфского университета (Израиль) и Лейденского университета (Нидерланды) изучить, действительно ли продолжительность жизни переживших Холокост была короче. Однако оказалось, что мужчины, пережившие Холокост, жили *дольше* по сравнению с теми, кто такого опыта не имел [Sagi-Schwartz, Bakermans-Kranenburg, Linn, & van IJzendoorn, 2013]. Это было первое исследование, в котором были изучены данные обо всем еврейском населении Польши, эмигрировавшем из Польши в Израиль до и после Второй мировой войны. Пережившие Холокост пострадали не только от серьезной психосоциальной травмы, но и от голода, недоедания и отсутствия гигиенических и медицинских условий. Это привело к предположению, что такие условия нанесли вред их здоровью и сократили ожидаемую продолжительность жизни. Удивительно, но ожидаемая продолжительность жизни выживших была на 6,5 месяца больше, чем у иммигрантов без подобного опыта. Не было существенной разницы в ожидаемой продолжительности жизни между женщинами, пережившими Холокост, и женщинами, которые не пережили его. Однако различия в мужском населении были значительными: пережившие Холокост мужчины жили в среднем на четырнадцать месяцев дольше. Одним из возможных объяснений этих результатов, по мнению исследователей, может быть *феномен посттравматического роста*, согласно которому травматический, угрожающий жизни опыт, хотя и вызвал высокий уровень психологического стресса, мог также послужить стимулом для развития личных навыков и межличностного общения, обретения новых знаний и более глубокого смысла жизни. В конечном счете все это могло бы способствовать долголетию выживших.

Положительный аффект

Один из мифов о стрессе и травме заключается в том, что они вызывают только негативные последствия, включая негативный *аффект*. Но исследования показывают, что позитивный аффект сочетается с негативным во время хронического стресса, причем позитивный аффект выполняет адаптивные функции [Folkman & Moskowitz, 2000].

Несмотря на то что исследования в области *совладания* (копинг) за последние несколько десятилетий дали сходные данные о функциях совладания и факторах, которые на него влияют, до недавнего времени основное внимание уделялось почти исключительно негативным результатам. Однако положительный эффект не был полностью проигнорирован в моделях стресса. Это обсуждалось в связи со стрессовыми ситуациями, которые были оценены как *вызовы* — ярлык, сигнализирующий о возможности овладения или преуспевания и подразумевающий такие эмоции, как рвение, предвкушение и уверенность. Еще говорят о благоприятном и успешном разрешении стрессовых ситуаций, сопровождающемся эмоциями счастья и гордости. Речь идет о реакции на прекращение вызывающих отвращение состояний, когда люди испытывают компенсирующую положительную эмоцию (например, облегчение).

Но в целом в большинстве моделей стресса не подчеркивается позитивный аффект или, в частности, его адаптационное значение, а также не описываются виды процессов совладания, чтобы создавать и поддерживать позитивный аффект в условиях личностно значимого, продолжительного стресса. Утверждается следующее.

- Положительный аффект может проявляться наряду с дистрессом в течение определенного периода.
- Позитивный аффект в контексте стресса сам по себе имеет важное адаптационное значение.
- Процессы совладания, которые порождают и поддерживают позитивный аффект в контексте хронического стресса, ориентированы на осмысленность [Folkman & Moskowitz, 2000].

Теория положительных эмоций “расширяй и развивай”

Теорией положительных эмоций “расширяй и развивай” [Fredrickson, 2000, 2009] объясняется функция положительных эмоций. В отличие от

негативных переживаний, которые приводят к сужению внимания и подталкивают к конкретным действиям, положительные эмоции (интерес, удовлетворенность, наслаждение, безмятежность, счастье, радость, гордость, облегчение, привязанность, любовь) расширяют фокус внимания человека и его поведенческий репертуар. Как следствие, расширяются социальные, интеллектуальные и физические ресурсы — те, которые истощаются в условиях хронического стресса. Люди с позитивным подходом демонстрируют более гибкий, необычный, творческий, всесторонний образ мышления. Их мышление, как правило, более эффективно и открыто для новых знаний и вариантов. Позитивные эмоции предположительно расширяют когнитивный контекст, и этот эффект недавно был связан с повышением уровня дофамина в мозге. Теория расширения и развития — это исследование эволюционировавшей функции положительных эмоций, и она имеет существенную поддержку. Лонгитюдные исследования показывают, что положительные эмоции важны для развития долгосрочных ресурсов — психологической устойчивости и процветания. Люди, которые сообщают о высоком уровне положительных эмоций, способны к более конструктивному и гибкому совладанию, более абстрактному и стратегическому мышлению и держат большую эмоциональную дистанцию после стрессовых негативных событий.

Обнаружено, что положительные эмоции — это особенно эффективное *противоядие* от затяжных последствий негативных эмоций, которые сужают репертуар мыслей и действий [Fredrickson, 2000]. Другими словами, положительные переживания оказывают разрушающее воздействие на отрицательные, поскольку одни с другими несовместимы. Положительные эмоции обладают уникальной способностью уменьшать затянувшиеся сердечно-сосудистые последствия негативных эмоций. Помимо ускорения физиологического восстановления, *обезвреживающий эффект* подразумевает, что позитивные эмоции противодействуют любому аспекту негативных эмоций, проистекающему из суженного репертуара мыслей и действий. Например, негативные эмоции сужают мышление, подталкивая к соответствующим конкретным действиям. Злость, люди застревают на мести или сведении счетов; тревожась и пугаясь — на бегстве или избегании вреда; грусть — на последствиях потери.

Было обнаружено, что связь между *коэффициентом позитивности* и процветанием (см. главу 7) очевидна на трех совершенно разных уровнях человеческого опыта [Fredrickson, 2009]. Коэффициент позитивности

заслуживает внимания применительно и к одному человеку, и к двум партнерам, и к целой команде. Коэффициент позитивности — это количество искреннего позитива по отношению к количеству душераздирающего негатива. Формально коэффициент позитивности — это частота проявления позитива за любой заданный промежуток времени, деленная на частоту проявления негатива за тот же промежуток времени. Ниже определенного соотношения люди втягиваются в нисходящую спираль, подпитываемую негативом, но выше этого же соотношения люди втягиваются в восходящую спираль, подпитываемую позитивом. Барбара Фредриксон [Fredrickson, 2000, p. 16] утверждала: “Нисходящая спираль или восходящая — насколько я понимаю, это выбор каждого”.

Субъективное благополучие зависит от трех различных факторов: высокого положительного аффекта, низкого отрицательного аффекта и высокой удовлетворенности жизнью. При этом положительный и отрицательный аффекты находятся в разных континуумах. Ключ к эмоциональному процветанию — высокое соотношение положительных и отрицательных эмоций. Улучшить свое состояние возможно за счет либо усиления положительных эмоций, либо уменьшения отрицательных (или и того, и другого). Исследования показали, что соотношение позитивности 3:1 и более ведет к здоровью, продуктивности и умиротворенности. Несмотря на то что в последнее время появилась критика в отношении эмпирических данных о соотношении позитивности, важность позитивного подхода остается неизменной.

И хорошая новость заключается в том, что счастье в конечном счете оказывается более заразительным, чем депрессия [Fowler & Christakis, 2008], так что восходящая спираль позитивности неизбежна.

История 2. Сила положительных эмоций

Ученые изучали способы диагностики, попросив врачей думать вслух, пока те разбирались с пациентом с заболеванием печени. Удивительно, но эта исследовательская группа обнаружила, что когда врачам дарили небольшой подарок — коробку конфет, — они лучше усваивали информацию о конкретном случае и с меньшей вероятностью заикливались на своих первоначальных идеях и приходили к преждевременному заключению в своем диагнозе [Isen, Rosenzweig, & Young, 1991].

Упражнение 1. ВКЛЮЧИТЬ ПОЗИТИВ

У всех есть возможность “включать” и “выключать” позитив для себя. Поэкспериментируйте и “включите” позитив прямо сейчас. На минутку обратите внимание на свое физическое окружение. Вы в своей гостиной или ванной, автобусе или поезде? Спросите себя: “Что правильно в моих нынешних обстоятельствах? Почему мне повезло быть здесь? Какой аспект нынешней ситуации можно расценивать как дорогой подарок? Какую пользу это принесет мне и другим?” Такие размышления зажгут внутреннее сияние благодарности. Несколько минут насладитесь хорошим чувством, созданным для себя.

Теперь “выключите” позитив. Для этой цели подойдут такие вопросы: “Что здесь не так? Что меня беспокоит? Что должно быть другим и лучше? Кто виноват?” Попробуйте задать себе эти вопросы, проследив за цепочкой мыслей, которые они вызывают, и посмотрите, как быстро сойдет на нет позитивный настрой [Fredrickson, 2009].

История 3. Я могу выбирать

Комик Граучо Маркс [Marx, 2002] заявил, что каждое утро, открывая глаза, он говорил себе: “Я, а не события, обладаю властью сделать меня счастливым или несчастным сегодня. Я могу выбрать, как это будет. Вчерашний день в прошлом; завтрашний день еще не наступил. У меня есть только один день, сегодня, и я собираюсь быть в нем счастливым”.

Усиление положительного воздействия

Исследование Изена [Isen et al., 1991] показало, что позитивный аффект способствует творчеству и гибкости. Он также облегчает обработку важной (например, о самом себе) информации, даже если она негативна и потенциально может нанести ущерб самооценке [Reed & Aspinwall, 1998].

Другой путь, с помощью которого положительный аффект компенсирует пагубные физиологические последствия стресса, проходит через нейроэндокринную систему. Доказано, что люди, которые пытались найти позитивный смысл в ответ на травмирующее событие, обладали более адаптивными гормональными реакциями, а потому были более устойчивыми перед лицом стрессовых событий [Epel, McEwen, & Ickovics, 1998]. Этот вывод дополнительно подтверждается исследованиями, показывающими, что позитивный и негативный аффекты связаны с различными нейронными структурами [Cacioppo & Gardner, 1999].

Положительный аффект в контексте хронического стресса также предотвращает клиническую депрессию. Интенсивный, продолжительный негативный аффект, подобный тому, что возникает в условиях хронического стресса, без компенсаторного переживания положительного аффекта подавляет регулирующую функцию эмоций и приводит к клинической депрессии [Gross & Minoz, 1995]. Переживания положительного аффекта в разгар стрессовых обстоятельств могут прервать и тем самым замкнуть эту спираль руминаций и предотвратить переход в клиническую депрессию. Способы усиления положительного эффекта включают в себя следующее.

- *Позитивная переоценка.* Это когнитивные стратегии переосмысления ситуации в более позитивном свете (видеть стакан наполовину полным, а не наполовину пустым). Основное внимание уделено ценности усилий людей и их позитивной оценке.
- *Совладание (копинг).* Это усилия, направленные на решение проблемы, вызывающей беспокойство, или управление ею. Это стратегии сбора информации, принятия решений, планирования и разрешения конфликтов. Еще это приобретение ресурсов, чтобы справиться с проблемой, а также конкретные, ориентированные на задачи действия.
- *Наполнение обычных событий позитивным смыслом.* Люди могут с большей вероятностью вызывать, отмечать и запоминать обычные позитивные события в условиях хронического стресса, возможно, как способ компенсировать негативные эмоциональные последствия негативного события. Поэтому полезно попробовать поискать что-то позитивное в каждой ситуации. Многие эмоции определяются нашей интерпретацией события.

История 4. Ценить позитивность

Несколько лет назад я наткнулась на поздравительную открытку с такими словами: "Жизнь сама по себе негативна. Задача человека — создавать позитив". Интересная формулировка, потому что напоминает нам, что позитивный подход — это выбор, который люди должны делать снова и снова, день за днем. Хотелось бы еще раз напомнить, что эмоции так же далеки от случайности, как и от того, что они закреплены генами. Они в значительной степени обусловлены повседневной деятельностью и укоренившимися ментальными привычками человека.

Возможно, вариантов для выбора больше, чем вы считаете. Конечно же, негатив неизбежен, но можно свести его к минимуму. И чем больше вы цените позитив, тем чаще его восходящая спираль будет поднимать вас на новые высоты [Fredrickson, 2009, p. 230].

Уравновешивание положительного и отрицательного аффекта

Негативный аффект не всегда неправильный. Целью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) не является избавление от всех страданий; отрицательные эмоции — такая же часть богатства жизни, как и положительные, и они выполняют столь же важную функцию, как и физическая боль, часто предупреждая человека о потенциальных проблемах, которые, возможно, потребуются решить [Beck, 2011]. Однако терапевты должны стремиться усилить положительные эмоции клиентов путем обсуждения их интересов, позитивных событий, произошедших в течение недели, и приятных воспоминаний. Терапевты должны предлагать такие домашние задания, в которых клиенты находили бы больше занятий с подбадривающим, приятным исходом. Более подробную информацию о положительных эмоциях и соотношении позитивности можно найти в главе 7.

Мартин Селигман [Seligman, 2011] заявил, что, когда он начинал работать психотерапевтом почти сорок лет назад, его клиенты часто говорили: они просто хотят быть счастливыми. Селигман перевел это как желание клиентов избавиться от депрессии. Тогда у него не было под рукой инструментов для достижения благополучия, и он был ослеплен теориями Фрейда и Шопенгауэра (которые учили, что лучшее, чего могут достичь люди, — это свести к минимуму свои страдания); разница даже не приходила ему в голову. У Селигмана были только средства для работы с депрессией. Но он обнаружил, что каждый человек просто хочет быть счастливым, и реализация этой законной цели сочетает в себе облегчение страданий и достижение благополучия. Лечение, по его мнению, включает в себя весь арсенал средств для уменьшения страданий — в том числе медикаменты и терапевтические методики — и добавляет позитивную психологию.

Все мы хотим испытывать удовольствие и избегать боли, и хотя люди обычно предпочитают счастье, иногда они выбирают злиться или волноваться, поскольку считают, что эти эмоции приносят долгосрочную пользу. Люди обычно предпочитают чувствовать приятные эмоции (например,

возбуждение) и избегать неприятных (например, гнев). Исследователи [Tamir, Mitchell, & Gross, 2008] проверяли, предпочитают ли люди испытывать эмоции, которые потенциально полезны, даже если они неприятны для восприятия. Выяснялось, мотивированы ли люди повышать свой уровень гнева, когда ожидают решения задачи, в которой гнев может повысить производительность. Участникам сказали, что они будут играть либо в компьютерную игру с применением насилия, либо в ненасильственную игру. Затем их попросили оценить, в какой степени они хотели бы заниматься различными видами деятельности, прежде чем приступить к игре. Оказалось, что в ожидании жестоких игр участники предпочитали действия, которые могли вызвать у них гнев (например, прослушивание соответствующей музыки, воспоминание о прошлых событиях, когда они были разгневаны). Напротив, участники предпочитали более приятные занятия, когда готовились играть в ненасильственную игру.

Для того чтобы проверить связь между гневом и производительностью, участникам случайным образом предложили вызывать гнев, нейтральные и положительные эмоции, а затем играть в компьютерную игру с применением насилия и ненасильственную игру. Как и ожидалось, разгневанные участники проявили себя лучше других в жестокой игре, “убив больше врагов”. Однако разгневанные участники показали не лучшие результаты по сравнению с другими в ненасильственной игре, которая включала общение и предоставление услуг. Так исследователи узнали: предпочтительные чувства в данный момент частично зависят от того, что люди могли бы получить из этого. Фактор, который следует учитывать, когда речь идет о гневе, заключается в том, что эта эмоция может быть мощной мотивацией и действительно доставлять определенное удовольствие.

Интересно, что люди иногда выбирают менее мотивирующие и менее приятные чувства, такие как страх. Это особенно верно, когда люди преследуют цели, связанные с избеганием, а не достижением чего-то (см. главу 6). Цель достижения чего-то предполагает стремление к положительному результату, например: “Я хочу лечь спать пораньше сегодня вечером, чтобы чувствовать себя в форме завтра утром”. Цель избегания заключается в уклонении от негативного результата: “Я не хочу поздно ложиться спать сегодня вечером, потому что не хочу завтра утром быть сонным на работе”. Было обнаружено, что люди предпочитают страх, когда преследуют цели избегания. Несмотря на неприятность страха, люди, по-видимому, осознают, что это поможет им преуспеть в чем-то.

Снижение уровня насилия

Эта глава начиналась с замечания о том, что человеческая история “написана кровью”. Однако хорошей новостью является то, что насилие на протяжении истории шло на спад. Несмотря на постоянный поток новостей о войне, преступности и терроризме, насилие всех видов сокращается. Варварские практики, человеческие жертвоприношения, пытки, казни и рабство были отменены; уровень смертности от войн и убийств резко снизился; а жестокость по отношению к меньшинствам, женщинам, детям и животным неуклонно снижается. Это снижение не было плавным, оно не свело жестокость к нулю, и нет гарантий, что оно продолжится. Но это безошибочное развитие, заметное в масштабах, охватывающих тысячелетия или всего несколько лет, и проявляющееся в самых разных явлениях — от ведения войны до порки детей. Несмотря на то что сама идея вызывает скептицизм, недоверчивость, а иногда и гнев, сегодня мы, возможно, живем в самую мирную эпоху за всю историю существования нашего вида. Зная, что что-то привело к снижению уровня насилия, мы можем посмотреть не только на то, что делали *неправильно*, но и на то, что было *правильно*. Вместо вопроса “Почему идет война?” мы могли бы спросить: “Почему существует мир?” [Pinker, 2012]. В следующей главе мы рассмотрим проблему травмы с аналогичной позитивной точки зрения.

Резюме

- Описано понятие посттравматического стрессового расстройства.
- Развенчано несколько мифов о стрессе и травме; один из них заключается в том, что стресс и травма имеют только негативные последствия, включая негативный аффект.
- Исследования показали одновременное возникновение положительного и отрицательного аффекта во время хронического стресса, причем положительный аффект выполняет адаптивные функции.
- Уравновешивание положительного и отрицательного аффектов облегчает страдания и укрепляет благополучие.
- Негативный аффект может быть стратегией достижения определенных типов целей.

Посттравматический успех

Древнегреческий философ Эпиктет (55–135 гг. н.э.) сказал: “Важно не то, что с вами происходит, а то, как вы на это реагируете”. Результаты нескольких исследований показывают, что травмы не обязательно все разрушают и что большинство людей жизнестойки: они выздоравливают и продолжают расти после травмы. Жизнестойкость как стабильная траектория здорового функционирования является наиболее распространенным результатом после травмирующего события [Bonanno, Rennie, & Dekel, 2005]. За счет понимания и акцента на источниках выздоровления, жизнестойкости и посттравматического роста с упором на надежду и оптимизм в качестве поддерживающих элементов терапевты способствуют позитивному развитию клиентов, чего достичь очень трудно, если сосредоточиться только на том, что с клиентами не так. В главе 1 уже говорилось, что многие терапевты стали патологизаторами и виктимологами. Акцент на патологии породил несколько мифов о психических заболеваниях и травмах. Но если человека спросить: “Трудное детство сделало вас сильнее или слабее?”, скорее всего, он ответит, что действительно стал сильнее. Широко известна цитата Ницше: “Что нас не убивает, делает нас сильнее”.

В этой главе мы рассмотрим концепцию *посттравматического успеха* [Bartnick, 2008a], включая теорию и исследование трех его компонентов (Три R): *выздоровление* (recovery), *жизнестойкость* (resilience) и *улучшение* (enrichment). Приведенные примеры касаются горя и жизнестойкости, а также жизнестойкости мозга и тела.

Выздоровление означает, что человек в итоге возвращается к уровню функционирования до травмы после значительных проявлений симптомов или ПТСР.

Жизнестойкость, или *резилентность*, означает, что человек сохраняет стабильное равновесие перед лицом неблагоприятных событий. Он быстро возвращается к обычному функционированию после сильного стресса или травматического переживания [O'Leary & Ickovics, 1995].

Улучшение, или *посттравматический рост*, означает, что человек в итоге достигает более высокого уровня психологического функционирования по сравнению со временем до негативного события. Речь идет о позитивных изменениях в результате борьбы с травмирующим событием [Calhoun & Tedeschi, 2000]. Другими словами, это опыт преобразующий; он представляет собой *усовершенствованное вследствие борьбы* состояние. Другие описания этого общего конструкта включают *процветание* [O'Leary & Ickovics, 1995], *рост в результате стресса* [Park, Cohen, & Murch, 1996], *предполагаемые выгоды* [McMillen, Smith, & Fisher, 1997] и *состязательный рост* [Linley & Joseph, 2004; Bohlmeijer & Bannink, 2013].

Посттравматическая победа

У большинства людей, переживших травму, ПТСР не развивается. Поскольку ранние исследования травм были сосредоточены исключительно на людях, обращающихся за лечением, исследователи недооценили потенциал человеческой жизнестойкости. До недавнего времени жизнестойкость считалась исключением или, что еще хуже, патологическим состоянием, в котором человек не «прорабатывает» свою проблему. Согласно данным Селигмана [Seligman, 2011] существует колоколообразное распределение человеческой реакции на серьезные невзгоды. Крайняя уязвимость является патологией: депрессия, тревога, злоупотребление психоактивными веществами, самоубийства и ПСТР. Но человеческий вид эволюционировал на протяжении тысячелетий травм, и гораздо чаще встречается другая реакция — *жизнестойкость*, т.е. относительно короткий эпизод депрессии и тревоги, за которым следует возвращение к прежнему уровню функционирования.

И все же многие люди испытывают сильную депрессию и беспокойство после серьезных невзгод, часто до уровня ПТСР, а затем *выздоровливают*, и их состояние *улучшается*. В результате они достигают более высокого уровня психологического функционирования, чем раньше. Это называется *посттравматическим ростом* (ПТР). Например, Терри Уайт, посланник англиканской церкви, отправился в Ливан, чтобы попы-

таться договориться об освобождении четырех заложников. Его самого поместили в одиночную камеру, где он и пробыл с 1989 по 1991 гг. Уайт утверждал, что страдание универсально. Но у него возникло искушение ниспровергнуть и лишить его разрушительного, негативного эффекта. Уайт смог обратить его в творческую, позитивную силу.

Таким образом, только у сравнительно небольшого количества людей будет развиваться ПТСР, и с течением времени симптомы исчезнут примерно у двух третей [McFarlane & Yehuda, 1996]. Эпидемиологические исследования распространенности ПТСР среди населения, подвергшегося травмам, показали, что выздоровление и жизнестойкость — норма, а не исключение. Исследование данных Национального обследования коморбидности (NCS) показало, что, хотя 50–60% населения США в какой-то момент подвергаются травмам, только около 8% полностью соответствуют критериям ПТСР [Kessler, Sonnega, Bromet, Higher, & Nelson, 1995].

Связь между выздоровлением, жизнестойкостью и посттравматическим ростом сложна. Восстановление отличается от жизнестойкости, и жизнестойкость встречается даже чаще, чем восстановление [Bonanno, 2004]. Некоторые исследователи предполагают, что ПТР — это своего рода жизнестойкость, в то время как другие считают: жизнестойкость играет важную роль в развитии ПТР [Lepore & Revenson, 2006]. Третьи концептуализируют сложную взаимосвязь ПТР и жизнестойкости [Tedeschi & McNally, 2011]. Исследования показали обратную зависимость между ПТР и жизнестойкостью, когда люди с высокой жизнестойкостью демонстрируют меньше ПТР [Tedeschi & McNally, 2011]. Другими словами, по мере увеличения ПТР жизнестойкость человека снижается, а по мере уменьшения ПТР жизнестойкость человека возрастает. В первом случае люди обладают более сильными навыками совладания и с меньшей вероятностью будут бороться с психологическими последствиями травмы, но у них также меньше шансов для перемен, вытекающих из эмоциональной борьбы с травмой.

Жизнестойкость находится в обратной зависимости от “Отношения к другим” (одна из подшкал ПТР-1). Это означает, что более жизнестойкие люди с меньшей вероятностью будут испытывать значительную близость с другими, особенно значимыми людьми, или развивать большее сострадание и сопереживание. Вопреки явным преимуществам жизнестойкость не побудит человека быть более чутким и сострадательным по отношению к другим людям с похожим опытом или испытывать большее чувство близости к тем, с кем он тесно связан в трудные времена.

Мое определение *посттравматического успеха* (спасибо моему коллеге Биллу О'Хэнлону за введение этого термина) подразумевает выздоровление после значительного проявления симптомов (вместе с ПТСР), а также жизнестойкость и посттравматический рост, поскольку я рассматриваю все эти три элемента как формы посттравматического успеха.

Чтобы прояснить разницу между *выздоровлением*, *ростом* и *жизнестойкостью*, используйте шкалу психологического благополучия от -10 до +10 (рис. 2.1). Балл -10 указывает на наихудшую возможную психологическую ситуацию, в то время как +10 — это идеальное личное процветание. Для человека, который начинал с 0 до травмирующего события, *выздоровление* означает, что травмирующее событие привело к тому, что он опустился значительно ниже 0, но затем поднялся по шкале, например, с -8 до -2 или даже обратно до 0. *Посттравматический рост* означает, что человек переходит, например, с -8 на +2 и выше, функционируя на более высоком психологическом уровне, чем до травмы. *Жизнестойкость* означает, что человек может временно перейти, например, к -1 или -2, но быстро вернуться к 0 или даже +1.



Рис. 2.1. Шкала психологического благополучия

Терапевты обычно принимают клиентов с (симптомами) ПТСР, у которых довольно низкий балл по шкале, а не жизнестойких людей. Подробнее о шкале мы поговорим в главе 6.

Выздоровление

Выздоровление означает восстановление после патологии или возвращение к нормальному, прежнему состоянию.

Термин *выздоровление* обозначает траекторию, когда нормальное функционирование временно уступает место (под)пороговой психопатологии (например, симптомам депрессии или ПТСР), обычно на период не менее нескольких месяцев, а затем постепенно возвращается. Полное выздоровление может наступить относительно быстро или занять от одного до нескольких лет. Термин происходит от медицинской модели лечения, целью которого является ослабление — или, что еще лучше, исчезновение — симптомов.

Многие авторы выделяют уровни функционирования. Совладание предположительно приводит либо к гомеостатической функции, т.е. выздоровлению, либо это процесс трансформации, заканчивающийся положительными (рост) или отрицательными изменениями (отсутствие выздоровления или частичное выздоровление) [Aldwin, 1994]. Была разработана модель [Carver, 1998] четырех различных уровней функционирования после негативного события:

- 1) подчинение;
- 2) выживание с ухудшившейся способностью функционировать (частичное восстановление);
- 3) возвращение к прежнему уровню функционирования;
- 4) выздоровление до более высокого уровня функционирования (рост).

Когда наступают позитивные изменения после негативного события или повышается уровень функционирования, концепция *процветания* выходит на первый план. Это состояние было описано как способность выходить за рамки первоначального психосоциального уровня функционирования, расти и становиться как умственно, так и физически энергичными, буквально “цвести” [O’Leary & Ickovics, 1995]. Считается, что человек реагирует на негативное событие одним из трех способов:

- 1) выживание;
- 2) выздоровление до прежнего уровня;
- 3) достижение более высокого уровня по сравнению с состоянием до травмы (процветание).

Переживание человеком стресса в высшей степени субъективно. Реакцию индивида на негативное событие определяют такие механизмы, как соотношение позитивного и негативного аффекта, интеллектуальные способности, готовность идти на личный риск, гибкость и социальная поддержка.

Большинство традиционных, т.е. ориентированных на решение проблем, методов терапии направлены на выздоровление, а не на рост: с их помощью облегчают симптомы ПТСР, чтобы клиенты справились с пережитой травмой. Среди этих методов лечения — КПТ, десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR) и терапия, основанная на осознанности [Bannink, 2012a]. Вместо избегания травмы и любых напоминаний

о ней, эти процедуры придают клиентам смелость активировать ресурсы, чтобы обрести силу, вспомнить и обработать эмоции и ощущения, испытанные во время негативного события. В дополнение к выходу сдерживаемых негативных эмоций с помощью терапии клиенты восстанавливают чувство контроля и уменьшают влияние воспоминаний о травме на свою жизнь. В ходе этих процедур исследуются мысли и чувства по поводу травмы; прорабатывается чувство вины, самообвинения и недоверия; клиенты учатся справляться с навязчивыми воспоминаниями и контролировать их, а также решать проблемы в своей жизни и отношениях.

Вследствие метаанализа относительной эффективности психотерапии ученые сделали вывод, что “несмотря на убедительные доказательства эффективности психотерапии по сравнению с отсутствием лечения или контроля общих факторов, качественная психотерапия приносит эквивалентную пользу клиентам с ПТСР” [Benish, Imel, & Wampold, 2008]. Но как станет ясно из этой книги, существуют и другие подходы, которые (в большей степени) ориентированы на решение, чем на проблему. Используя эти методы, терапевты активно избегают возвращения негативных чувств клиентов, связанных с травмой, и вместо этого фокусируются на желаемом будущем и позитивных переживаниях.

Жизнестойкость

Жизнестойкие люди преодолевают невзгоды с целью сохранить свое благополучие. Этот термин объединяет психологические процессы, посредством которых люди используют свои сильные стороны для адаптации к вызовам. Английское *resilience* (жизнестойкость) происходит от латинского *resilio* и означает “я возвращаюсь в норму”. Понятие определяет способность выживать и проявлять настойчивость перед лицом различных препятствий и угроз. Это способность людей, которые в обычных обстоятельствах подвергаются воздействию потенциально крайне разрушительного события, такого как смерть близкого родственника или ситуация, связанная с насилием либо угрожающая жизни, поддерживать относительно стабильный, здоровый уровень психологического и физического функционирования, а также приумножать положительные переживания и эмоции [Bonanno, 2004]. Здесь жизнестойкость противопоставлена более традиционному пути восстановления, характеризующемуся легко наблюдаемым усилением психологических симптомов,

которые сохраняются по крайней мере в течение нескольких месяцев, прежде чем постепенно вернуться к исходному уровню до травмы.

Интересно, что, хотя жизнестойкие люди могут испытывать некоторую кратковременную дисрегуляцию и изменчивость в своем эмоциональном и физическом благополучии, их реакции на потенциально травмирующее событие, как правило, кратковременны и не препятствуют функционированию. Жизнестойкие люди, подвергшиеся воздействию, сообщают о незначительных психологических симптомах или вообще не сообщают о них. Они в силах продолжать выполнять личные и социальные обязанности и осваивать новые задачи и опыт.

Исследуя тенденции вероятной распространенности ПТСР среди населения Нью-Йорка в целом в первые шесть месяцев после террористических атак 11 сентября, ученые обнаружили, что распространенность вероятного ПТСР снизилась с 7,5% через месяц после нападения до 0,6% через шесть месяцев после происшествия [Galea et al., 2003]. Эти данные свидетельствуют о быстром разрешении большинства вероятных симптомов ПТСР у населения Нью-Йорка в целом в течение первых шести месяцев после трагедии.

Пример 1. Мне помогают дети

Один коллега объяснил мне, как он работал с военными во время психотерапии. Когда он спрашивал солдат, что помогло им выжить, наиболее распространенным ответом было: "Мои дети. Благодаря им я выжил".

Затем мой коллега расспрашивал о том, насколько важны дети, и призывал солдат объяснить максимально конкретно, как мысли о детях укрепляли волю к жизни и способствовали жизнестойкости.

Существует два важных различия: одно между *жизнестойкостью* и *ресурсами* и другое между *жизнестойкостью* и *выздоровлением*. Ресурсы относятся к качествам человека (например, способность справляться с ситуацией) или таким защитным обстоятельствам, как поддерживающий партнер [Masten, 2001]. *Жизнестойкость* относится к процессам, посредством которых эти ресурсы позволяют адаптироваться в *трудные времена*, т.е. как только терапевт помогает клиенту выявить ресурсы, они становятся частью концепции жизнестойкости человека.

Как известно, жизнестойкость также отличается от выздоровления. Второе обозначает траекторию, при которой нормальное функциониро-

вание временно уступает место (под)пороговой психопатологии, обычно на несколько месяцев или даже лет, а затем постепенно возвращается к уровню, предшествовавшему событию [Wopanno, 2004]. Напротив, жизнестойкость отражает способность поддерживать стабильное равновесие. Еще одно различие заключается в том, что жизнестойкость — это нечто большее, чем простое отсутствие психопатологии. Выздоровливающие люди часто испытывают (под)пороговый уровень симптомов. Жизнестойкие могут испытывать временные нарушения в нормальном функционировании (например, несколько недель спорадической озабоченности или беспокойного сна), но в целом демонстрируют стабильную траекторию здорового функционирования, а также способность к приумножению положительных эмоций.

Упражнение 2. РАСПОЗНАТЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ

Задайте своим клиентам два вопроса.

1. Как вы заметите, что ведете себя стойко во время или после негативного события?
2. Как другие заметят, что вы ведете себя стойко во время или после негативного события?

Основоположником теории жизнестойкости был Норман Гармези [Garmezy & Streitman, 1974], который в 1970-х начал задаваться вопросом, почему у некоторых детей родителей-шизофреников дела обстоят лучше, чем у других. Энн Местен присоединилась к Гармези для проекта, рассчитанного более чем на два десятилетия. Исследование [Masten, 1989] показало, что дети с родителями-шизофрениками не получают утешительного ухода по сравнению с детьми со здоровыми родителями, что оказывает влияние на развитие ребенка. Однако некоторые дети больных родителей преуспевали, что побудило исследователей подробнее остановиться на таких реакциях на невзгоды. В то время как дети со средним или выше среднего уровнем интеллекта с большей вероятностью проявляли жизнестойкость, исследователи отметили, что хорошие отношения со взрослыми могут оказывать смягчающий эффект, который был таким же мощным, если не более, чем последствия невзгод.

Ранние исследования жизнестойкости были посвящены защитным факторам, объясняющим адаптацию людей к неблагоприятным условиям, таким как жестокое обращение, катастрофические жизненные собы-

тия и бедность. Затем фокус эмпирической работы сместился на понимание защитных процессов и исследование того, как некоторые факторы способствуют положительным результатам.

Американская психологическая ассоциация (АРА) описала “Десять способов повысить жизнестойкость”. К этим стратегиям мы не раз еще вернемся.

1. *Налаживайте связи.* Важны хорошие отношения с членами семьи, друзьями и другими близкими (см. главу 11). Принятие помощи и поддержки от тех, кто заботится о вас и готов выслушать, укрепляет жизнестойкость. Некоторые люди считают, что активность в гражданских, религиозных организациях и прочих группах обеспечивает социальную поддержку и обнадеживает. Помощь другим в трудную минуту также может принести пользу оказывающему ее.
2. *Не воспринимайте кризисы как непреодолимые проблемы.* Нельзя изменить тот факт, что происходят стрессовые события, но можно изменить способ их интерпретации и реакции на них (см. главы 5 и 7). Попробуйте заглянуть за пределы настоящего и подумать о том, как будущие обстоятельства могут быть немного лучше. Отметьте любые способы, позволяющие чувствовать себя немного лучше и справляться с трудными ситуациями.
3. *Примите тот факт, что перемены — это часть жизни.* Определенные цели недостижимы в результате неблагоприятных ситуаций. Принятие обстоятельств, которые нельзя изменить, поможет сосредоточиться на обстоятельствах, которые изменить возможно (см. главу 6).
4. *Двигайтесь к целям.* Разработайте несколько реалистичных целей (см. главу 5). Делайте что-нибудь регулярно. Любая мелочь позволяет вам двигаться к своим целям. Вместо того чтобы сосредотачиваться на задачах, которые кажутся недостижимыми, спросите себя: “Что из того, что, насколько мне известно, я могу сделать сегодня, продвинет меня в нужном направлении?”
5. *Предпринимайте решительные действия.* Действуйте в неблагоприятных ситуациях максимально эффективно. Предпринимайте решительные действия, вместо того чтобы полностью отстраняться от проблем и стрессов и желать, чтобы они просто исчезли (см. главу 7).

6. *Ищите возможности для самопознания.* Люди часто узнают что-то о себе, видя, как выросли в каком-то отношении в результате борьбы с потерей. Многие пережившие трагедии и трудности люди заявляли об улучшении отношений, большем чувстве силы даже в моменты уязвимости, возросшем чувстве собственного достоинства, более развитой духовности и повышенной осознанности к жизни.
7. *Развивайте позитивное видение себя.* Уверенность в своей способности решать проблемы и доверие к инстинктам повышают жизнестойкость (см. главу 6).
8. *Смотрите на все в перспективе.* Даже сталкиваясь с болезненными событиями, старайтесь рассматривать стрессовую ситуацию в более широком контексте и сохранять долгосрочную перспективу. Избегайте чрезмерного раздувания события (см. главу 7).
9. *Сохраняйте оптимистичный взгляд на вещи.* Оптимизм укрепляет веру в хорошее. Попробуйте визуализировать то, что хотите, вместо того чтобы беспокоиться о том, чего боитесь (см. главу 4).
10. *Позаботьтесь о себе.* Обратите внимание на свои потребности и ощущения. Занимайтесь тем, что нравится и что находите расслабляющим. Регулярно занимайтесь спортом. Забота о себе помогает поддерживать разум и тело в тонусе, чтобы справляться с ситуациями, требующими стойкости (см. главы 6 и 7).

Есть еще много способов повысить жизненную стойкость. Например, некоторые люди пишут о своих глубочайших мыслях и чувствах, связанных с пережитой ими травмой или стрессовыми событиями в их жизни. Медитация и духовные практики укрепляют связи и восстанавливают надежду. Главное — определить способы, которые с наибольшей долей вероятности будут эффективны для конкретного клиента в рамках его личной стратегии повышения жизнестойкости.

С точки зрения, ориентированной на решение, хороший способ изучить этот вопрос — выявить колебания в восприятии проблемы: подробно расспросите клиентов о случаях, когда они не сталкивались с проблемой, хотя ожидали, что это произойдет (или испытывали ее в меньшей степени, чем ожидалось); выясните, что происходит, когда проблема заканчивается или начинает исчезать; и спросите, почему проблема не усугубляется (см. главы 3 и 6). Еще полезно искать истории успеха в про-

шлом. Как клиент смог выжить или найти защиту? Отстраненность от негативных прошлых поступков и чувство связи с позитивными прошлыми действиями позволят благоприятно взглянуть на себя настоящего [Ross & Wilson, 2002].

Улучшения, или Посттравматический рост

В последние годы психологи проявляют все больший интерес к позитивным изменениям в жизни, сопровождающим очень стрессовые события, такие как диагностирование хронического или неизлечимого заболевания, потеря любимого человека, наблюдение за чужими страданиями и смертью или сексуальное насилие. Это явление было названо *поиском преимуществ, ростом, связанным со стрессом, посттравматическим ростом* [Park & Helgeson, 2006] или *улучшениями* [Bannink, 2014].

В литературе описаны случаи ПТР во многих различных областях травмы и стресса, включая болезни, тяжелую утрату, стихийные бедствия, сексуальное насилие, военные действия и террористические атаки. ПТР — прямая противоположность ПТСР, при котором люди не находят никакой пользы от своей травмы — только боль и тревогу [Haidt, 2006]. Однако сначала могут проявиться некоторые симптомы или какая-то форма ПТСР, а затем возникнет ПТР; ПТР не бывает без травматизации.

Все чаще становятся доступными лонгитюдные исследования, проясняющие, какие факторы приводят к позитивным изменениям. В исследовании 206 клиентов, перенесших рак в течение длительного времени [Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010], было выявлено: чем больше эмоциональной поддержки было получено через три месяца после диагностирования, тем сильнее ощущались положительные последствия через восемь лет после постановки диагноза.

Интересно, что люди, сообщающие о позитивных изменениях, с меньшей вероятностью столкнутся с посттравматическим стрессом через шесть месяцев после травмы [Linley, Joseph, & Goodfellow, 2008]. Исследователи попросили 171 жертву изнасилования ответить на специально разработанные вопросы, чтобы измерить положительные изменения через две недели после нападения, затем через два, шесть и двенадцать месяцев [Frazier, Steward, & Mortensen, 2004]. Это исследование позволило увидеть, как позитивные изменения связаны с самочувствием с течением времени. Были созданы четыре группы сообщивших о:

- 1) незначительных позитивных изменениях через две недели и значительных — через двенадцать месяцев (группа состоявшихся положительных изменений);
- 2) значительных позитивных изменениях через две недели и незначительных — через двенадцать месяцев (группа несостоявшихся положительных изменений);
- 3) незначительных позитивных изменениях в оба момента времени (группа полного отсутствия положительных изменений);
- 4) значительных позитивных изменениях в оба момента времени (группа абсолютных положительных изменений).

Результаты показали, что люди из четвертой группы показали наилучшие результаты, продемонстрировав самый низкий уровень депрессии и посттравматического стресса.

В другом исследовании выяснилось, что пациенты с сердечным приступом, которые почувствовали преимущества сразу после своего первого приступа, снизили статистику рецидивов и заболеваемости восемь лет спустя. Пациенты с гепатомой (раком печени), имеющие более высокие показатели положительных изменений, прожили на 186 дней дольше, чем их сверстники с более низкими показателями, благодаря более высокому содержанию лейкоцитов в периферической крови [Dunigan, Carr, & Steel, 2007].

Исследователи подчеркивают социально-экономическую необходимость проведения исследований, объясняющих, почему некоторые люди оправляются от травмы и способны процветать. Выявление и понимание факторов, лежащих в основе этой способности, может дать ряд преимуществ в сфере здравоохранения [Carver, 1998].

Области роста

В какой-то момент люди, пережившие травму, обретают способность к *метапознанию*, или рефлексии относительно событий своей жизни, замечая, что пытались кардинально изменить понимание себя и своей жизни. Затем это становится частью их жизненного нарратива. Приходит понимание новых, более изощренных способов справляться с жизненными событиями. Вот полезный вопрос для терапевта: “Что указывает вам на вашу способность расти и эволюционировать в трудных ситуациях?”

Есть пять конкретных областей роста, которые часто проистекают из невзгод:

- 1) новая оценка жизни;
- 2) прибавление силы;
- 3) способность выявлять новые возможности в жизни и действовать в соответствии с ними;
- 4) улучшение межличностных отношений;
- 5) духовное совершенствование.

Имеются данные, подтверждающие это. Только в одном примере 61,1% летчиков, которые в течение многих лет находились в заключении и подвергались пыткам в Северном Вьетнаме, заявили, что пережитое испытание принесло им психологическую пользу. Более того, чем серьезнее их терапия, тем больше ПТР. “Это не означает, что мы празднуем саму травму; мы должны максимально использовать тот факт, что травма часто создает почву для роста, и нужно рассказывать другим об условиях, когда такой рост, скорее всего, произойдет” [Seligman, 2011, p. 161].

В ходе обзора качественной литературы (57 опубликованных журнальных статей) о ПТР и угрожающих жизни физических заболеваниях исследователи [Hefferon, Grealy, & Mutrie, 2009] сформулировали четыре темы:

- 1) переоценка жизни и приоритетов;
- 2) травма, вызывающая развитие “я”;
- 3) переоценка существования;
- 4) новое осознание своего тела.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в ПТР, основанном на болезни, есть уникальные элементы, а также указывают на необходимость дополнительных исследований процессов и исходов физической травмы [Bohlmeijer & Bannink, 2013].

Посттравматический рост отличается от религиозной практики. Религиозная деятельность (например, обращение к религии, молитва) как механизм совладания связана с “Духовными изменениями” (см. ниже), а не с каким-то из четырех измерений. Предполагается, что посттравматический рост характеризует область существования, которая не ограничивается религией или сосуществует с ней [Butler et al., 2005].

Существует методика измерения посттравматического роста [Tedeschi & Calhoun, 2006]. Это инструмент для оценки положительных результатов, о которых сообщают люди, пережившие травмирующие события. Шкала из двадцати одного пункта включает факторы по пяти компонентам:

- 1) новые возможности;
- 2) отношения с другими;
- 3) внутренняя сила;
- 4) духовные изменения;
- 5) признательность за жизнь.

Женщины сообщают о большем количестве преимуществ, чем мужчины, а люди, пережившие травмирующие события, заявляют о значительных позитивных изменениях по сравнению с теми, кто не пережил ничего экстраординарного. Шкала полезна для определения того, насколько успешно люди, справляющиеся с последствиями травмы, изменили или укрепили свои представления о себе, других людях и значении событий. Существует также детская версия.

Пример 2. Цитаты выживших о посттравматическом росте

Ниже приведены несколько цитат, взятых из надежного исследования взрослых, переживших сексуальное, эмоциональное и физическое насилие [Woodward & Joseph, 2003, pp. 278-279].

- Я научилась ценить то, что у меня есть: любящего мужа и троих детей, с которыми у меня теплые, крепкие отношения.
- Бывают моменты, когда я жалею, что не могу вернуться во времена меньшей осознанности, своего рода блаженного неведения. Но с возросшим самосознанием я глубже чувствую мир: хорошее и плохое, радость и печаль и т.п. Без этого меня бы сейчас не было.
- Я сполна наслаждаюсь каждым днем, больше не беспокоюсь о глупостях, и если для меня что-то важно, я прилагаю для этого усилия. Теперь мне ясно, что какой бы несправедливой ни была смерть Р., это часть жизни.

Пример 3. Посттравматический успех

“Важнее всего наше отношение к страданию, когда мы принимаем наши страдания на себя” [Frankl, 1963, p. 178]. Виктора Франкла часто приводят в качестве примера посттравматического успеха. О своем пре-

бывании в немецком концлагере он сказал, что заключенный, который больше не верил в будущее — в свое будущее, — был обречен. Франкл описал инцидент, когда он, замерзший и голодный, шел пошатываясь в колонне заключенных, направляясь в рабочую зону. Он заставил себя подумать о чем-нибудь другом. Внезапно он увидел себя стоящим на сцене и читающим лекцию о психологии лагерной системы. Так ему удалось подняться над сиюминутными страданиями и взглянуть на мучения, будто они уже были в прошлом. Сосредоточенность на будущем спасла его в тот момент. Видение будущего даже стало реальностью, поскольку после войны он провел много успешных лекционных туров. В своей логотерапии Франкл объяснил, что смысл страдания заключается в самой стойкости: хитрость состоит в том, чтобы как можно лучше справляться с трудностями, с которыми мы сталкиваемся в жизни.

История 5. Способность к всестороннему росту

Процветание предполагает либо ПТР (посттравматический рост), либо ПЭР (постэкстатический рост). Второе определяется как рост благодаря позитивным жизненным событиям. Еще есть концепция *способности к всестороннему росту* (comprehensive growth ability, CGA) [Mangelsdorf, 2013] — новая структура, объединяющая концепции посттравматического и постэкстатического роста. Согласно этой модели люди, которые с большей вероятностью переживут посттравматический рост, также с большей вероятностью испытают постэкстатический рост.

CGA — это характерная способность процветать как после травмирующих, так и после позитивных жизненных событий. Контрфактуальное мышление, которое играет роль смыслообразования в процессах роста, частично опосредует влияние события на рост. Непосредственный эффект события сдерживается позитивными отношениями и преобладанием положительных эмоций. Объединяя посттравматический и постэкстатический рост, CGA предлагает новое понимание позитивного человеческого развития. Развитие мышления, противоречащего фактам, усиление положительных эмоций и помощь людям в укреплении надежных отношений повышают вероятность их процветания, каким бы ни был их жизненный путь.

Предостережения

Взаимосвязь между симптомами травмы и ростом пока неясна. Недавнее исследование ВИЧ-инфицированных женщин, подвергшихся сексуальному насилию в детстве, показало, что чем серьезнее прошлая травма, тем больше улучшений наблюдается в рамках программы вмешательства,

направленной на облегчение психологических страданий [Chi et al., 2013]. Женщины с более серьезным сексуальным насилием показали наибольшее общее ослабление симптомов депрессии, посттравматического стресса и тревоги. На первый взгляд, это удивительно, поскольку можно было бы предположить, что при большей травме симптомы тяжелее. Объяснить это можно тем, что, чем серьезнее травма, тем серьезнее симптомы и тем больше изменений возможно при возвращении к нормальному уровню функционирования.

Однако существуют также исследования, указывающие на то, что умеренный уровень травматизации имеет наиболее сильную связь с ПТР [Butler et al., 2005]. В некоторых случаях была отмечена взаимосвязь между симптомами травмы и ростом, при этом о более высоком росте сообщают те, у кого средний уровень воздействия или симптомов, что позволяет предположить, что может существовать целый ряд травматических переживаний, наиболее способствующих росту. Это может быть связано с жизненными событиями, которые нарушают психологическое равновесие в достаточной степени, чтобы вызвать когнитивную реорганизацию, но не настолько, чтобы подорвать или подавить способность человека к адаптации.

Еще одним вопросом, который необходимо прояснить, является различие между ПТР как процессом и ПТР как результатом. В литературе не рассматриваются различия между ПТР как процессом и ПТР как результатом, что может повлиять на исследования ПТР. (Например, если ПТР считать результатом, правильно ли связывать его с другими последствиями травмы, такими как благополучие?) Возможно, конструкты, возникающие в свете травмы (такие, как рост и депрессия), не обязательно полярно противоположны. Скорее, их можно рассматривать как независимые измерения благополучия. Нужны дальнейшие исследования.

Было предложено несколько важных предостережений в отношении ПТР [Tedeschi & Calhoun, 2004]. ПТР возникает в контексте страдания и психологической борьбы. Нацеленность на рост не должна осуществляться в ущерб сопереживанию боли и страданиям. На самом деле ПТР и симптомы ПТСР могут сосуществовать. Посттравматический рост возникает в результате борьбы совладания, а не из-за самой травмы, которая никоим образом не является хорошей и нежелательной. Также травма не является необходимой для роста, универсальной или неизбежной.

Есть значительное число людей, которые испытывают несущественный рост или вообще не испытывают его в ходе борьбы с травмой, и это должно быть вполне приемлемо.

Подводя итог, можно сказать, что идея ПТР стала одной из самых захватывающих тем в современной психологии, поскольку она меняет представление о психологической травме. Психологи и психиатры начинают осознавать, что посттравматический стресс, возникший после травмы, не всегда указывает на расстройство. Вместо этого посттравматический стресс может сигнализировать о том, что человек переживает нормальную, естественную эмоциональную борьбу за то, чтобы перестроить свою жизнь и осмыслить произошедшее. Например, в отличие от патологического отрицания, характеризующегося незначительным пониманием или полным его отсутствием, здоровое отрицание [Druss & Douglas, 1988] на ранней стадии адаптации подводит к окончательной ассимиляции события. К сожалению, часто в жизни происходит трагическое событие, прежде чем удастся что-то поменять. Выжившим и процветающим людям есть чему научить тех из нас, кто не пережил подобных травм.

История 6. Разбитая ваза

Метафора разбитой вазы часто используется в терапии людей, переживших травму. Посттравматический рост подразумевает восстановление разрушенного мира. Представьте, что однажды вы случайно опрокидываете ценную вазу. Она разлетается на мелкие кусочки. Что делать? Вы пытаетесь собрать вазу заново? Такой, какой она была? Или собираете осколки и выбрасываете все в мусорное ведро, считая вазу утерянной? Или же подбираете красивые кусочки и используете их для создания чего-то нового — например, красочной мозаики? Когда обрушиваются невзгоды, люди часто чувствуют, что по крайней мере какая-то их часть — их взгляд на мир, самоощущение, взаимоотношения — была уничтожена. Те, кто пытается вернуть свою жизнь в прежнее русло, остаются разбитыми и уязвимыми. Но те, кто принимают случившееся и строят себя заново, становятся более жизнестойкими и открытыми для нового образа жизни.

Эти изменения не обязательно означают, что человек будет полностью свободен от горя, воспоминаний о том, что произошло, или других форм дистресса. Но есть шанс, что он проживет жизнь более осмысленно после случившегося.

Горе и жизнестойкость

Когда разбитое сердце становится психическим расстройством? Горе — это естественная реакция на потерю. Человек эмоционально страдает, когда у него отнимают что-то или кого-то, кого он любит. Горе, связанное со смертью, знакомо многим, но можно на протяжении всей своей жизни горевать в связи с различными потерями (например, безработица, плохое состояние здоровья или разрыв отношений).

Помимо негативных последствий, часто возникают и положительные. Люди обычно говорят, что одним из приобретений вследствие понесенной потери является *пробуждение*. Жизненные приоритеты претерпели изменения. Теперь все дело не в достижении успеха на работе, а в том, чтобы беречь и улучшать отношения с близкими. Люди также упоминают, что они больше живут настоящим и не так озабочены прошлым или будущим. Радоваться солнечному дню, восхищаться красотой природы и наслаждаться хорошей компанией с приятными людьми становится все важнее. В теории совладания утверждается, что оценка своей жизнестойкости после неудачи или переосмысление смысла жизни и важности отношений со значимыми людьми предотвращает чувство потери и беспомощности. Это, в свою очередь, ведет к восприятию значимости существования, что связано с чувством благополучия и самоуважения. Травмирующий инцидент или потеря любимых также могут обеспечить развитие в жизни, ведь человек должен иногда принять новую роль, например вдовы или главы семьи.

Опрашивая людей после тяжелой утраты в промежутках между 6, 13 и 18 месяцами после происшествия, исследователи выяснили, что люди, которые через шесть месяцев могли сообщить о чем-то позитивном, испытывали меньше страха и депрессии по сравнению с людьми, которые не испытывали ничего позитивного [Nolen-Hoeksema, 2000]. Исследование показывает, что вопрос не в том, сколько положительных вещей кто-то может обнаружить, а в том, может ли человек вообще найти что-либо положительное.

Анализ механизмов совладания с утратой показал: находящие что-то позитивное, используют другие стили совладания, чем те, кто этого не делают. Первые из всех сил стараются найти что-то хорошее, ищут больше поддержки, больше выражают свои эмоции и активно ищут утешения и отвлечения.

Несмотря на то что потеря близкого человека может быть очень тяжелым переживанием, другое исследование [Nolen-Hoeksema & Davis, 2005] показало: большинство людей, понесших тяжелую утрату, находят что-то позитивное в своих переживаниях потери. Общие позитивные темы включают ощущение личностного роста и изменения личности, осознание своих сильных сторон, изменение приоритетов и жизненных целей, большую признательность за отношения и меньше страха смерти. Обнаружилась тесная связь между оптимизмом и обретением значимости в жизни после потери. Люди с позитивными ожиданиями — оптимисты — активно ищут способы превратить плохие времена в хорошие. Они активно исследуют позитивные способы взглянуть на ситуацию. И чем больше они будут этим заниматься, тем больше у них шансов найти что-то позитивное. В свою очередь, люди, которые находят что-то положительное в своих потерях, демонстрируют лучшую психологическую адаптацию к потере как вскоре после трагического события, так и спустя долгое время после него.

Исследования также показывают: люди, которые могут переживать что-то воодушевляющее на фоне чувства скорби, выздоравливают гораздо быстрее [Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace, 2006]. Одни, размышляя о своих близких и годах, проведенных вместе, находят удовлетворение в воспоминаниях о чудесных мгновениях, которые они разделили. Другие находят утешение в комфорте и поддержке семьи и друзей. Третьи ищут смысл в жизни благодаря альтруистическим поступкам, самопомощи или волонтерской работе. Что бы это ни было, у вас будет пространство для планов и целей на будущее, благодаря чему продолжается развитие и возрастает творческий потенциал. Вполне возможно, что именно эта позитивность — самый глубокий ресурс во времена кризиса, потому что именно она остановит нисходящую спираль негативных эмоций и приведет все в норму [Fredrickson, 2009].

Делая акцент на восстановлении прежнего уровня функционирования после трагического события, можно упустить из виду истинные изменения, которые происходят со многими людьми, пережившими потерю. Во времена утраты и травмы терапевты должны, признавая боль потери, более четко фокусироваться на положительных эмоциях и открытии нового смысла в жизни. Внимание терапевтов должно быть сосредоточено не только на *возвращении к нормальной жизни*. Вместе со своими клиентами они должны проанализировать связь между положительными эмо-

циями и личностным ростом, чтобы выйти на новые уровни функционирования.

Важно иметь в виду, что никакая терапия не может изменить событий жизни; она может только влиять на их последствия. В отношении потери мы работаем не с самой потерей, а просто с изменением самоощущения клиента и перестройкой его жизни после потери. Вот полезный вопрос: “Представьте, что живете жизнью, в которой все справедливо. Жизнь никак не препятствует вашим отношениям. Как вы поймете это?” Воображение этой картины и попытки воплотить ее в реальность — вот что открывает новые возможности.

История 7. Буддийская притча

Давным-давно в Индии жила женщина по имени Киса. Она встретила мужчину, в которого влюбилась и который тоже ее полюбил. Они поженились, и у них родился сын. Они были очень счастливы. Однако в двухлетнем возрасте мальчик заболел и умер. Мир Кисы рухнул. Ее охватило такое сильное горе, что она полностью отрицала его смерть. Она бродила по округе с мертвым сыном на руках, отчаянно прося у людей лекарство, которое могло бы его вылечить. В конце концов, она нашла путь к Будде и попросила его помочь. Будда сказал с глубоким состраданием: “Да, я помогу тебе, но для этого мне понадобится горсть горчичных зерен”. Когда женщина сказала, что готова на все, чтобы раздобыть семена горчицы, Будда добавил: “Семена должны быть из дома, где никто не потерял своего ребенка, супруга или родителей. Все семена должны быть из дома, в который не заходила смерть”.

Киса искала, но везде ответ был один и тот же: “У нас есть горчичные зерна, но живых нас меньше, чем мертвых”. Каждый потерял отца или мать, жену или мужа, сына или дочь. Киса побывала во многих домах и услышала много истории о потерях. После того как она посетила все дома в деревне, на нее снизошло озарение. Женщина поняла, что никто не застрахован от потерь и горя и что она не одинока. Ее горе превратилось в сострадание к другим скорбящим людям. Тогда она смогла оплакать смерть своего сына и похоронить его [Furman, 1988].

Упражнение 3. НАЙТИ НОВЫЙ СМЫСЛ

Суть этого упражнения — найти новый смысл жизни и позитив после потери близкого человека. Говорят, что лучше любить и потерять, чем никогда не любить, и здесь есть зерно позитива. Сегодня утром один из моих клиентов отменил встречу: его восьмидесятилетняя мать только

что умерла. Он сказал мне, что ему очень грустно, но вместе с тем он испытывает облегчение, ведь она избавилась от страданий, зависимости и сохранила достоинство. Сын находил утешение и в том, что смерть не была ужасной.

Как бы грустно и трудно ни было клиентам поначалу, предложите им открыть для себя что-то положительное в ситуации. Возможно, есть за что быть благодарным. Могло ли все быть хуже? Что такого в их ситуации, что не дает ей стать еще хуже? Исследования показали, что не имеет значения, насколько мал положительный аспект, если люди все же могут его найти. Этот небольшой аспект — семя, из которого берет начало позитив в будущем.

Мозг и стойкость тела

Переживания трансформируют мозг. Появляются хорошие и плохие привычки, фактически меняя структуру мозга и систему вознаграждения. Исследования ранних травм и безнадзорности показали, что серьезные нарушения нервной структуры и функций головного приводят к длительным, обширным последствиям для способности мозга адаптироваться к стрессу. Если определенный паттерн был стимулирован в прошлом, вероятность активации аналогичного фактора в будущем повышается. Если шаблон запускается повторно, вероятность его активации в будущем увеличивается. Повышенная вероятность создается изменениями в синаптических связях внутри сети нейронов. Это называется *правилом Хебба*: одновременно активированные нейроны соединяются. Но нейробиологи обнаружили, что человеческий мозг не остается стабильным до конца жизни, а все время меняется. Образуются новые связи, и некоторые области мозга могут даже генерировать новые клетки — процесс, называемый *нейрогенезом*. Недавние исследования показывают, что физические упражнения и когнитивная стимуляция повышают *пластичность мозга* и увеличивают его способность к обработке информации.

Позитивность изменяет работу мозга и то, как люди взаимодействуют с миром [Fredrickson, 2009]. Одно из следствий позитивности — повышение креативности, что было продемонстрировано [Rowe, Hirsh, & Anderson, 2007], когда добровольцам “вводили” позитив, негатив и нейтральность с помощью музыки для возбуждения эмоций, а затем просили их выполнить два разных задания. В одном задании измерялся объем визуального внимания путем отслеживания влияния периферийно представленной

информации. В другом задании измерялась вербальная креативность, когда добровольцев просили придумать одно слово, относящееся к трем заданным словам, с помощью ассоциаций. Когда люди чувствовали себя позитивно, их эффективность при выполнении заданий менялась: чем шире сфера визуального внимания, тем выше творческий потенциал при выполнении вербального задания. Эта важная взаимосвязь подтверждает, что позитивность расширяет кругозор множеством взаимосвязанных способов.

Склонность к оптимизму

Вера в то, что будущее будет лучше, чем прошлое и настоящее, известна как *склонность к оптимизму*. Все новые научные данные указывают на то, что оптимизм, возможно, встроен эволюцией в человеческий мозг. Наука об оптимизме открывает новое окно в работу человеческого сознания. На наш мозг наложен отпечаток не только прошлого; будущее также постоянно формирует его. Чтобы позитивно думать о перспективах, нужно уметь представлять себя в будущем. Оптимизм начинается с, возможно, самого экстраординарного из человеческих талантов: мысленных путешествий во времени, т.е. способности мысленно перемещаться взад и вперед во времени и пространстве, что имеет решающее значение для выживания.

Чтобы добиться прогресса, нужно уметь представлять альтернативные реальности — лучшие — и верить, что они *возможны*. Такая вера помогает мотивировать нас на достижение целей. Оптимисты работают дольше и, как правило, зарабатывают больше. Экономисты обнаружили, что оптимисты даже экономят больше. И хотя у них не меньше шансов развестись, у них больше шансов вступить в повторный брак.

Даже если лучшее будущее часто является иллюзией, оптимизм имеет очевидные преимущества в настоящем. Надежда успокаивает разум, снижает стресс и улучшает физическое здоровье. Изучая пациентов с сердечными заболеваниями, исследователи обнаружили, что оптимисты чаще принимают витамины, придерживаются диеты с низким содержанием жиров и занимаются физическими упражнениями, тем самым снижая общий коронарный риск [Affleck et al., 1987]. Исследование онкологических больных показало, что пессимисты в возрасте до 60 лет с большей вероятностью умрут в течение восьми месяцев, чем оптимисты с таким же исходным состоянием здоровья, статусом и возрастом [Dunigan et al., 2007].

Если с нами случается что-то неприятное, вскоре мы видим, что нет хуже без добра, и быстро возвращаемся к прежнему уровню счастья. Способность предвидеть будущее частично зависит от гиппокампа, части нашего мозга, имеющей решающее значение для памяти. Пациенты с повреждением гиппокампа не в состоянии вспомнить прошлое, но они также не в состоянии построить детальные образы будущих сценариев. Кажется, что они застряли во времени. Исследования показывают, что большинство людей тратят меньше времени на обдумывание негативных результатов, чем на рассуждение о позитивных. Позитивные ожидания повышают шансы на выживание [Sharot, 2011].

Склонность к оптимизму отличается от *склонности к негативу*, которая указывает на следующее: негативные стимулы привлекают больше внимания; как правило, из боли извлекается больше уроков, чем из удовольствия; люди прилагают больше усилий, чтобы избежать потерь, чем для достижения равной выгоды.

Как успокоить миндалевидное тело

Терапевты хотят, чтобы клиенты осознавали активацию своего миндалевидного тела и могли сказать себе: “Не волнуйся, все будет хорошо”. Активация миндалевидного тела происходит, если конституциональные особенности, травматический опыт или негативные установки привели к дезадаптивной регуляции эмоций, ограничивая способность людей достигать эмоциональной жизнестойкости и гибкости поведения. Неокортекс может подавить эти реакции и вывести более глубокие структуры миндалевидного тела на приемлемый уровень возбуждения. Это возможно с помощью ряда стратегий разговора с самим собой, когда активируются образы и внутренний диалог. Со временем и при продолжительной практике частота и интенсивность этих реакций значительно снижаются, а скорость выздоровления увеличивается. Скажем, клиент боится собак после того, как получил глубокие травмы на руках, груди и голове после стычки с псом [Siegel, 1999]. Информация о природе реакции на страх и нейронных цепях в ее основе принесла ему облегчение. Он узнал о техниках релаксации и управляемой экспозиции с изображениями собак. Тем не менее у него сохраняется первоначальная реакция испуга при виде собак, поэтому была опробована стратегия *когнитивного переопределения*. Клиент научился признавать значимость реакции его миндалевидного тела на собаку и прошлую травму (механизм первоначального возбуж-

дения). Затем он говорил себе: “Я знаю, что ты (*миндалевидное тело*) пытаешься защитить меня, ты думаешь, что мы в опасности. (*Конкретный этап оценки.*) Мне не нужно воспринимать чувство паники как нечто, чего стоит бояться или из-за чего стоит волноваться”. Затем он представлял, как его миндалевидное тело вздыхает с облегчением, выполнив свою обязанность предупреждать, и чувство обреченности рассеивалось. После нескольких недель этих внутренних обсуждений клиент почувствовал, что готов взять небольшую собачку для своих детей. Шесть месяцев спустя у него и его близких было все хорошо с новым членом семьи.

Положительный результат

Если не называть свои эмоции, когда они на пике (см. главу 7), а затем не заикливаться на них, то размышления о проблемах усилят возбуждение лимбической системы, затрудняя поиск решения [Rock, 2009]. Преодоление сложных проблем включает в себя преодоление тупика. Нужен спокойный и в целом позитивный, непредубежденный ум. Погружение в большое количество историй и деталей вовсе не успокаивает мозг. Чем больше негативных связей установлено, тем меньше дофамина, ресурсов для решения проблемы и тем больше новых негативных связей. В таком состоянии все кажется сложным. Риск становится все более неблагоприятным, нет мотивации предпринимать что-либо. Решение сосредоточиться на положительном результате, а не на проблеме, влияет на функционирование мозга несколькими способами.

- Фокусируясь на положительном результате, человек настраивает свой мозг на восприятие информации, относящейся к этому результату, а не на информацию о проблеме. Нельзя искать решения и проблемы одновременно.
- Во время поиска решения человек тщательно сканирует свое окружение на предмет сигналов, которые активируют в большей степени правое полушарие мозга, вместо того чтобы углубляться в информацию, которая активирует левое полушарие. Полезно активизировать правое полушарие для поиска вариантов, ведь именно так часто решаются сложные проблемы.
- Если фокусироваться на проблемах, то больше шансов активировать эмоции, связанные с этими проблемами, что затормозит работу мозга. В то же время фокус на решениях побуждает человека к

стремлению, желанию чего-то. Вы ищете, а не избегаете. Повышается уровень дофамина, что полезно для понимания ситуации. И если человек ожидает, что сможет найти решение, эти позитивные ожидания высвободят еще больше дофамина.

Во всех этих отношениях фокус на решениях значительно повышает вероятность получить инсайт и даже заставляет вас чувствовать себя счастливее.

Еще один способ повысить уровень дофамина — подержать карандаш или ручку между зубами (горизонтально от щеки к щеке) в течение двух минут. Когда рот и лицо улыбаются, как бы странно это ни звучало, уровень счастья действительно повышается.

История 8. Капельная система

В трансформации мозга повторение — ключевой фактор. Мозг как огород [Rock, 2009]. В нем почти всегда солнечно и хорошо, хотя время от времени, естественно, идут дожди. Чтобы вырастить красивые помидоры, сначала вы высаживаете рассаду, которой нужен тщательный ежедневный уход. Как только растения немного окрепнут, вы регулярно поливаете их, чтобы они продолжали расти. Как часто это нужно делать? Если поливать раз в год, результат будет плачевный. Раз в сезон? Тоже мало толку. Может быть, раз в месяц чем-то и поможет. Один раз в неделю действительно важно для некоторых растений, но полив два раза в неделю — очевидно, совсем другое дело. Однако лучший способ вырастить помидоры — поливать их несколько раз в день с помощью капельной системы. Создание новых здоровых цепей в мозге аналогично выращиванию помидоров: нужно регулярно уделять им внимание.

Тело

Впечатляющее количество исследований, проведенных за последние годы, показывает связь между положительными эмоциями и пользой для здоровья (укрепление иммунной системы, уменьшение стресса, снижение кровяного давления, уменьшение боли, простудных заболеваний, улучшение сна, снижение риска заболеваний, например диабета и инсульта, появление новых клеток в организме и головном мозге и даже продление жизни) [Fredrickson, 2009]. Более подробную информацию о неврологии (например, о роли дофамина, окситоцина, эндорфинов, кортизола и гамма-аминомасляной кислоты) можно найти в книге *Practicing Positive CBT* [Bannink, 2012a, 2013].

Обычно сказки заканчиваются словами: “И жили они долго и счастливо”. Позитивная психология и ориентированная на решение краткосрочная терапия (ОРКТ) придают этой фразе совершенно новый смысл, о чем пойдет речь в следующей главе.

Резюме

- Большинство людей жизнестойки и могут даже совершенствоваться в процессе преодоления травмы.
- Жизнестойкость как стабильная траектория здорового функционирования — наиболее распространенный результат после травмирующего события.
- Посттравматический успех подразумевает выздоровление от (симптомов) ПТСР, жизнестойкость и посттравматический рост.
- Горе — это естественная реакция на потерю, связанная с сопротивлением.
- Исследования показывают, что опыт может изменить работу мозга, а мировоззрение человека оказывает значительное влияние на его здоровье.

Позитивный фокус

Предположим, вы проголодались и решили перекусить в ресторане. После непродолжительного ожидания вас пригласят занять место, и администратор, представившись, начнет задавать вопросы о чувстве голода: “Вы голодны? Как долго вы были поглощены этим чувством? А в прошлом вы бывали голодны? Какую роль играл голод дома, в вашей семье, в общении с другими родственниками? Какие недостатки и, возможно, преимущества имеет для вас голод?” После этого, проголодавшись еще сильнее, вы спрашиваете: “Можно ли теперь поесть?” Но администратор хочет, чтобы вы заполнили несколько анкет о голоде (и ответили на еще несколько важных для него вопросов). Как только все будет готово, подают блюдо, которое вы не заказывали, но которое, по утверждению администратора, полезно для вас и помогло другим голодным людям. Каковы шансы уйти из ресторана удовлетворенным [Bannink, 2010a, p. xii]?

В традиционной психотерапии основное внимание уделяется главным образом проблемам и способам их преодоления. В оценке клиента редко говорится или вообще не говорится о сильных сторонах, ресурсах и способностях человека. Однако именно способности, сильные стороны и ресурсы — наиболее важные факторы для перемен. В КПТ гораздо больше внимания уделяют поиску провоцирующих, предрасполагающих и увековечивающих возникновение проблем факторов [Kuyken et al., 2009]. Не помешает задействовать сильные стороны по случаю. Однако следует подчеркнуть, что позитивная направленность и позитивные вмешательства должны использоваться в ущерб работе со страданиями клиентов. Данные подходы уместны только после того, как будут удовлетворены острые физические и психологические потребности.

В этой главе описывается сдвиг парадигмы от преодоления проблем к построению решений, а также подробно объясняются позитивная психология и краткосрочная терапия, ориентированная на решение. Проводится краткое сравнение этих двух подходов. Обрисованы различия между традиционным подходом к травме и подходом, ориентированным на сильные стороны и решения.

Смена парадигмы

Согласно традиционной причинно-следственной модели (также называемой *медицинской моделью*, или *проблемно-ориентированной моделью*) необходимо точно выяснить, в чем дело, и поставить правильный диагноз, прежде чем предлагать лекарство. Это *парадигма решения проблем*. В западном типе мышления причинно-следственная модель нужна для того, чтобы сделать мир понятным. Она полезна, если иметь дело с прямолинейными проблемами, которые несложно свести к простым и недвусмысленным причинам, как в случае со многими медицинскими или механическими проблемами. Если болит зуб, вы спрашиваете: “Что не так с моими зубами?” Когда пылесос ломается, первый вопрос: “Что случилось с пылесосом?” Медицинскую модель можно сформулировать таким образом: диагноз + назначенное лечение = ослабление симптомов. Но в том, что касается психотерапии, у этой модели есть серьезный недостаток: она в значительной степени ориентирована на решение проблем. Если проблему и ее возможные причины тщательно изучить, может образоваться порочный круг с постоянно растущими проблемами. Атмосфера насыщается проблемами, и возникает риск того, что решения будут все дальше уходить из поля зрения, а надежда на улучшение — таять. Так психология становится виктимологией, а психологи и психиатры — патологизаторами. Изучение, или анализ, факторов, вызывающих либо увековечивающих проблему, не приводит автоматически к ее устранению. Альберт Эйнштейн [Einstein, 1954] утверждал, что нельзя решать проблемы с помощью того же способа мышления, благодаря которому они появились. Психотерапия — это не медицинское явление, а прежде всего отношения [Duncan, 2010]. Тем не менее медицинская модель по-прежнему не теряет позиций, когда нужно описать то, что делают терапевты.

Британское психологическое общество после появления DSM-5 было обеспокоено тем, что клиенты и широкая общественность пострадают

вследствие медикализации естественных, нормальных реакций на пережитое — реакций с несомненно печальными последствиями, на которые нужно отреагировать, и это не столько отражение болезни, сколько нормальные индивидуальные вариации.

А еще исследования показывают, что среди профессионалов, использующих модель решения проблем, высок процент стресса, депрессии, самоубийств, эмоционального выгорания и вторичной травматизации. Эти выводы заслуживают более тщательного изучения.

Недостатки парадигмы решения проблем

Парадигма решения проблем стала популярной не только в бизнесе и государственном управлении, но также в коучинге, психотерапии и управлении конфликтами. В традиционных формах терапии основное внимание уделяется патологии. Диагностика проблемы — первый шаг. Дальше начинается поиск причин проблемы с помощью причинно-следственной модели (*медицинская или механическая модель*), как упоминалось ранее.

Это очень распространенная точка зрения: что-то пошло не так, и нужно это исправить. В медицине и психотерапии проблемы называются *отклонением от нормы*. Здоровье — это нормально; болезнь — отклонение, и от нее нужно избавиться.

Модель решения проблем очень проста: определите причину и устраните ее. И действительно: “Проанализируй проблему, найди причину, исправь ее” — простое, понятное правило. Это имеет смысл и ориентировано на конкретные действия, но, к сожалению, часто бывает неадекватно по целому ряду причин.

- В сложной межличностной ситуации, возможно, никогда не удастся выявить одну причину.
- Существует опасность заикнуться на конкретной причине, потому что ее легко определить, игнорируя остальную часть ситуации.
- Можно определить причину, но не устранить ее.
- Представление о том, что как только причина будет устранена, проблема решится и все вернется на круги своя, редко оправданно.
- Определяя цель и принимая решение о том, как ее достичь, человек может иметь неточное представление о конечном результате.

Среди клиентов и профессионалов растет неудовлетворенность моделями терапии, ориентированными на проблему. Углубленное изучение проблем часто приводит к преждевременному прекращению занятий, потому что ничего не меняется, и клиент теряет надежду на улучшение. Но есть хорошая новость: среднестатистический клиент, прошедший лечение, чувствует себя лучше, чем 80% из выборки тех, кто не получил лечения. Психотерапия способствует устранению симптомов и улучшает функционирование. Еще клиенты часто узнают о дополнительных стратегиях и методах решения будущих проблем [Lambert & Ogles, 2004].

Есть и плохая новость: результаты психотерапии не улучшились более чем за тридцать лет, процент отсева очень высок (от 47 до 50%), а еще люди часто сомневаются в эффективности терапии. Например, в контролируемом исследовании когнитивной обработки данных с участием 60 ветеранов (54 мужчины и 6 женщин) с хроническим ПТСР в результате военной деятельности [Monson et al., 2006] было обнаружено, что уровень отсева составил более 16% (20% из КПТ, 13% из списка ожидания). Около 40% выборки не соответствовали критериям для постановки диагноза ПТСР, а у 50% менялись симптомы ПТСР при оценке после лечения. Исследователи заявили, что это одни из наиболее обнадеживающих результатов лечения ветеранов с хроническим ПТСР. Однако у половины клиентов не наблюдалось достоверного улучшения! Невзирая на неутешительные результаты, по-прежнему делается упор на медицинскую модель, и продолжают заявления о ее превосходстве среди моделей, несмотря на отсутствие доказательств. Как заявил Брюс Вамполд [Wampold, 2001, р. 204]: «Исследовательские проекты, в которых можно выделить и установить взаимосвязь между конкретными компонентами и результатами, нисколько не доказывают того, что какой-либо конкретный компонент необходим для терапевтических изменений».

История 9. Убит отравленной стрелой

Если в человека стреляют отравленной стрелой и говорят: «Не убирай стрелу, пока не выяснишь точно, кем, откуда и как она была выпущена», — смерть неизбежна.

Будда

Парадигма построения решений

Подход, основанный на сильных сторонах и решениях, уходит корнями в позитивную психологию (ПП) и ориентированную на решение краткосрочную терапию (ОРКТ). Этот подход, так называемый *метавзгляд*, — всеобъемлющая философская перспектива, в соответствии с которой считается, что люди обладают способностями и ресурсами внутри самих себя и своих социальных систем. С должной активацией, новым опытом, пониманием и навыками сильные стороны дают шанс уменьшить боль и страдания, разрешить проблемы и конфликты, т.е. более эффективно преодолеть жизненные стрессоры. В результате имеем улучшенное ощущение благополучия и качества жизни, а также более высокий уровень межличностного и социального функционирования. Позитивные психологи, работающие с сильными сторонами, и профессионалы, ориентированные на решение проблем, способствуют “переходу от неправильного к сильному” посредством уважительных образовательных, терапевтических и операционных процессов, чтобы поощрять и расширять возможности клиентов.

Упражнение 4. НАЙТИ БОЛЬШЕ НАВОДЯЩИХ ВОПРОСОВ

Возьмите типичную проблемную ситуацию. Запишите основные вопросы, которые задаете себе или клиентам по этому поводу. Внимательно изучите эти вопросы. Спрашивая, вы чувствуете себя лучше или хуже? Помогают ли вопросы продвинуться вперед? Объясняют, почему вы застряли или не можете измениться? Если вопросы не помогают, найдите еще несколько.

Эта *перспектива сильных сторон* [Saleebey, 2007] охватывает следующие допущения.

- Несмотря на жизненные трудности, все люди обладают сильными сторонами (т.е. ресурсами), чтобы улучшить качество жизни. Терапевты должны уважать эти сильные стороны и направления, в которых клиенты хотят их применить.
- Мотивация клиента повышается за счет постоянного акцента на сильных сторонах в том виде, в каком клиент их определяет.
- Для выявления сильных сторон требуются совместные усилия клиентов и терапевтов; опытные специалисты *не* решают, что клиентам нужно улучшить в своей жизни.

- Фокус на сильных сторонах отвлекает терапевтов от соблазна осуждать или обвинять клиентов в их трудностях и позволяет понять, как клиентам удастся выживать даже в самых сложных обстоятельствах.
- Любая среда — даже самая мрачная — наполнена ресурсами.

Позитивная психология

Позитивная психология (ПП) — обобщающий термин, охватывающий базовую академическую дисциплину, главным образом связанную с пониманием позитивных человеческих мыслей, чувств и поведения; эмпирическое, систематическое исследование психологических феноменов; и, наконец, прикладную дисциплину, в рамках которой создаются и используются определенные вмешательства. “Семейство позитивной психологии” состоит из оптимизма, надежды, самоэффективности, самооценки, положительных эмоций, счастья, благодарности и т.п. Было проведено множество исследований и опубликовано много книг по ПП [Bannink, 2009a, 2011; Fredrickson, 2009; Seligman, 2011; Snyder & Lopez, 2005].

В ПП изучают все, что делает жизнь стоящей того, чтобы ее прожить, и что позволяет отдельным людям и сообществам процветать. Еще это изучение условий и процессов, которые приводят к оптимальному функционированию отдельных людей, отношений и трудовых коллективов. Усилия профессионалов ПП направлены на то, чтобы помочь людям оптимизировать функционирование человека, признавая как сильные стороны, так и недостатки, а также отмечая ресурсы окружающей среды в дополнение к факторам стресса. Изучение психического здоровья отличается от давнего интереса к психическим заболеваниям, их распространенности и средствам их лечения [Keyes & Lopez, 2005].

Согласно постулатам ПП избавиться от несчастья — это не то же самое, что достичь счастья. Избавление от страха, гнева и депрессии автоматически не наполнит человека покоем, любовью и радостью. Избавление от слабостей автоматически не укрепит сильные стороны. В названиях традиционных книг по психотерапии отражен тот же образ мышления: *преодоление депрессии, борьба с обсессивно-компульсивным расстройством, избавление от перфекционизма*. По мнению адептов ПП, счастье и несчастье не находятся в одном и том же континууме. Стратегии, направленные на сведение к минимуму страха, гнева и депрессии, не идентичны

стратегиям, направленным на максимизацию покоя, радости, силы и смысла. В этом отношении ПП отличается от ОРКТ. Последняя опирается на тот же континуум: “Что бы вы хотели получить вместо проблемы?” С этой стратегией клиенты якобы переходят от минусовой отметки по шкале к плюсовой (от -10 до +10).

Такое же изменение парадигмы наблюдается в оценочном исследовании, которое используется в менеджменте и лидерстве [Cooperrider & Whitney, 2005]. В нем анализируются сильные стороны и предполагается, что люди и организации преуспевают только за счет укрепления сильных сторон, а не исправления слабых. Небольшие сдвиги могут привести к разительным различиям: изменения, вызванные использованием преимуществ, меняют все. Оценочное исследование отменяет правило 80/20 (80% внимания уделяется тому, что *не* работает, и 20% — сильным сторонам). “Предвзятое отношение к правилу 80/20” [Cooperrider & Godwin, 2011] по-прежнему преобладает в СМИ, формирующих многие аспекты нашей культуры и жизни в целом. Индустрия, ориентированная в первую очередь на анализ проблем, уменьшение количества ошибок и их исправление, представляет собой рынок объемом 350 млрд долл. Отменяя правило 80/20, мы не игнорируем проблемы или кризис (по-прежнему 20% внимания уделено проблемам), но основной фокус (80%) направлен на показатели прогресса, успех, сильные стороны и решения. Питер Друкер [Drucker, 2002], известный бизнес-консультант, даже заявил, что великая задача лидерства состоит в том, чтобы организовать сильные стороны таким образом, чтобы слабые стороны системы не имели значения.

Упражнение 5. ПОВЫСИТЬ ПРОЦЕНТ СИЛЬНЫХ СТОРОН И СФОКУСИРОВАТЬСЯ НА РЕШЕНИИ

Какой процент времени в процессе консультирования и лечения вы, как терапевт, тратите, спрашивая клиентов об их сильных сторонах, успехах и эффективных методах достижения желаемого будущего? Десять процентов? Двадцать? Пятьдесят или, может быть, нуль? Предположим, вы клиент. Как бы вы хотели, чтобы терапевт распределял время сеансов? Хотели бы, чтобы вас попросили рассказать о сильных сторонах и ресурсах? Еще бы! Так почему бы не уделить этой теме на 10% больше времени (например, если вы используете 10%, увеличьте его до 20%)? Обратите внимание на то, как это влияет и на клиентов, и на вас самих.

Мартин Селигман [Seligman, 2011] разработал комплексную программу обучения для военнослужащих (Comprehensive Soldier Fitness, CSF), чтобы доказать, что 1,1 млн солдат армии США могут быть в такой же хорошей психологической форме, как и физической. Селигман предположил, что солдаты могли бы реагировать на неблагоприятные обстоятельства с позиций жизнестойкости и роста. Это не только предотвратило бы ПТСР, но и увеличило число солдат, которые легко оправляются от потрясений. Самое главное, больше солдат психологически бы закалились в горниле сражений.

Программа CSF, начатая в 2009 г., является крупнейшей битвой за благополучие военных и гражданских из когда-либо проводившихся. Предварительные результаты тестирования более 800 тыс. солдат указывают на то, что по мере повышения психологической подготовленности симптомы ПТСР ослабевают, а расходы на здравоохранение снижаются.

Программа состоит из четырех модулей: эмоционального, семейного, социального и духовного. Более подробно это описано в книге Селигмана *Flourish* [Seligman, 2011].

Упражнение 6. ТРИ ПОЖЕЛАНИЯ (В ПОИСКЕ ХОРОШЕГО)

Порекомендуйте клиентам данное упражнение, чтобы они почувствовали себя менее подавленными, более счастливыми и, возможно, повторили его через шесть месяцев. Предложите им выделить 10 минут перед сном каждую ночь в течение следующей недели. Попросите их записать три приятных события, произошедших в тот день. Для записей можно использовать дневник или компьютер. Эти события не обязательно должны быть крупными. После каждого положительного события попросите их ответить на вопрос: "Почему это произошло?" Писать о том, почему произошли положительные события, поначалу может показаться неудобным, но попросите клиентов не бросать эту идею в течение всего одной недели: дальше станет легче [Seligman, 2011, p. 33].

История позитивной психологии

Идея ПП возникла после того, как Мартин Селигман был избран президентом Американской психологической ассоциации (в 1997 г.). Пока он занимался садом, его пятилетняя дочь Никки подбрасывала сорняки в воздух и танцевала. Он накричал на нее. Никки ушла, вернулась и сказала: "Папа, я хочу с тобой поговорить. Ты помнишь, как было до моего пятого дня рождения? С трех до пяти лет я была нытиком. Ныла каждый

день. Когда мне исполнилось пять, я решила больше не ныть. Это было самое трудное, что я когда-либо делала. И если я смогу перестать ныть, ты сможешь перестать быть таким ворчуном” [Seligman, цитируется по Snyder & Lopez, 2005, p. 3].

Селигман узнал от Никки кое-что о воспитании детей, о себе самом и о своей профессии. Он понял, что воспитывать детей — это нечто большее, чем исправлять их недостатки. Речь идет о выявлении и воспитании их самых сильных качеств, признании того, чем они владеют и в чем лучше всего разбираются, и оказании им помощи в поиске ниш для реализации положительных качеств. Селигман признал, что был брюзгой, и решил измениться. Однако самое широкое применение его открытие имело в науке и практике психологии. После Второй мировой войны психологи обнаружили, что могут зарабатывать на жизнь лечением психических заболеваний, а ученые выяснили, что могут получать гранты, если их исследования касаются патологии. Это принесло много преимуществ: по крайней мере, 14 расстройств теперь можно вылечить или значительно облегчить. Но недостатком было то, что люди перестали искать способы, как сделать жизнь всех более продуктивной и полноценной, а также выявить и взрастить выдающиеся таланты. Как упоминалось ранее, так психология стала виктимологией, а психологи — патологизаторами. Эмпирический фокус психологии сместился на оценку и лечение индивидуальных страданий. Произошел взрыв исследований психологических расстройств и негативных последствий стрессовых факторов окружающей среды, таких как развод родителей, смерть, физическое и сексуальное насилие. Практикующие врачи занимались лечением психических заболеваний в рамках концепции “болезнь — пациент”, направленной на устранение причиненного ущерба.

История 11. Исследование Гранта

Акцент на (психическом) здоровье начался не с Селигмана и его дочери Никки. В 1937 г. предприниматель и филантроп Уильям Грант встретился с директором Службы здравоохранения Гарвардского университета д-ром Боксом, и вместе они решили, что медицинские исследования слишком ориентированы на борьбу с болезнями. Они согласились с тем, что на изучение психически и физически больных были выделены значительные средства, но очень немногие сочли уместным проводить систематическое исследование того, какие люди здоровы и преуспевают. В результате Грант и его коллеги сформировали здоровую выборку из нескольких последовательных классов колледжа (268 выпускников

Гарварда с 1939 по 1944 г.) для интенсивного медицинского и психологического изучения, и на свет появилось знаменитое ныне исследование Гранта. Это был самый продолжительный эксперимент из когда-либо проводившихся исследований развития взрослых. В течение 68 лет изучались мужчины (забыли включить женщин!) с подросткового возраста до поздней жизни, чтобы выявить факторы здорового старения [Vaillant, 1995].

Теория благополучия

Первоначальная теория ПП заключалась в том, что счастье можно проанализировать и разделить на три различных элемента: *позитивные эмоции, вовлеченность и смысл*. Первый элемент, позитивная эмоция, — то, что мы чувствуем (удовольствие, безмятежность, экстаз, тепло, комфорт и т.п.), — называется *приятной жизнью*. Второй элемент, вовлеченность, связан с потоком, единением с музыкой, остановкой времени и потерей самосознания, что происходит во время увлекательной деятельности и называется *вовлеченной жизнью*. Третий элемент, смысл, заключается в принадлежности к чему-то большему, чем ты сам, и служении ему — религии, природе, семье, политической партии — и называется *осмысленной жизнью*.

В своей последней книге Мартин Селигман [Seligman, 2011] сменил тему ПП со счастья на благополучие. Цель ПП — повысить процветание за счет увеличения *положительных эмоций* (positive emotion), *вовлеченности* (engagement), *позитивных отношений* (positive relationships), *смысла* (meaning) и *достижений* (accomplishment), что у Селигмана называется моделью PERMA. Так теория благополучия Селигмана добавляет *позитивные отношения и достижения* к трем предыдущим элементам. Добавляется элемент позитивных взаимоотношений, потому что другие люди — это лучшие помощники в жизненных неурядицах. Проявление доброты по отношению к другому человеку приводит к самому надежному кратковременному улучшению самочувствия из всех упражнений, протестированных в исследовании ПП. Счастье и удовлетворенность жизнью — все это аспекты позитивных отношений.

Пятый элемент — это достижение: люди стремятся к успеху, приспособлению, победе, приобретению и овладению ради самих себя, даже если не получают никаких положительных эмоций, никакого смысла и никаких позитивных взаимоотношений. Этот элемент призван подчеркнуть: задача ПП состоит в том, чтобы описывать, а не предписывать, что люди на самом деле делают для достижения благополучия.

Изучались различные мировые культуры, чтобы составить всеобъемлющий индекс сильных сторон характера и добродетелей. В прежней теории счастья Селигмана сильные стороны и добродетели — это опора только для элемента вовлеченности. Человек входит в поток, когда его самые сильные стороны используются для решения самых сложных задач. В теории благополучия 24 сильные стороны лежат в основе всех пяти элементов, а не только вовлеченности. Задействование самых сильных сторон приводит к большему количеству положительных эмоций, к большему смыслу, к большим достижениям и к лучшим отношениям.

С точки зрения сильных сторон люди и системы обычно плохо реагируют на перемены в условиях страха или травмы. Может быть и наоборот. Люди вполне могут стать более жизнестойкими и способными реализовать свой потенциал, если больше будут использовать не отрицательные эмоции, а положительные, например надежду, вдохновение и радость. В отличие от гнева или страха, ограничивающих когнитивные способности, положительные эмоции, как правило, открывают репертуар мыслей и действий, благодаря чему мы способны видеть лучшее в мире [Fredrickson, 2009].

Питерсон [Peterson, 2006] разработал тест “Ценности в действии” (VIA) для определения сильных сторон характера, чтобы надежно классифицировать людей на основе 24 сильных сторон характера (см. главу 6).

Упражнение 7. ТРЕНИРОВАТЬ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Ключ к новой привычке — практиковать это поведение снова и снова. Знаменитый мастер айкидо Уэсиба утверждал, что инструкторы могут передать лишь малую часть учения; только благодаря непрерывным тренировкам люди приобретают необходимый опыт. Его совет: использовать одну технику за другой, а не все одновременно, приспосабливая каждую к себе. Это верно и в отношении сильных сторон характера. Попросите клиентов найти способы, с помощью которых они могли бы легко практиковаться, используя свои сильные стороны. Вот несколько способов, которые находят отклик у многих людей.

- **Беседа.** Поговорите с другими о своих сильных сторонах; расскажите истории о том, как ваши преимущества помогали вам и были задействованы в лучшие моменты вашей жизни. Используйте свои сильные стороны в общении с другими; например, если хотите пробудить в себе любопытство, задавайте вопросы с чувством неподдельного интереса.

- *Ведение дневника.* Напишите о своих сильных сторонах; исследуйте их внутриличностно. Например, если хотите проявить благоразумие, рассмотрите неприятную ситуацию, написав о плюсах и минусах обеих сторон конфликта.
- *Самоконтроль.* Отслеживайте свои впечатления в течение всего дня. Час за часом наблюдайте за одной или несколькими сильными сторонами; возможно, понадобится будильник или другой внешний сигнал, чтобы напоминать себе о необходимости следить за проявлением своих сильных сторон. Эта стратегия предполагает способность человека к саморегуляции.

Краткосрочная терапия, ориентированная на решение

Решение проблем, безусловно, имеет место в психотерапии и в других областях. Однако главное ограничение заключается в чрезмерном закликивании на предполагаемом решении, прежде чем мы действительно обдумаем вопрос. Словами “Это проблема” мы определяем, какого рода решение ожидаем. *Разрабатывая положительный результат* (вместо решения проблем), мы задаемся целью спроектировать что-то: есть результат, есть чего достигать. Это не просто вопрос устранения проблемы; здесь спроектировано нечто такое, чего раньше не было. В этом проекте акцент смещается с анализа проблем на анализ результатов или анализ целей, в ходе которого клиентам предлагается дать подробное описание их предпочтительного будущего.

Эдвард Де Боно [De Bonо, 1985] утверждал, что в разработке положительного результата присутствует целеустремленность и чувство ответственности. Анализ проблемы — это всегда оглядка назад на то, что уже есть; разработка положительного результата — это всегда взгляд вперед на то, что может быть создано. Он говорил:

“Мне даже не нравится обсуждать проектирование решения, потому что это подразумевает наличие проблемы. Даже не выявив причину или не устранив ее, мы всегда можем попытаться определить результат. Главное, что он существует. Мы нацелены на его достижение” [De Bonо, 1985, p. 42].

ОРКТ (ориентированная на решение краткосрочная терапия) — это подход к психотерапии, основанный на разработке решений, а не на преодолении проблем. Исследуются текущие ресурсы и надежды на будущее, а не нынешние проблемы и прошлые причины, и обычно для этого требуется всего 3–5 сеансов. Это имеет большое значение в качестве предварительного и часто достаточного вмешательства и может безопасно использоваться в качестве дополнения к другим методам лечения. В структурированном процессе понимания того, как извлечь выгоду из изменений, проблемы признаются, но не анализируются. ОРКТ — это полезное взаимодействие, которое меняет клиента, дает ему больше надежды, больше творческих идей, ощущение компетентности и более ясный взгляд на возможности [Bakker, Bannink, & Macdonald, 2010]. То, на чем клиенты (и их терапевты) сосредотачиваются, увеличивается и расширяется как в их сознании, так и в их жизни. Когда у кого-то возникают проблемы, обычно это происходит потому, что человек снова и снова занимается одним и тем же. Утверждение “Безумие — это делать одно и то же снова и снова, ожидая разных результатов” обычно приписывается Эйнштейну. Клиентам и терапевтам предлагается переключить внимание с анализа, объяснений и проблем на описания, мысли, действия и чувства, чтобы клиенты преуспели. Терапевты прислушиваются к подсказкам, направленным на решение проблем. Эти варианты могут касаться того, что клиенты хотели бы иметь иным в жизни, исключений из проблемы или цели, компетенций и ресурсов или того, что может быть полезно клиенту вместе со следующими мерами. Улучшение часто достигается путем перенаправления внимания с неудовлетворенности существующим положением вещей на позитивную цель и осуществления шагов в направлении этой цели. В этом смысле в ОРКТ используют ту же концепцию проектирования (предпочтительных) результатов (см. выше).

Процесс переключения внимания часто включает в себя три этапа.

1. Признать проблему клиента. (“Должно быть, это тяжело для вас”.)
2. Внушить желание перемен. (“Итак, полагаю, вам хочется, чтобы все было по-другому?”)
3. Спросить о желаемом результате. (“Как бы вы хотели все изменить?”)

История краткосрочной терапии, ориентированной на решение

Исследователи из центра краткосрочной семейной терапии в Милуоки разработали модель психотерапии, ориентированную на решение, в 1980-х гг. Они расширили выводы других ученых [Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974], которые обнаружили, что попытка решения иногда увековечивает проблему и что понимание истоков проблемы не всегда необходимо. Было предположено следующее.

- Разработка решения не обязательно связана с проблемой. Анализ самой проблемы бесполезен для поиска решений, в то время как анализ исключений из проблемы полезен.
- Клиенты — это эксперты. Именно они определяют цель и путь ее достижения.
- Если что-то не сломано, не чините это.
- Если что-то работает (лучше), продолжайте в том же духе, даже если это что-то явно отличается от того, что ожидалось.
- Если что-то не работает, выберите другой путь. Повторение одного и того же неэффективного действия ни к чему не приводит [De Shazer, 1985].

История 12. *Сделать что-нибудь другое*

Японская легенда гласит, как можно сделать что-то другое, если то, что вы делаете в данный момент, не дает результатов. Прибрежной деревне угрожала приливная волна, но волна была замечена заранее, далеко на горизонте, одиноким фермером на рисовых полях на склоне холма над деревней. Кричать было бесполезно, и у него не было времени вернуться домой, чтобы предупредить соседей. Фермер поджег поле, и жители деревни, которые сбежались спасать свой урожай, были спасены от наводнения.

Автор неизвестен

Утверждалось, что наиболее полезный способ решить, “какую дверь открыть” ради решения, — получить описание того, что клиент будет делать по-другому или какие события будут происходить по-другому, когда проблема разрешится, создавая таким образом ожидание благотворных изменений. Рассматривая альтернативные варианты будущего, клиент

может присоединиться к терапевту в разработке жизнеспособного набора решений.

Было написано несколько полезных книг о применении ОРКТ с пережившими травму людьми [Dolan, 1991, 1998; Furman, 1998; O'Hanlon & Bertolino, 1998; Henden, 2011].

Положительные различия

ОРКТ — это прагматическое применение набора принципов и инструментов, которое, вероятно, лучше всего описать как *поиск прямого пути к тому, что эффективно* (см. главу 6). Природа ОРКТ неакадемична; ее цель — найти то, что работает для данного клиента в данный момент в данном контексте. Акцент делается на построении решений в противовес традиционному акценту на анализе проблем. “Вмешательства могут инициировать изменения без предварительного понимания терапевтом в каких-либо деталях того, что происходило” [De Shazer, 1985, p. 119]. ОРКТ не претендует на решение проблем людей или лечение их расстройств. Однако утверждается, что с ее помощью клиенты достигнут желаемого будущего, поэтому классификация или диагностика проблем часто не имеет значения. Когда клиенты достигают желаемого будущего, их очевидная проблема может либо исчезнуть, либо остаться на прежнем месте.

ОРКТ — это модель, основанная на компетенциях, которая сводит к минимуму акцент на прошлых неудачах и проблемах и фокусируется на сильных сторонах клиентов и предыдущих успехах. В ОРКТ используют уже существующие ресурсы для поступательного движения к желаемым улучшениям способами, чувствительными ко времени, затратам и условиям. Так даже с обычными усилиями улучшения будут расширяться.

ОРКТ — это подход к переменам, чтобы воплощать в жизнь *позитивные изменения* и говорить о том, как клиенты хотели бы жить по-другому, что работает и что свидетельствует о прогрессе.

Ни клиент, ни терапевт необязательно напрямую связывают решения клиента с какой-либо выявленной проблемой. Разговорные навыки, необходимые терапевту, чтобы подтолкнуть клиента к поиску решений, отличаются от тех, что нужны для диагностики и работы с проблемами [Franklin, Trepper, Gingerich, & McCollum, 2012].

Когда клиенты смогут увидеть проблески желаемого будущего? Если проявились положительные исключения, терапевт может запросить до-

полнительную информацию о них. Если еще нет, но цель сформулирована, терапевт фокусируется на этом. Если это не так, проблему можно проанализировать. Переходить к анализу проблемы необходимо только в том случае, если до первого сеанса не произошло никаких улучшений, если не удастся найти никаких исключений и если ни одна цель не может быть сформулирована в поведенческих терминах с помощью, скажем, “вопроса о чуде” (см. главу 5) или других вопросов для формулирования целей. В большинстве случаев можно немедленно приступить к поиску решения, не составляя предварительно подробного плана проблемы [De Shazer, 1985].

ОРКТ применяется в психотерапии [Bannink, 2007, 2010a, 2012a, 2013; De Jong & Berg, 2002], коучинге, медиации и управлении конфликтами [Bannink, 2008b, 2009b, 2010b], менеджменте и лидерстве [Bannink, 2010c], стратегическом планировании, образовании и спорте.

Возможно ли решать проблемы, даже не говоря о них? Ответ: да. Попросите клиентов “предположить, что решение есть”, а затем предложите им подумать:

- какое значение это имело бы в их жизни и жизни других значимых для них людей;
- что бы они делали (или думали, чувствовали) по-другому;
- кто бы заметил это первым;
- что было бы первым небольшим признаком того, что решение находится в процессе реализации;
- кто был бы удивлен меньше всего;
- что еще можно сделать.

Упражнение 8. НЕ ЗАВИСЕТЬ ОТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Выполните это упражнение с коллегой, чтобы понять: вам не нужно знать проблему, чтобы изучить цель и решения. Пусть другой человек скажет: “Я слишком смущен, чтобы говорить о своей проблеме, но мне нужна помощь сейчас, потому что так больше продолжаться не может!” Вы отвечаете: “Предположим, есть решение. Какое значение это будет иметь для вас и окружающих? Как вы узнаете? Чем это вам поможет?” Потренируйтесь задавать вопросы, изложенные выше.

Упражнение 9. ПРОБЛЕМА ИЛИ РЕШЕНИЕ

Данное упражнение позволяет отличить подход, ориентированный на *проблему*, от подхода, ориентированного на *решение*. Сядьте удобно, закройте глаза и десять раз повторите следующее предложение: "У меня большая проблема!" Внимательно наблюдайте за тем, что испытываете физически и эмоционально. Отметьте, какой эффект это предложение оказывает на ваше тело и эмоции.

Немного потянитесь, встаньте и повторите упражнение, на этот раз на примере другого заявления. Снова сядьте поудобнее, закройте глаза и десять раз повторите следующее предложение: "У меня есть прекрасная возможность". Еще раз обратите внимание на влияние предложения на ваше физическое и эмоциональное состояние.

Вопросы, ориентированные на решение

Человек живет в мире, созданном его вопросами. Задаваемые вопросы определяют то, что мы находим, а то, что мы находим, определяет наше поведение как профессионалов. Задавать вопросы — важный прием в ОРКТ. Терапевты ОРКТ *не знают проблему* (они задают вопросы, чтобы разобраться, вместо того чтобы давать советы) и *ведут клиента, отставая на шаг* (см. главу 4).

С помощью вопросов терапевты ОРКТ просят клиентов описывать малейшие признаки прогресса один за другим, а затем побуждают их начать разбираться с самыми маленькими и простыми из них [Dolan, 1991]. Так клиенты безопасно и постепенно учатся контролировать симптомы без страха и перегруженности задачами, к выполнению которых они еще не готовы. Эти небольшие изменения показывают путь ко все более масштабным сдвигам, но таким образом, чтобы предотвратить рецидив. ОРКТ-вопросы очень эффективны для поощрения клиентов к участию в разработке собственного плана терапии, и таким образом неявно создается контекст надежды. Такой взгляд на выздоровление положительно влияет на многие аспекты жизни, поскольку человек убеждается: то, что он делает, хорошо, полезно для здоровья и эффективно. Вот четыре основных вопроса ОРКТ [Bannink, 2010a].

1. На что вы больше всего надеетесь?
2. Какое это будет иметь значение?
3. Что эффективно?

4. Каковы будут признаки прогресса? (Каким будет *ваш* следующий шаг?)

Первый основной вопрос ОРКТ звучит так: “На что вы больше всего надеетесь?”

Надежда настраивает на положительные эмоции, мотивирует и воодушевляет. Она жизненно важна для людей; благодаря ей многие остаются в живых. Она поднимает людей с постели по утрам, поддерживает перед лицом серьезных невзгод, шепча: “Попробуй еще раз”, — когда мир говорит: “Сдавайся”.

Надежда — одна из основных концепций ПП. *Теория надежды* гласит, что надежда подобна путешествию: необходимы пункт назначения, дорожная карта и средство передвижения. Исследование на тему надежды [Snyder, 2002] показало, что важно иметь цель и способы ее достижения. У людей, преисполненных надежды, более четкая цель (пункт назначения), чем у людей, не питающих надежд. Еще они яснее представляют маршрут достижения цели: у них есть ментальная карта. Кроме того, они верят, что сами могут что-то сделать, чтобы приблизиться к своей цели (они *сами* являются своим средством передвижения). И если путь к цели будет перекрыт, обнадуженным людям будет легче придумать альтернативу, и они продолжат чувствовать себя лучше, чем люди, не питающие надежд. Следовательно, первый вопрос в ОРКТ после налаживания взаимопонимания звучит так: “На что вы больше всего надеетесь?” или “На какой результат терапии вы рассчитываете?” При системной или групповой терапии специалист обязательно предлагает всем участникам подумать и поговорить о своих самых больших надеждах на лучшее будущее (см. главу 4).

В терапии важно помочь клиентам самим убедиться в том, что перемены возможны и что существуют новые и лучшие способы справиться с ситуацией. ОРКТ хорошо соответствует этой ценности, потому что решение заключается в разработке четко сформулированной цели через выяснение наибольших надежд клиента и различий, к которым приведет их реализация. Вопросы побуждают людей создавать детальное видение того, какой будет их жизнь, когда проблемы решатся. Прислушиваясь к разговорам (иногда о решении проблем), терапевты находят возможности предложить клиентам создать такое видение. Этот подход в меньшей степени зависит от рекомендаций терапевтов, чем подход, ориентированный на проблемы. Клиенты преисполняются надежды и мотивации,

пытаясь самоопределился. В ОРКТ терапевты противостоят любой тенденции вселять ложную надежду. Человек сам определяет свое видение перемен и, как эксперт своей ситуации, выясняет, какие аспекты желаемого будущего возможны, а какие — нет. Он обдумывает и объясняет, что реалистично, а что нет.

Вопросы о надежде отличаются от вопросов об ожиданиях. Вопрос “Чего вы ожидаете от этой терапии?” побуждает клиентов обратиться к терапевту за решением проблем. Риск тут в том, что они будут рассматривать терапевта, а не самих себя, как единственное средство достижения цели.

Второй основной вопрос ОРКТ звучит так: “Какое это будет иметь значение?” Здесь клиентам предлагают описать свое предпочтительное будущее в позитивных, конкретных и реалистичных выражениях. Многие скажут, что в предполагаемом будущем почувствуют облегчение, покой, расслабленность или счастье. Терапевт может уточнить дополнительные детали: как они отреагируют и как будут взаимодействовать? На что будет похож их день? Что будут делать по-другому, чтобы окружающие поняли, что они достигли желаемого будущего? Вопросы о различиях всегда задаются в будущем времени, поскольку надежда может быть связана только с будущим. Клиенты обычно описывают свое предпочтительное будущее как жизнь без проблемы, которая привела их на терапию, хотя у некоторых проблема все еще присутствует, но больше не беспокоит их так сильно.

Различие — важный инструмент для профессионалов и клиентов. Однако сами по себе различия — это всего лишь различия; они не возникают спонтанно. Только после распознавания их можно будет пустить в ход. “В языковой терапевтической игре история клиента заставляет специалиста рассматривать явления одним способом: пересмотр терапевтом (различие) заставляет клиента смотреть на вещи по-другому” [De Shazer, 1991, р. 56]. Терапевту необходимо найти точку или элемент в истории клиента, чтобы выработать другую точку зрения. Существует множество моментов с потенциальными различиями, и любое из них может подтолкнуть клиента относиться к жизни более позитивно.

Перемены происходят постоянно, и роль терапевта состоит в том, чтобы найти полезные изменения и усилить их. Поскольку ОРКТ нацелена на перемены и лучшее будущее, вопросы о положительных различиях считаются очень важными. Терапевт спрашивает: “Какое значение имеет

воплощение ваших лучших надежд? Каким будет ваше будущее? Что вы будете делать по-другому? Как будут отличаться ваши отношения с друзьями? В чем они поступят иначе?”

Еще один способ узнать о различиях — спрашивать об исключениях из проблемы в настоящем или прошлом: “Когда проблема тревожила вас меньше, что было иначе? Что вы делали по-другому? Что другие люди делали по-другому? Чем отличались ваши отношения?” Или исключения, относящиеся к цели: “Когда появилось представление о предпочтительном будущем (цели)?” Вопросы об исключениях очень полезны, поскольку показывают, что работает (работало) в лучшие времена. Кое-что полезное в прошлом можно применить снова, чтобы улучшить жизнь клиента. Кроме того, *вопросы измерения* (см. главу 6) пригодятся для поиска различий, которые и отличают их. Вопросы измерения могут быть заданы в связи с прогрессом клиентов, а еще для того, чтобы узнать об изменениях перед терапией, надежде, мотивации и уверенности клиентов в том, что они смогут достичь своей цели.

Упражнение 10. ПРЕДПОЛОЖИТЬ ПЕРЕМЕНЫ

Предложите своим клиентам подумать о чем-то в их жизни, что хотелось бы изменить. Скажите: “Предположим, что все может измениться. В чем вы увидите разницу? Что еще будет отличаться? А еще?” Вероятно, они назовут больше вещей, чем вы, или чем ожидалось. (Эта техника *стрелы вверх* более подробно описывается в моей книге *Practicing Positive CBT* [Bannink, 2012a] и статье *Positive CBT* [Bannink, 2013]).

Пример 4. “Да, но”

Терапевт хвалит свою клиентку за ее стратегии совладания: “Я очень впечатлен тем, как вы справляетесь с ситуацией, особенно, учитывая все ее сложности”. Клиентка выглядит озадаченной и отвечает: “Да, но видели бы вы меня вчера”. Услышав “да, но”, терапевт понимает, что нужно сбавить обороты и что клиентка видит мир не таким, каким его представляет терапевт. Поэтому задает вопрос, ориентированный на решение: “Итак, что убедит вас в успехе, пусть и небольшом, учитывая все ваши трудности?” Терапевт замечает и принимает разницу в позиции клиентки и работает дальше, не забирая слова похвалы назад.

Пример 5. В чем разница?

Клиентка, пережившая сексуальное насилие, говорит, что могла бы чувствовать себя счастливее, если бы могла лучше спать, без ночных кошмаров. Терапевт спрашивает: “Что изменит в вашей жизни то, что вы сможете лучше спать?” Женщина отвечает, что, возможно, она чувствовала бы себя немного более собранной и понемногу начала бы верить в то, что вообще возможен здоровый сон. Затем терапевт спрашивает клиентку, что изменит в ее жизни немного улучшившееся самочувствие и частичка надежды. Клиентка говорит, что она бы больше выходила на улицу, а также стала добрее к своим детям и мужу, потому что ее настроение улучшилось бы. Таким образом, при ответе на вопрос видение клиенткой предпочтительного будущего усиливается, что укрепляет надежду и повышает вероятность того, что она сделает первый шаг.

Третий основной вопрос ОРКТ: “Что эффективно?”

Специалисты могут начать с расспросов об изменениях до начала лечения (см. главу 6). Большинство клиентов пробовали другие идеи, прежде чем обратиться к психотерапевту. Возможно определить, произошли ли изменения уже до первого сеанса. До сих пор распространено предположение, что клиенты начинают меняться, когда терапевт начинает помогать им. Но перемены происходят в жизни в целом. Две трети клиентов психотерапии сообщают о положительных изменениях в период между записью на прием и первым сеансом [Miller, Duncan, & Hubble, 1997]. Акцент на изменениях высвечивает сильные стороны и ресурсы, позволяя привлечь их к работе. Особый интерес представляет то, что сделали клиенты, чтобы добиться этих изменений. Терапевт говорит: “Многие клиенты замечают, что между моментом, когда они записываются на прием, и первым сеансом все уже кажется другим. Что вы заметили в своей ситуации?”

Изучение изменений до терапии — источник новой, полезной информации. Когда нечто уже улучшилось, пусть даже совсем чуть-чуть, терапевт задает вопросы типа: “Как вам это удалось? Как вы решили это сделать? Откуда такая хорошая идея?”

Когда спрашивают о том, что работает, часто используют вопросы, позволяющие найти исключения (см. главу 6). Эти вопросы будут новыми для многих клиентов, которые больше привыкли к вопросам, ориентированным на решение проблем. Когда клиентов спрашивают об исключениях, которые были важной составляющей решений, они только начинают замечать их. Решения часто происходят из ранее непризнанных разли-

чий. Австрийско-британский философ Людвиг Витгенштейн (1889–1951) [Wittgenstein, 1968] утверждал, что исключения лежат на поверхности, и не нужно их искать. Наиболее важные аспекты скрыты из-за их простоты и привычности. Мы можем быть не в состоянии что-то заметить, потому что это всегда у нас перед глазами. По мнению Витгенштейна, терапевты не должны ничего объяснять, спекулировать или усложнять. Вот почему в ОРКТ психологи не копают вглубь, сопротивляясь искушению классифицировать или искать *суть* проблемы (с точки зрения ОРКТ сути проблемы не существует). Изучение исключений аналогично другим аспектам ОРКТ в том смысле, что учитывается система взглядов клиентов. Выслушав и изучив исключения, терапевт хвалит клиента за все, что тот сделал (см. главу 6).

Вопросы об измерении нужны, чтобы понять, что такое эффективность: “По шкале от 10 до 0, где 10 означает, что вы достигли желаемого будущего, а 0 — худшая ситуация, которую можно себе представить, где вы сейчас находитесь?” Так терапевты помогают клиентам выразить сложные, интуитивные наблюдения о прошлом опыте и оценки будущих возможностей. Еще вопросы измерения нужны для того, чтобы клиенты оценили свои наблюдения, впечатления и прогнозы. Например, можно сказать: “По шкале от 10 до 0, где 10 означает, что вы полностью уверены в том, что сможете достичь своей цели, а 0 означает, что абсолютно не уверены, где вы сейчас находитесь?” Более подробно об этом говорится в главе 6.

Пример 6. Вопросы измерения

Терапевт говорит клиенту: “У меня есть вопросы другого рода. Так называемые *вопросы измерения*, чтобы оценить ситуацию по шкале от 10 до 0. Допустим, что 10 равно тому, какой будет ваша жизнь, когда все пойдет очень хорошо, а 0 означает, как плохи были дела, когда вы записались ко мне на прием. Где вы находитесь сегодня по этому показателю? И где бы вы хотели оказаться в конце этой терапии? Что тогда изменится в вашей жизни?”

Четвертый основной вопрос ОРКТ звучит так: “Каковы будут признаки прогресса?” либо “Каким будет *ваш* следующий шаг?” Спрашивая второе, терапевт приглашает клиентов — возможно, впервые — по-настоящему подумать о том, что они сами могут сделать, чтобы улучшить ситуацию, вместо того чтобы ждать, пока терапевт или кто-то другой что-то примет.

Этот четвертый вопрос задается только тогда, когда клиенты хотят или нуждаются в дальнейшем продвижении по шкале прогресса. Когда текущее состояние является наилучшим из возможных на данный момент, терапевт продолжает беседу, спросив клиента, как тот может сохранить статус-кво. Вопрос о признаках прогресса остается открытым в отношении того, кто будет активно способствовать его достижению. Это может быть клиент, или кто-то другой, или и тот, и другой вместе. Признаком прогресса бывает что-то, что могло бы произойти без принятия клиентом каких-либо мер.

Упражнение 11. БЕЖЕВЫЙ И СИНИЙ

С помощью этого упражнения я объясняю коллегам, клиентам и студентам разницу между работой, ориентированной на *проблему*, и работой, ориентированной на *решение*. Я предлагаю им осмотреться и найти пять бежевых предметов. Затем, прежде чем они перечислят их, я быстро предлагаю им сказать, какие синие объекты они только что видели. Вероятно, они видели не так много синих объектов, и им придется перефокусироваться, чтобы найти их.

Это упражнение проясняет, как клиенты видят свою негативную ситуацию. Они описывают ее как бежевую: они не хотят бежевого и страдают от этого. Отвечая на вопросы о том, что они хотели бы иметь вместо бежевого (например, синий или их любимый цвет), они начинают фокусироваться на этом цвете как на лучшей альтернативе бежевому. “Как выглядит синяя жизнь? Когда появляются или уже были кусочки синего цвета (исключения из проблемы)? По шкале от 10 до 0, где 10 указывает на абсолютно синюю жизнь, а 0 — на абсолютно бежевую, где вы сейчас?”

Последний мой вопрос: “Что вам нужно знать о бежевом цвете, чтобы начать уделять больше внимания синему?” Ответ на этот вопрос (часто к изумлению моих коллег, студентов и клиентов): *ничего*.

Четыре основных вопроса *ОПКТ* — это *отмычки*: ключи ко многим различным замкам. Не нужно изучать и анализировать каждую блокировку (т.е. каждую проблему), прежде чем достать ключ. Ключи подходят для всех нарушений оси I и II в *DSM-5*, включая *ПТСР*.

Главы части II основаны на этих четырех вопросах. Глава 4 посвящена созданию контекста для изменений, глава 5 — фокусу на целях (вопросы 1 и 2), глава 6 — фокусу на том, что эффективно (вопрос 3), а глава 7 — акценту на прогрессе (вопрос 4). В приложении А описаны два протокола для первого сеанса.

Пример 7. Работать из будущего назад

Коллега описал терапию 14-летней девочки, которая подверглась жестокому обращению. Она отказывалась посещать школу в течение двух лет. Девочка вошла в кабинет моего коллеги с выбритыми волосами и татуировками на голове. Она обращалась ко многим терапевтам, социальным работникам, психологам и школьным консультантам, потому что была очень зла. Мой коллега сказал ей: "Вы всем рассказывали о своем прошлом; теперь давайте поговорим о ваших мечтах на будущее". Ее лицо просияло, когда она сказала, что мечтает стать принцессой. Терапевт спросил, что значит понятие "принцесса". Девочка говорила о том, что будет народной принцессой, заботливой и щедрой. Она описала принцессу как стройную и хорошо одетую. Они начали говорить о том, чем будет заниматься эта принцесса.

Принцесса была социальным работником. Тогда мой коллега сказал: "Хорошо, представим, что прошло десять лет, и вы выучились на социального работника. В каком университете вы учились?" Клиентка ответила, и терапевт спросил: "Какие книги вы читали? Что изучали?" Клиентка сказала: "Психологию, социологию и еще кое-что". Тогда мой коллега спросил: "Помните, когда вам было четырнадцать? Вы два года не ходили в школу. Помните, как вернулись к учебе?" Клиентка сказала: "Мне помог психиатр". И тогда терапевт задал важный вопрос: "Как он вам помог?" Девочка рассказала о том, как позвонила по телефону в школу. Мой коллега спросил: "Кто говорил? Это сделали вы или ваш терапевт?" Клиентка ответила: "Психиатр сказал, но назначил встречу, чтобы мы пошли в школу". Коллега спросил: "Вы помните, как пожали руку учителю, когда вошли? Как вы выглядели, и что на вас было надето?" Клиентка подробно рассказала о том, на что была похожа эта встреча, оглядываясь назад из будущего. Она описала разговоры, упомянула, какой уверенной она была и как хорошо говорила.

Месяц спустя клиентка сказала моему коллеге: "Я думаю, нам пора идти в школу. Вы можете позвонить и договориться о встрече?" Во время встречи клиентка блистала.

Коллега встретил свою клиентку некоторое время спустя. Девушка стала квалифицированным социальным работником — осуществила свою мечту.

Краткое сравнение ПП и ОРКТ

Сравнивая и противопоставляя ПП и ОРКТ, исследователи пришли к выводу, что они полезны друг другу [Bannink & Jackson, 2013a]. ОРКТ позаимствовала теорию и практику ПП, а ПП опирается на теорию и язык

ОПКТ. Краткосрочная терапия может быть скорее искусством, чем наукой, а позитивная психология — скорее наукой, чем искусством, но они плодотворно пересекаются в любом практическом стремлении к процветанию человечества.

ПП и ОПКТ — научно обоснованные формы психотерапии [Fredrickson, 2009; Seligman, 2011]. Исследования в ПП выполняются теми же научными методами, что и традиционные исследования, но по большей части ориентированы на измерение, понимание и формирование тех характеристик, которые делают жизнь наиболее стоящей.

Метааналитические обзоры результатов исследования [Macdonald, 2011; Franklin et al., 2012] показали, что ОПКТ имеет небольшой или умеренно положительный результат для широкого круга тем и групп населения. В недавних, хорошо спланированных исследованиях ОПКТ сравнивали с общепринятыми методами, и было показано, что она эквивалентна другим научно обоснованным подходам, дающим результаты за значительно меньшее время и с меньшими затратами. Было проанализировано 43 исследования [Gingerich & Peterson, 2013]. В 32 исследованиях (74%) сообщалось о значительном положительном эффекте от ОПКТ; в 10 (23%) — о положительных тенденциях. Наиболее убедительные доказательства эффективности были получены при лечении депрессии у взрослых, где четыре отдельных исследования показали, что ОПКТ сопоставима с хорошо зарекомендовавшими себя альтернативными методами лечения. В трех исследованиях изучалась продолжительность терапии, и все они показали, что для ОПКТ требовалось меньше сеансов, чем для альтернативных методов лечения. Был сделан вывод, что рассмотренные исследования представляют убедительные доказательства эффективности ОПКТ для широкого спектра поведенческих и психологических последствий и, кроме того, оправдана краткость и доступность этого метода.

Различия в терапевтических подходах к травме

Предмет фокуса клиентов (и их терапевтов) имеет тенденцию увеличиваться и расширяться как в сознании, так и в жизни. В табл. 3.1 представлено сравнение двух терапевтических подходов к травме. Это сравнение показывает, как сдвиг парадигмы от подхода, ориентированного на решение проблем, к подходу, основанному на сильных сторонах и разработке решений, применяется для того, чтобы выжить и процветать.

Таблица 3.1. Различия в терапевтических подходах к травме

Подход к травме, ориентированный на решение проблем	Подход к травме, ориентированный на сильные стороны и решения
Фокус на прошлом или настоящем и на проблемах	Фокус на желаемом будущем и решениях
Фокус на негативных эмоциях	Фокус на позитивных эмоциях, при этом негативные эмоции также признаются
Причинно-следственная модель в действии: фокус на причинах проблем (анализ проблем)	Причинно-следственная модель не используется: фокус на том, чего клиенты хотят по-другому в своей жизни (анализ целей)
Определение провоцирующих, предрасполагающих и увековечивающих проблеме факторов	Определение эффективных факторов (исключения и предыдущие успехи)
Использование термина "пациент" (медицинская модель)	Использование термина "клиент" (немедицинская модель)
Использование теории изменений терапевта	Использование теории изменений клиента
Разговоры о том, чего пациент не хочет (проблема)	Разговоры о том, чего хочет клиент (вместо проблемы)
Пациент считается "поврежденным" человеком; терапевт спрашивает, как на пациента повлияли травматические переживания (модель дефективности)	Клиент считается человеком, подвергшимся влиянию переживаний, но не "поврежденным", а обладающим сильными сторонами и ресурсами; терапевт спрашивает, как клиент отреагировал на травмирующий опыт (модель ресурсов)
Поиск проблем и слабых мест	Поиск решений и сильных сторон
(Иногда) пациенты кажутся немотивированными (концепция сопротивления)	Клиенты всегда мотивированны (хотя их цель может отличаться от цели терапевта)
Запоминание и выражение негативного аффекта как цель лечения	Индивидуализация цели для каждого клиента; запоминание и выражение негативного аффекта необязательно
Возможна конфронтация с терапевтом	Принятие терапевтом точки зрения клиента (терапевт спрашивает: "Чем это полезно?")

Подход к травме, ориентированный на решение проблем	Подход к травме, ориентированный на сильные стороны и решения
Интерпретация невозможного и разговоры о нем	Признание, валидация и разговоры о возможностях
Терапевт — эксперт, обладающий специальными знаниями в отношении травмы, которой подвергается пациент; терапевт дает советы пациенту	Клиент и терапевт обладают определенным опытом; терапевт задает вопросы, чтобы понять опыт клиента
Проблема вечна	Всегда существуют исключения из проблемы
Предполагается длительное лечение	Предполагается варьируемый, индивидуальный срок лечения
Механизмы преодоления еще нужно изучить	Механизмы преодоления уже существуют
Требуются большие изменения	Небольших изменений часто бывает достаточно
Прозрение или понимание как предварительное условие лечения	Прозрение или понимание приходит во время или после лечения
Беседы сфокусированы на понимании и проработке проблемы	Беседы сосредоточены на ответственности и действиях
(Иногда) требуется обратная связь с пациентом в конце терапии	Обратная связь с клиентом после каждого сеанса
Терапевт уполномочен определять окончание лечения	Клиент может определять окончание лечения

В первой части (главы 1–3) были рассмотрены теория и исследования — информация о том, как клиенты двигаются в сторону посттравматического успеха. Теперь пришло время перейти ко второй части и рассмотреть множество применений теории и исследований в работе с детьми и взрослыми.

Резюме

- В традиционной психотерапии используется медицинская модель решения проблем. Основное внимание уделяется анализу проблем и способам их устранения. В оценках редко упоминаются (если вообще когда-либо упоминаются) сильные стороны, ресурсы и способности клиента. Однако именно способности, сильные стороны, ресурсы и решения наиболее важны в вопросе содействия переменам.
- Позитивная психология сфокусирована главным образом на сильных сторонах; краткосрочная терапия, ориентированная на решение, обращена на то, что эффективно.
- Как терапия, ориентированная на решение, так и позитивная психология полезны друг другу: в краткосрочной терапии учитываются исследования и практики ПП, а в ПП — исследования и язык краткосрочной терапии. ОРКТ можно считать скорее искусством, чем наукой, а ПП — скорее наукой, чем искусством, но они плодотворно пересекаются в любом практическом стремлении к процветанию человечества.
- Описаны различия между подходами к травме, ориентированными на проблему и на сильные стороны. Подход, ориентированный на решение проблем, сосредоточен на понимании и преодолении травмы, а подход, ориентированный на сильные стороны и решения, отсылает к обсуждению того, чего хотят клиенты, чтобы вместо травмы сосредоточиться на ответственности и действиях.

ЧАСТЬ II

.....

РЕАЛИЗАЦИЯ

Создание условий для перемен

Виктор Франкл [Frankl, 1963], австрийский психиатр, переживший Холокост, утверждал, что, когда человек больше не в состоянии повлиять на ситуацию, приходится меняться самому. Эта глава посвящена созданию контекста для изменений, чтобы помочь клиентам перейти от последствий травмы к выздоровлению и, возможно, посттравматическому росту или стать (более) устойчивыми. Глава начинается с того, как достичь взаимопонимания с клиентами и создать позитивный терапевтический альянс — необходимое условие изменений во всех формах психотерапии.

Признание и валидация переживаний клиентов — второе предварительное условие терапевтического процесса. Важно дать клиентам понять, что их переживания, отношение и действия были услышаны и приняты к сведению, и *нормализовать* их. Они не плохие, не странные и не сумасшедшие, такую же реакцию испытали на себе многие другие люди. Вселять надежду и оптимизм крайне важно, потому что многие пережившие травму сталкиваются с очень трудными временами, прежде чем обратиться к специалисту, и полны безнадежности и пессимизма по поводу возможности перемен и лучшего будущего.

Терапевтический альянс

Терапия начинается с установления *раппорта* — позитивных рабочих отношений — с клиентами. Концепция терапевтического альянса имеет долгую историю. Вероятно, за последние десятилетия не было написано ни одной книги по психотерапии, в которой не упоминалась бы роль отношений между специалистом и клиентом. Несмотря на то что они считались достижением психоаналитической традиции, в настоящее время

они выступают, скорее, в качестве необходимого условия изменений во всех формах психотерапии. Терапевтический альянс был определен многими способами, и вопреки разнообразию определений консенсус заключается в том, что альянс представляет собой позитивную привязанность между терапевтом и клиентом, а также активное и совместное участие всех тех, кто вовлечен в терапевтические задачи, направленные на оказание помощи клиенту. Вот лишь несколько фактов из исследования терапевтических отношений [Constantino, Castonguay, & Schut, 2002].

- Альянс в значительной степени связан с улучшением качества обслуживания клиентов и является надежным параметром прогнозирования результата.
- И клиент, и терапевт вносят существенный вклад в качество альянса.
- Истории взаимоотношений клиента и терапевта оказывают влияние на терапевтические отношения.
- Качество альянса определяется взаимодополняющими действиями между клиентом и терапевтом, а не отдельным поведением любого из участников.

Клинические исследователи сосредоточились на одном аспекте психотерапии, который, по-видимому, не имеет большого значения, — типе проводимой терапии. Вклад психологов в достижение результата перевешивает различия в лечении; личность психолога имеет решающее значение. Было обнаружено, что наиболее изученный общий фактор — альянс между психологом и клиентом — надежная гарантия положительного исхода [Wampold, 2001]. Независимо от теоретической ориентации или профессиональной дисциплины, прочность отношений между терапевтом и клиентом неизменно ассоциируется с эффективным результатом лечения. Это особенно верно в отношении оценки отношений клиентом; оценки альянса клиентами имеют более сильную связь с результатом, чем оценки терапевтов. Более того, оценки на ранних стадиях лечения в большей степени предсказывают исход, чем оценки, полученные позже в процессе.

Тем не менее лишь несколько исследований были разработаны для оценки психологических эффектов, несмотря на тот факт, что их игнорирование искажает результаты. Движение за доказательную терапию делает акцент на методах лечения, даже несмотря на данные о том, что тип терапии очень мало влияет на вариабельность результатов, а важные для психологов и клиентов аспекты лечения, которые, как было

доказано, влияют на вариабельность результатов, были проигнорированы. Исследования показывают, что альянс особенно хорошо предсказывает результат, если оценивать его на ранней стадии в процессе лечения, а плохой ранний альянс отталкивает клиентов. Подразумевается, что обратить внимание на качество отношений необходимо сразу же после начала терапии.

Следовательно, терапевты должны прилагать явные усилия для создания позитивного и прочного альянса в процессе лечения. Они также должны систематически контролировать взаимодействие с одним из доступных в настоящее время инструментов, а не полагаться только на свои клинические впечатления (см. главу 9). Важно иметь в виду, что точка зрения клиента на альянс (а не терапевта!) — наиболее очевидный фактор предсказания исхода, и клиентов следует просить заполнить показатели альянса на ранней стадии терапии. С точки зрения ОРКТ [De Shazer, 1991] терапевтические отношения — это согласованные усилия, основанные на единстве и сотрудничестве, когда терапевт и клиент совместно фокусируются на трех моментах: *исключениях, целях и решениях*. Так, терапевт и клиент совместно придают значение аспектам жизни клиента и оправдывают действия, направленные на поиск решения.

Взаимоотношения с посетителями, заявителями и потребителями

В ОРКТ используются следующие термины для оценки альянса между клиентом и терапевтом: включает ли он отношения с посетителем, отношения с заявителем или отношения с потребителем? Для удобства термины сокращены до *посетителя* (visitor), *заявителя* (complainant) и *потребителя* (customer), хотя они относятся не к качеству клиентов как таковому, а к типу отношений между терапевтом и каждым отдельным клиентом. Задача всех психологов состоит в том, чтобы предложить каждому клиенту стать (или остаться) потребителем. Часто случается, что клиенты начинают терапию с позиции посетителя или заявителя в своих отношениях с терапевтом. Ранняя оценка уровня мотивации каждого клиента имеет особое значение при разработке стратегии и составлении рекомендаций по домашнему заданию.

В *отношениях с посетителем* терапия является санкционированной (врачом, партнером, страховой компанией, работодателем). У такого клиента нет личных проблем; у других есть проблемы с ним или они видят

в нем проблему. Естественно, у такого клиента не было мотивации менять свое поведение. Часто цель в таком случае — сохранить отношения с человеком, который инициирует терапию, или освободиться от него как можно скорее.

Терапевты должны создать атмосферу, в которой возможно позвать на помощь. Чего клиент хочет достичь через отношения с терапевтом? Какие изменения в своем поведении в результате терапии хотел бы видеть человек, направляющий клиента на терапию, и в какой степени клиент готов сотрудничать? Вот несколько советов.

- Предполагайте, что у клиентов есть веские причины думать и вести себя именно так, как они это делают.
- Не будьте осуждающими и поинтересуйтесь, почему клиент занимает оборонительную позицию.
- Спросите, каких изменений, по мнению клиента, ждет человек, направивший его на терапию.
- Спросите клиента о его мнении по этому поводу и о том, какими могут быть его минимальные усилия.

Упражнение 12. ОПРЕДЕЛИТЬ НЕВОЛЬНОГО КЛИЕНТА

Оцените, пришел ли клиент на терапию добровольно. Подумайте, кто из клиентов указал, чего хочет от сеансов. Хотят ли клиенты чего-то добиться, приходя к вам? Или есть другие люди (например, родители либо работодатель), которые хотят чего-то от клиента и видят в нем проблему? Если ответ на первый вопрос отрицательный, значит, у клиента нет цели (за исключением, может быть, цели доставить удовольствие или избавиться от опеки). Если же ваш клиент говорит, что кто-то другой заставляет его прийти, то это невольный клиент, посетитель.

В случае *отношений с заявителем* у клиента есть проблема, и он страдает от нее, но не видит себя частью этой проблемы или ее решения. Клиент не чувствует необходимости менять свое поведение; он думает, что кто-то другой виноват в проблеме и должен измениться.

Терапевт выражает признательность и спрашивает о сильных сторонах и способностях клиента (например: “Как вы справляетесь?”). Терапевт предлагает поговорить об исключениях из проблемы: моментах, когда проблема присутствовала в меньшей степени, или моментах, когда уже есть признак того, чего клиент действительно хочет, вместо того, чего он не хочет. Таким

образом, клиентам предлагается подумать и поговорить о своем предпочтительном будущем (без проблем), а не сосредоточиваться на проблеме.

В таких отношениях есть несколько способов превратить проблемы клиента с кем-то другим или со своей ситуацией в выполнимые цели [Walter & Peller, 1992]. Терапевт может указать клиенту на то, что тот не может изменить другого человека или обстоятельства: “Я хотел бы помочь вам с этим, но я не волшебник. Чем еще могу помочь?” или “В каком смысле этот аспект превращается для вас в проблему?”

Второй способ — изучить позитивный сценарий и найти исключения из проблемы. “Представьте, что (*другой человек или ситуация*) меняются, как вы хотите. Что бы вы заметили в нем или в ней особенного? Что бы вы заметили в себе особенного? Какое значение это будет иметь для ваших отношений? В какой момент это уже происходит (*или происходило*)?”

Еще один способ — исследовать менее позитивный, но иногда более реалистичный сценарий будущего без изменений в другом человеке или ситуации. Терапевт спрашивает: “Что вы еще можете сделать, чтобы улучшить ситуацию?” Или терапевт может исследовать цель клиента: “Чего вы надеетесь достигнуть через это решение?”

История 13. О, страдания, я вас люблю!

Альберт Эллис, один из основателей КПТ, был хорошо известным автором рациональных юмористических песен. В некоторых из этих песен нашла отражение позиция клиентов в отношениях с заявителем. Одна из песен называется “О, страдания, я вас люблю!”

Упражнение 13. ЖАЛОБЫ НА ДРУГОГО

Для выполнения этого упражнения выберите коллегу или партнера. Попросите его пожаловаться на кого-то (не на вас!), кого он хотел бы изменить. Попросите его каждый раз озвучивать одну и ту же жалобу, чтобы суметь попрактиковаться в стратегиях, описанных выше. Обратите внимание на различия, вызванные каждой стратегией. Затем поменяйтесь ролями. В роли клиента на материале разного типа вопросов вы сможете многому научиться.

В *отношениях с потребителем* клиент видит себя частью проблемы и/или решения и мотивирован на перемены. В его просьбе о помощи присутствует слово “я” или “мы”: “Что я могу сделать, чтобы решить эту

проблему?” или “Как мы можем убедиться, что восстановим хорошие отношения?” Терапия с потребителями — настоящий подарок (и дает терапевтам столь необходимое положительное подкрепление насчет их компетентности и эффективности как профессионалов).

На первом сеансе часто обнаруживается: клиенты “жалуются” и думают, что кто-то другой должен измениться. Обратите внимание, что трихотомия между посетителем, заявителем и потребителем лишена определенной ценности: каждая позиция клиента подтверждена и принята; тот факт, что он пришел, уже делает его посетителем, потому что он также мог бы решить не приходить. Правило взаимности и симпатия клиента к терапевту — сильные факторы влияния. Compliments клиентам за то, что они пришли, помогают установить хорошие отношения (см. главу 6) [Cialdini, 1984].

Соппротивление

В традиционных методах терапии используются концепции *сопротивления* и *несоответствия*. Но лучше акцентироваться на сотрудничестве с клиентами, которые показывают терапевту, как, по их мнению, происходят изменения. Поскольку специалисты понимают мышление клиентов и действуют соответственно, для сотрудничества всегда найдется место. Ища сопротивление в другом человеке, терапевты не могут видеть его усилий к сотрудничеству. Если, с другой стороны, они видят уникальный способ взаимодействия, они не могут заметить сопротивления.

Некоторые исследователи считают, что признаки сопротивления на самом деле являются особым путем взаимодействия для определенных клиентов [De Shazer, 1984]. Например, клиенты, которые не выполняют назначенную домашнюю работу, не демонстрируют сопротивления, а фактически сотрудничают, потому что таким образом указывают на то, что задание им не подходит. Клиенты способны определить, чего хотят и каким способом достичь этого. Задача специалиста — помочь обнаружить эти качества и задействовать их в создании желаемого будущего.

Согласно концепции сопротивления терапевт и клиент предстают противостоящими друг другу теннисистами. Они вовлечены в борьбу друг с другом, и терапевту необходимо победить, чтобы терапия была успешной. Если опираться на взаимодействие как центральную концепцию, терапевт и клиент подобны игрокам, находящимся по одну сторону сетки. Сотрудничество — это необходимость, хотя иногда нужно сражаться

бок о бок со своим партнером, чтобы совместными усилиями победить своего общего противника [De Shazer, 1984, p. 13].

В таком случае противник — проблема. Эта точка зрения связана с нарративным подходом [White & Epston, 1990], когда *экстернализация проблемы* (взгляд на проблему как на врага) — распространенное вмешательство (см. главу 7).

Если терапевты раздражаются и теряют уверенность в себе, происходит *контрперенос* — негативная реакция терапевтов на поведение своих клиентов. Например, терапевты (ошибочно) считают клиента потребителем, хотя по-прежнему существуют отношения с посетителем или заявителем.

Когда клиенты сердиты или кажутся немотивированными в отношении какой-либо темы, терапевту полезно напомнить себе, что проблема не в них и следует искать (лучший) способ сотрудничества. Сопротивление сигнализирует о необходимости постановки вопроса о том, на какие значимые моменты оно указывает, вместо того чтобы делать вывод, будто клиент сопротивляется или немотивирован. Это в равной степени относится как к добровольным, так и к недобровольным клиентам.

Сосредоточиться на переменах

Была разработана теория об этапах изменения поведения, которую в общих чертах можно сравнить с терминами, упомянутыми выше [Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994]. Когда клиенты занимают *безразличную или неосведомленную позицию* (позиция посетителя), акцент делается на сборе информации и установлении связи между поведением, которое необходимо изменить, и тревогами, с которыми сталкиваются другие. На следующем этапе, когда клиенты рассматривают *возможность изменений* (позиция заявителя), акцент переносится на принятие решения и инициирование желаемого поведения. За этим следуют этапы *изменения* (работа над достижением своей цели; позиция потребителя), *поддержания поведения* и *возможного рецидива*.

Один из принципов *мотивационного интервью* [Miller & Rollnick, 2002] — безоговорочное принятие позиции клиента. Терапевты строят отношения, исходя из сотрудничества, индивидуальной ответственности и самостоятельности. Работа с клиентами без нравоучений затрудняется, если специалист не готов или неспособен отложить собственные

(ошибочные) представления о проблемном поведении и не навешивать ярлыки на поведение своих клиентов.

Эффективные терапевты реагируют с сочувствием, избегают дискуссий и повышают самооффективность клиентов. Был предложен термин *разговоры об изменениях* [Miller & Rollnick, 2002]. Это метод научной коммуникации, чтобы усилить внутреннюю мотивацию клиентов к переменам путем подчеркивания преимуществ изменения поведения. Так клиенты подготовятся к переменам. Чтобы начать разговор об изменениях, было предложено задавать открытые вопросы типа: “Как бы вы хотели, чтобы все изменилось? Какой вы видите свою жизнь через пять лет?”

Предлагая клиентам рассказать о предпочтительном будущем (целях), способностях и успехах, а также поискать исключения (моменты, в которых были или предвидятся успехи), терапевты могут побудить посетителей и заявителей превратиться в потребителей. Вопросы о способностях стимулируют разговоры об успехах и комплименты самому себе, что подпитывает чувство собственного достоинства. Фокус на желаемом будущем способствует изменениям в желаемом направлении (см. главу 5).

Роль терапевта тоже меняется

Специалист постоянно напоминает клиентам, что они не могут изменить других людей, только самих себя. Какая ирония! Ведь терапевтов, как правило, обучают разрабатывать план лечения и приходить на сеансы с намерением изменить как раз-таки клиентов! К счастью, роль терапевтов тоже меняется. Вместо того чтобы быть единственным экспертом в комнате, тем, кто исследует и анализирует проблему, а затем дает советы о том, как ее решить (как в традиционных формах терапии), психолог теперь берет на себя роль того, кто не давит и не тянет. Он остается на шаг позади и смотрит в том же направлении, что и клиенты (в сторону желаемого ими будущего). Эта позиция так и называется — *на шаг позади*. Клиенты считаются экспертами, а терапевты пребывают в неведении; через вопросы ОРКТ [Bannink, 2007, 2008а, 2010а] они приглашают клиентов поделиться знаниями и опытом, чтобы достичь желаемого будущего. После тридцати лет клинической практики я точно знаю, что решения всегда где-то рядом.

Еще психолог меняет фокус своего внимания, по возможности позитивно подкрепляя *разговоры о сильных сторонах и решениях* (подкрепление разговоров о целях, исключениях, возможностях, сильных сторонах и

ресурсах) и не поощряя обсуждение *проблем* (отказ от разговоров о проблемах, причинах, невозможности и слабых сторонах). Это не означает, что клиентам не разрешается говорить о проблемах или что такой подход *проблемофобный*. Разница в том, что терапевты не ищут подробности о представленной проблеме, а значит, не усиливают ее обсуждение. Однако они просят предоставить подробное описание целей, решений, исключений, сильных сторон и способностей, тем самым подкрепляя обсуждение решений.

Начало первого сеанса

Иногда все начинается позитивно, с вопросов о повседневной жизни клиента, например: “Кем выработаете?” или (если клиент ребенок) “В каком классе вы учитесь?” За этим следуют вопросы типа “Что вам нравится в вашей работе? В чем вы хороши? Что любите делать в свободное время?” или “Какой ваш любимый предмет в школе? Кто любимый учитель?” Эти вопросы призваны растопить лед и добыть полезную информацию о сильных сторонах и решениях, уже присутствующих в жизни клиента. Они задают тон для более легкой беседы, чем, возможно, ожидали клиенты.

Дальше можно спросить о целях прихода на терапию или о проблемах, которые хотелось бы урегулировать в ходе терапии. Хороший способ начать эту часть сеанса — спросить: “Каков будет наилучший результат вашего визита ко мне?”

Многим клиентам нравится иметь возможность поговорить о своих трудностях, не в последнюю очередь потому, что они думают: именно в этом заключается цель терапии. Можно с уважением выслушать их истории, но не расспрашивать о подробностях проблемы, поэтому разговор о ней не дает положительного подкрепления (см. главу 7). С вопросом “В чем заключается проблема для вас?” клиенты часто начинают говорить о проблеме по-другому. Еще полезно разъяснить, как работает терапевт, поскольку в настоящее время возможен другой вид терапии: терапия, ориентированная на сильные стороны и решения. Эта терапия посвящена возможностям, а не невозможному, и сильным сторонам, а не слабостям. В таком ключе можно спросить: “Как вы думаете, сколько сеансов нужно, чтобы рассказать о своих проблемах и о том, что с вами не так, прежде чем начать рассматривать предпочтительное будущее и то, что с вами в порядке?” Четыре основных вопроса, ориентированных на решение, для первого занятия подробно описаны в главе 3.

Нормализация и переосмысление

Умение терапевта нормализовать ситуацию нужно для депатологизации проблем клиента, чтобы взглянуть на них как на обычные жизненные трудности. Люди должны успокоиться в отношении своей проблемы и осознать, что наличие этой неприятности не делает их ненормальными. Мысль о том, что иметь проблему ненормально, порождает еще одну преграду. Люди более сострадательны к самим себе и испытывают меньший негативный аффект, когда видят, что у других те же проблемы, что и у них.

Желательно по возможности нормализовать и нейтрализовать как саму проблему, так и способы, которыми клиент и его окружение реагируют на нее. Например: “Конечно, вы разозлились, когда услышали это” или “Логично, что вы так подумали”. Важен нейтральный язык; следует избегать обвинений, угроз, оскорбительных высказываний и других слов с негативным эмоциональным подтекстом. Нормализация успокаивает клиента, меняет моральные суждения другого человека и поощряет понимание.

Важно всегда иметь в виду, что клиенты — это не *проблема*, а отдельные лица, у которых *есть* проблема. Лучше избегать ярлыков *депрессия* и *пограничный*. В конце концов, люди — это гораздо больше, чем их проблема или диагноз. Диагноз не должен быть ярлыком. Он должен быть мостиком к поддержке, позволяющей раскрыть потенциал. Вместо “Тенри в депрессии” можно было бы сказать: “Тенри страдает от приступов депрессии”. Здесь важно различать *личность* и *болезнь*, а также изучить последствия болезни для человека [O’Hanlon & Rowan, 2003]. Спрашивайте не о том, какая *болезнь* у этого человека, а о том, у какого *человека* эта *болезнь*. Это приводит к переосмыслению травматических событий с точки зрения выживания и героизма, а не виктимизации.

Подтверждение и валидация

Терапия с людьми, пережившими травму, будет невозможна, если негативное влияние проблемы на клиента останется непризнанным. Клиенты часто находятся в очень тяжелом положении и, как правило, хотят поговорить об этом. Психолог с уважением выслушивает их историю и как можно скорее переходит к более позитивным мыслям. Но будет ошибкой полагать, что достаточное признание возможно только в том случае, если проблема полностью разобрана и проанализирована или если клиенту представлены все возможности для изложения своего взгляда на неприятность.

Высказывания терапевта, такие как “Понимаю, для вас это, должно быть, очень неприятная ситуация, и я могу представить, как трудно выбраться из тупика”, — также являются признанием и занимают значительно меньше времени, чем когда клиент описывает проблему в целом. Кроме того, настроение на сеансе может оставаться позитивным, если основное внимание уделено тому, что клиенты хотят иметь, а не их проблемам. Спрашивая, что они до сих пор пытались сделать для устранения трудностей, терапевт также оказывает признание, поскольку большинство клиентов все же предприняли кое-что до начала терапии. Однако более позитивный вопрос: “Что вы уже пробовали, что было полезно, хотя бы немного?” побуждает клиентов говорить о своих успехах (какими бы незначительными они ни были), а не о неудачах. Можно предложить клиенту выбор, спросив: “Хотели бы вы проводить эти сеансы с акцентом на сильные стороны и решения или с акцентом на проблему?” По моему опыту, мотивированные к переменам клиенты выбирают подход, ориентированный на сильные стороны и решения. Клиенты, которые (пока) не видят себя частью проблемы и/или решения, часто выбирают сеансы, ориентированные на проблему. Предположительно они делают такой выбор, потому что это пока не требует от них каких-либо действий. В конце концов, при подходе, ориентированном на проблему, прежде чем предпринимать какие-либо попытки изменить поведение, неприятность должна быть сначала проанализирована и исследована. Необходимо разузнать об источнике проблемы или причине ее сохранения. Таким образом, терапевт хотя бы получит представление о том, какие клиенты мотивированы изменить свое поведение, а какие — нет. Вот вопросы, предполагающие подтверждение.

- Как вы справляетесь? Как вам удастся держаться на плаву?
- Как вы убеждаетесь, что ситуация не станет хуже, чем она есть на самом деле? На какие сильные стороны и ресурсы вы опираетесь?
- Могу сказать, что это действительно проблема, и я понимаю, как ситуация неприятна. Что бы вы хотели изменить?
- В чем вы видите здесь проблему?
- Вижу, что для вас важно. Какие решения удовлетворили бы ваши пожелания?
- Предположим, вам была предоставлена одна возможность сказать то, что абсолютно необходимо сказать, прежде чем мы продолжим. Что бы это было?

Когда клиенты (или их терапевты) думают, что нужно проработать прошлую травму или подробно рассказать о том, что произошло, они говорят, что у них есть теория насчет того, что поможет и изменит ситуацию. Решая принять участие в этих часто насыщенных проблемами беседах, терапевт все равно может искать и инициировать возможности, чтобы помочь клиентам определить, какие изменения, по их мнению, произойдут в результате обсуждения прошлого опыта (в рамках решений и целей). Вопросы, которые могут вызвать некоторые сомнения в теории изменений клиента, заключаются в следующем.

- Как, по-вашему, разговор об этом опыте поможет добиться желаемых изменений?
- Как вы узнаете (какие признаки подскажут вам), что мы достаточно поговорили об этом событии, чтобы больше сосредоточиться на том, куда вы хотели бы двигаться, а не на том, где были?
- Каковы будут первые признаки того, что прошлое осталось позади?

Клиенты восстанавливают контроль, когда им дают возможность выбора. Терапевт может сказать: “Одни мои клиенты смогли внести определенные изменения, которых хотите и вы, не возвращаясь назад и не пытаясь понять, что было в прошлом. Другие утверждают, что исследовать прошлое — полезно. Некоторые сначала внесли желаемые изменения, а затем мы рассмотрели возможные причины проблемы. Как думаете, что будет наиболее полезным для вас?”

Важно подтвердить точку зрения клиента: “Конечно, у вас должна быть веская причина для всего этого; пожалуйста, расскажите мне подробнее”. Таким образом, терапевт показывает, что уважает мнение и идеи клиентов. Пускай в начале первого сеанса у них будет одна возможность сказать то, что *определенно должно быть сказано*, прежде чем переключиться на желаемые изменения. Это стало проверенным методом управления конфликтами, ориентированным на решение [Bannink, 2008b, 2009b, 2010b].

Был предложен ориентированный на решение способ работы в настоящем и в направлении будущего для устранения травмы [O’Hanlon, 1999] (см. главу 7). Прежде всего, это признание фактов наряду с настоящим и прошлым внутренним переживанием травмы. Далее фокус смещается к помощи клиентам научиться ценить, контролировать и общаться с диссоциированными аспектами себя. Наконец, клиенты развивают четкое представление о будущем с его возможностями.

Давным-давно жители одной деревни голодали, потому что боялись дракона на своих полях. Однажды в деревню пришел путешественник и попросил поесть. Местные жители объяснили, что не осмеливались собирать урожай, потому что боялись дракона. Услышав их историю, путешественник предложил убить дракона, но, добравшись до полей, увидел только большой арбуз. Он сказал жителям деревни, что им нечего бояться, потому что там не было никакого дракона, только арбуз. Тогда люди разозлились на его отказ понять их страх и изрубили путешественника на куски.

Мимо деревни проходил другой путешественник и тоже предложил убить дракона, к большому облегчению жителей. Сказав, что они ошиблись насчет дракона, он также был убит.

Тем временем люди приходили в отчаяние, но тут в деревню пришел третий путешественник. Он пообещал убить дракона, чтобы они могли отправиться на свои поля собирать урожай. Увидев гигантский арбуз, путешественник на мгновение задумался, а затем выхватил меч и разрубил арбуз на куски. Он вернулся в деревню и сказал людям, что убил дракона. Жители деревни были очень счастливы. Путешественник пробыл в деревне долго, достаточно долго, чтобы научить людей отличать драконов от арбузов.

Автор неизвестен

Пример 8. Никто не понимает, через что я прошла

Клиентка в детстве подверглась сексуальному насилию со стороны своего отца. Позже у нее развились симптомы посттравматического стрессового расстройства: онемение, ночные кошмары и сексуальные проблемы. Она никогда не рассказывала о своих травматических переживаниях и утверждает, что "никто не понимает, через что я прошла". Терапевт задает ей вопрос, ориентированный на решение: "Предположим, кто-то мог бы понять; какое это имело бы значение для вас? Что тогда изменилось бы в вашей жизни? Что еще было бы по-другому?" Клиентка отвечает, что она чувствовала бы себя менее одинокой и более связанной с миром. Она бы чаще выходила на улицу и старалась поговорить со своим парнем о том, что с ней случилось. В этот момент она понимает, что, хотя ее парень не совсем понимает ее страдания, она все равно могла бы начать делиться с ним своим опытом.

Вселяя надежду и оптимизм

Вот две ситуации, которые могут привести к чувству безнадежности: человек чувствует себя неуверенно, боясь, что все изменится непредвиденным образом. Или же он чувствует, что перемены необходимы, но боится, что ничего никогда не изменится. В обеих ситуациях возникает всепоглощающее чувство потери контроля над будущим. Различают две основные реакции на трудности: отчаяние и надежда [Fredrickson, 2009]. В отчаянии негатив умножается. Страх и неуверенность перерастают в стресс, сменяющийся безнадежной грустью или стыдом. Депрессия подавляет все формы позитивности, и все возможности для подлинных связей с другими людьми теряются. Отчаяние открывает врата для нисходящей спирали. С другой стороны, есть надежда. Это не зеркальное отражение депрессии. Надежда сосуществует с негативом и является почвой для дальнейшего позитива, поскольку человек общается с другими. Надежда открывает врата к восходящей спирали, чтобы была возможность опраться от трудностей и стать еще сильнее и находчивее, чем раньше.

Надежда — это убежденность в том, что будущее будет лучше, чем настоящее (как и в оптимизме), и вера в то, что человек может повлиять на это (путевое и управленческое мышление; см. ниже). Надежда — одна из 24 сильных сторон характера в области *трансцендентности* (см. главу 6). Вот пять сильных сторон, которые позволяют человеку устанавливать связи с миром и придавать ему смысл:

- 1) понимание красоты;
- 2) благодарность;
- 3) надежда;
- 4) юмор и любопытство;
- 5) духовность.

Теория надежды

С 1950-х гг. врачи и психологи указывали на роль надежды в здоровье и благополучии людей. В своем обращении к Американской психиатрической ассоциации Карл Меннингер [Menninger, 1959] сказал, что надежда — это неиспользованный источник силы и исцеления. Он считал надежду незаменимым фактором в психиатрическом лечении и психиатрической подготовке. Интерес к надежде в психотерапии изначально

был направлен на уменьшение отчаяния, а не на усиление обнадеживающих мыслей. Учитывая связь между отчаянием и самоубийством, исследователи сосредоточились на борьбе с безнадежностью. Их определение безнадежности — это “система когнитивных схем, объединенных под названием «ожидания относительно будущего»” [Beck, Weissman, Lester, & Trexles, 1974, p. 864].

В 1990-х гг. Чарльз Снайдер [Snyder, 2002] разработал *теорию надежды*, в которой предложил двухфакторную когнитивную модель надежды, сфокусированную на достижении цели. Исследователь сосредоточился не только на ожиданиях, но и на мотивации и планировании, необходимых для достижения целей. Он определил надежду как позитивное эмоциональное состояние, основанное на успешном *управлении и путях* (стратегии достижения целей). Исходя из этого определения, компонент *воли* (willpower) обеспечивает решимость в работе с целями, в то время как компонент *путей* (waypower) нужен для создания альтернативных путей взамен тех, которые, возможно, были заблокированы в процессе достижения этих целей. Было показано, что надежда применима к различным областям [Youssef & Luthans, 2007].

Эти определения четко связывают оптимистическое мышление с целями. Сосредоточившись на целевых объектах, люди способны эффективно реагировать на окружающую их среду. Сильно обнадеженные люди отличаются от людей без особых надежд [Snyder, Michael, & Cheavens, 1998]. По сравнению с людьми с незначительными надеждами и расплывчатыми, двусмысленными целями, люди с большими надеждами четче формулируют свои цели.

В дополнение к постановке целей теория надежды поощряет терапевтов и клиентов ставить цели, расширяющие возможности клиентов [Snyder, 2002]. В теории надежды достаточно сложные цели, почти вызовы, но все же достижимые, называются *растяжимыми целями*. С ними клиент не только “улаживает” проблемы, но и растет как личность. Например, конечная цель может звучать так: повысить благосостояние или расширить связи, вместо того чтобы просто решать проблему. Непрерывное пополнение списка целей и их достижение — это способ подтолкнуть себя к более позитивной позиции, исходя из сильных сторон. Обнадеживающая мысль отражает веру в то, что человек может найти пути к желаемым целям и обрести мотивацию использовать эти пути. Надежда служит движущей силой эмоций и благополучия людей.

Надежда и умение справляться

Защита, которую дает надежда при преодолении политических потрясений, вынужденной миграции, социальной несправедливости и травм, была продемонстрирована различными духовными моделями на протяжении всей истории человечества — от Моисея, Иисуса и Мухаммеда до Мартина Лютера Кинга. Исследование, посвященное психическому здоровью после 11 сентября, связало веру и духовную поддержку с надеждой у американских студентов с различными убеждениями, и эта надежда, в свою очередь, была связана с улучшением психического здоровья [Ai, Cascio, Santangelo, & Evans-Campbell, 2005]. Еще одна модель продемонстрировала важность надежды в связи между позитивным религиозным отношением к жизни и послеоперационной адаптацией у пациентов с сердечными заболеваниями, преимущественно христиан [Affleck et al., 1987]. Межкультурные исследования доказывают, что надежда как позитивная психологическая добродетель может быть универсальным ресурсом для позитивной адаптации и изменений, дополнительно усиленных различными духовными убеждениями. Когнитивное преодоление включает в себя обработку и сравнение информации, что может отвлечь внимание от текущей травмы и направить его к альтернативам. Так смещаются негативные контрфактические руминации, сфокусированные на сожалении о том, что не удалось избежать травмы, к позитиву и постановке новых физических и психологических целей для адаптации к новой ситуации. Надежду возможно усилить, выяснив, что человека больше всего волнует, а затем попросив его провести время с самыми обнадеживающими людьми, которых он знает. Другие способы укрепить надежду — это рассказывать истории о людях, оказавшихся в аналогичных ситуациях и преодолевших трудности, помогать идентифицировать позитивные шаги, предпринятые до сих пор, и фокусироваться на них, а также поощрять видеть положительные аспекты своей ситуации. Еще терапевт может объяснить, что сосредоточенность на желаемом действительно помогает изменить жизнь к лучшему.

Вот список вопросов о надежде и о том, как ее приумножить.

- С чем связаны ваши самые большие надежды? Какое значение будет иметь их реализация?
- Что поддерживало вашу надежду в течение столь длительного периода трудностей?

- Как надежда повлияла на ваши решения в последнее время?
- Предположим, у вас было бы чуть больше надежды. Как изменилась бы ваша жизнь (или отношения)?
- Как бы надежда помогла вам достичь цели?
- Чего вам не хватает, чтобы надеяться чуть больше?
- Как вы можете определить, что вам достаточно надежды?
- Когда вы почувствовали надежду и как вам это удалось?
- Когда вы думаете о надежде, какой она предстает в воображении?
- Если бы у вас на стене висела картина, напоминающая о надежде, что бы там было изображено?
- Какой запах, цвет, песня или звук напоминают о надежде?
- Какую оценку вы даете себе по шкале от 10 до 0, где 10 означает сильную надежду, а 0 — ее отсутствие?
- Как вам удается достигать этой отметки?
- Каким было бы ваше состояние, если бы отметка была на один пункт выше?
- Как вы могли бы подняться по этой шкале?
- Можете рассказать о периоде в жизни, когда у вас были большие надежды?
- Если бы вы изучили свою проблему, какие аспекты проблемы обнадежили бы вас больше или меньше?
- Что бы сделал в вашей ситуации тот, кто действительно был (более) обнадежен?
- Кто или что может усилить или ослабить вашу надежду?
- Что вы можете сделать, чтобы ощутить надежду в то время, когда одолевает пессимизм?
- Если бы у вас было желание приумножить надежду к следующему сеансу, что бы вы сделали или хотели от меня, прежде чем мы снова увидимся?
- Что в нашем сегодняшнем разговоре вселило в вас больше надежды, пусть даже совсем немного?
- Что указывает на то, что вы на правильном пути к решению этой проблемы?

- Предположим, положительные моменты продлились бы дольше. Какое значение это имело бы для вас?
- Как повышение на один пункт по шкале обнадежило вас?
- Что хорошего должно произойти в жизни, чтобы вы преисполнились надежды на то, что сможете оставить плохое позади?

Поскольку существует множество способов обрести надежду, клиенты вполне могут испытать ее на себе. То, что подходит одному человеку, не всегда эффективно для другого. Хорошо, если есть место для юмора, потому что смех уменьшит напряжение и позволит взглянуть на многое в перспективе. Еще стоит подумать, как напоминать себе об обнадеживающих временах.

Обычно надежда растет медленно. Клиенты предсказывают свое поведение на следующий день и обнаруживают исключения из проблемы и лазейки для большего контроля. Терапевты укрепляют надежду клиентов, задавая вопросы по этому поводу и стимулируя творческий потенциал.

История 15. Позитивные изменения среди косовских беженцев

В исследованиях военной травмы на протяжении десятилетий доминировала патологическая направленность. Однако нынешние исследователи уравнивали предыдущие наблюдения травмы новым акцентом: позитивные изменения после кризиса. Конкретные психологические факторы повлияли на результаты послевоенной адаптации в выборке из 50 косовских военных беженцев [Ai, Tice, Whitsett, Ishisaka, & Chim, 2007]. Косовары, участвовавшие в этом исследовании, не были солдатами. Скорее всего, они стали жертвами серьезных социально-политических и экономических последствий войны. Внезапно переехав непосредственно из зоны боевых действий, оставив все позади, они претерпевали жестокий опыт сербско-албанского конфликта, бомбардировок НАТО, карательных преследований и этнических чисток. Исследователи изучали индивидуальные различия в отношении и стратегиях совладания. Надежда во время переселения и когнитивные стратегии преодоления, применяемые в период между переселением и последующим наблюдением, были связаны с посттравматическим ростом и контролем связанных с войной травм и исходных симптомов. Рост и симптомы не были связаны между собой. Исследователи пришли к выводу, что в будущей практике работы с психологическим здоровьем беженцев следует учитывать как положительные, так и отрицательные аспекты их опыта.

Кризисные ситуации

В кризисных ситуациях имеющееся время обычно не позволяет провести тщательную диагностику, и, кроме того, клиенты, оказавшиеся в кризисной ситуации, выигрывают от восстановления уверенности в своих способностях и ориентации на будущее. Подумайте о таких вопросах: “Как вам удастся продолжать в том же духе? Что помогло вам за последние недели, пусть даже незначительно?” Как правило, клиенты передают управление терапевту (“Скажите, что я должен делать”) — ловушка, которой можно избежать, используя этот подход [Bakker et al., 2010].

Простая готовность принять участие в беседе с терапевтом уже дает начало для надежды и позитивных ожиданий. Они усиливаются, когда внимание клиента направлено на возможности, а не на ограничения. Когда специалист направляет внимание клиента на его предыдущие успехи, а не на неудачи, возникает дальнейшее позитивное ожидание. Это позволяет клиенту увидеть себя и свою ситуацию в более позитивном свете. Подчеркивается понятие личного контроля клиента, а проблемы выносятся за пределы возможностей клиента, что позволяет снять с него вину.

В большинстве случаев подробная диагностика не требуется. Терапевты могут принять решение начать лечение немедленно и при необходимости уделить внимание диагностике на более позднем этапе. Тяжелые психические расстройства или подозрение на них оправдывает решение о проведении тщательной диагностики, поскольку отслеживание лежащей в их основе органической патологии, например, имеет прямые терапевтические последствия. Во время первой или последующей беседы автоматически станет ясно, потребуется ли расширенная диагностика — например, если наблюдается видимое ухудшение состояния клиента или если терапия не дает положительных результатов. Аналогично ступенчатому подходу к лечению можно подумать о ступенчатом подходе к диагностике.

Если терапевт не уверен в собственной способности помочь клиентам достичь их целей и потерял надежду на благоприятный исход, следует изучить, что необходимо для того, чтобы вновь обрести надежду. Можно даже приостановить сеансы и передать клиентов более уверенному и позитивно настроенному коллеге. Исследователи не раз подчеркивали роль надежды и позитивного ожидания перемен во время взаимодействия с клиентами [Miller et al., 1997; Duncan, Miller, & Sparks, 2004]. Часто именно предположения, отношение и поведение самих терапевтов приводят

к “безнадежным случаям”. В главе 9 описаны четыре способа потерпеть неудачу.

Многие терапевты беспокоятся, разговаривая с клиентами, которые подумывают о самоубийстве. Сначала им хочется убедить клиентов в том, что самоубийство — неподходящий вариант. Однако, противореча клиентам, они могут еще больше их изолировать. Другой реакцией терапевтов может быть сведение к минимуму или отказ верить в то, что может быть отчаянным криком клиента о помощи. Существует также мнение, что все клиенты, склонные к суициду, должны быть госпитализированы.

Лучший способ избавиться от чувства безнадежности в отношении перспектив клиентов — это сказать себе, что всегда есть другая сторона, и приступить к ее изучению. Имейте в виду, что клиенты, которые говорят о самоубийстве, по какой-то причине все еще живы, и предложите им подумать о том, как они до сих пор выживают. Есть поговорка: “Как раз в тот момент, когда гусеница подумала, что миру пришел конец... она превратилась в бабочку”. Если клиенты хотят (вновь) обрести проблеск надежды даже в кризисных ситуациях, пригодятся следующие вопросы.

- Что помогало в прошлом, пусть даже незначительно?
- Как вы справляетесь со всем нынешним и прошлым опытом?
- Как вам удается переходить от одного момента к другому?
- Как вы проведете остаток дня?
- Как удалось продержаться достаточно долго, чтобы оказаться в этом месте?
- Как часто у вас возникают эти (суицидальные) мысли? (*Поиск исключений.*)
- Может ли ситуация быть хуже, чем она есть на самом деле? Почему она до сих пор не ухудшилась?
- Кто-то еще делится с вами подобными мыслями? Чем это полезно?
- Что, по мнению ваших друзей или семьи, вы делаете хорошо даже в очень плохие времена?
- Представьте, что через десять или пятнадцать лет, когда жизнь наладится, вы оглянетесь на сегодняшний день. Что помогло вам улучшить ситуацию?
- Предположим, решение есть. На что это повлияет? Что было бы по-другому? Что было бы лучше?

- Некоторые люди, пережившие травму, зависят от поддержки других, потому что чувствуют себя безнадежными и должны полагаться на поощрение извне — надежду, которую другие питают по отношению к ним. На что надеются важные люди в вашей жизни? На что они возлагают самые большие надежды?

История 16. Полезный диагноз

В больнице находился тяжелобольной мужчина. Врачи потеряли всякую надежду на его выздоровление. Они не смогли установить, от чего страдал пациент. К счастью, больницу должен был посетить врач, известный своими диагностическими навыками. Врачи сказали, что, возможно, они смогли бы вылечить пациента, если бы этот знаменитый специалист смог поставить диагноз. Когда прибыл специалист, тяжелобольной был почти мертв. Врач быстро осмотрел того, пробормотал "moribundus" (по-латыни "умирающий") и перешел к следующему пациенту. Несколько лет спустя этому мужчине, который не знал ни слова по-латыни, удалось найти знаменитого специалиста. "Я хотел бы поблагодарить вас за ваш диагноз. Врачи сказали, что если бы вы не поставили диагноз, я бы не выкарабкался" [Bannink, 2010].

Пример 9. Отказываясь от всякой надежды на лучшее прошлое

Надежда всегда ориентирована на будущее; нельзя надеяться на то, что что-то произойдет в прошлом. Но люди иногда продолжают надеяться, что в прошлом все было по-другому. Например, клиенты, у которых было трудное детство или опыт автомобильной аварии, размышляют о том, как бы им хотелось, чтобы все было по-другому. Один клиент продолжал говорить, как бы ему хотелось, чтобы его мать была нежной и заботливой женщиной, а не той холодной надсмотрщицей, которой на самом деле была. Психолог признал чувства клиента и спросил, как тот узнает, что готов отказаться от *всякой надежды на лучшее прошлое*.

Упражнение 14. ПРЕДЫДУЩИЙ УСПЕХ

Предложите клиентам описать один или несколько своих предыдущих успехов в разрешении сложной ситуации. Проявите любопытство и спросите: "Как вам удалось это сделать? Что именно вы сделали? Откуда взялись такие хорошие идеи? Какие таланты, сильные стороны и ресурсы вы задействовали? Какие из этих методов применимы к вашей нынешней сложной ситуации?"

Оптимизм

Мартин Селигман [Seligman, 2002] заметил, что воздействие неконтролируемых негативных событий приводит к беспомощности. В серии известных экспериментов, проведенных в 1970-х гг., Селигман продемонстрировал, что собаки, подвергшиеся болезненным ударам электрическим током, который они не могли контролировать, становились пассивными и склонными к физическим заболеваниям, у них развивались симптомы, напоминающие депрессию. Эта пассивность и беспомощность сохранялись, даже если позже у них появлялась возможность контролировать ситуацию и избежать шока.

Дополнительные исследования показали, что этот феномен *выученной беспомощности* применим и к людям. Чтобы объяснить эти результаты, Селигман предположил, что у людей сформировалось ожидание неизбежного несчастья. Ожидания предвещают поведение. Ожидание того, что невзгоды будут продолжаться и что человек будет бессилен перед ними, приводит к беспомощности, пассивности, замкнутости, тревоге, депрессии и даже физическим заболеваниям. Напротив, ожидания контроля порождают настойчивость, способность справляться и устойчивость к депрессии и проблемам с физическим здоровьем. Эксперименты Селигмана были сосредоточены на группе собак, которые становились тревожными, пассивными и депрессивными, а некоторые даже умирали, когда их подвергали электрическому разряду. Только позже внимание было обращено на собак, которые, хотя и не могли убежать, продолжали искать выход. Что заставило животных проявить настойчивость и выжить?

Поэтому Селигман переключился с выученной беспомощности на *выученный оптимизм*. Он провел исследование факторов, которые заставляют людей воспринимать то или иное событие как позитивное или негативное, и их причин. Пессимистичные люди связывают негативные события, в частности, со стабильными, глобальными и внутренними факторами. Они говорят: “У меня никогда не бывает все хорошо (*стабильный фактор*), я никогда больше не буду счастлив (*глобальный фактор*), и я ни на что не гоюсь (*внутренний фактор*)”. Они приписывают позитивные события временным, специфическим и внешним факторам. Если происходит что-то позитивное, они говорят: “Это была всего лишь удача, и я здесь ни при чем”.

Оптимистичные люди мыслят прямо противоположным образом. Они соотносят позитивные события со стабильными, глобальными и

внутренними факторами. Они верят, что хорошие происшествия действительно как-то характеризуют их, например: “Я действительно ценен”. Оптимисты связывают негативные события, в частности, с временными, специфическими и внешними факторами. Они могут сказать: “Я ничего не мог поделать, потому что он угрожал мне”.

Альберт Эйнштейн сказал: “Я предпочел бы быть оптимистом и дураком, а не пессимистом, который прав”. В том же направлении мыслил Уинстон Черчилль: “Пессимист видит трудность в каждой возможности; оптимист видит возможность в каждой трудности”. Аарон Бек [Beck, 1967] подчеркивал важность оптимистичных когнитивных стилей для защиты людей от депрессии. Согласно когнитивной перспективе люди с оптимистичным когнитивным стилем подвержены меньшему риску депрессии, чем люди с пессимистичным когнитивным стилем. Однако немного пессимизма иногда не повредит. Он заставляет людей смотреть правде в глаза, а люди в депрессии, как правило, имеют более реалистичный взгляд на мир. Каждый день может стать последним; вы можете попасть в ДТП или подхватить смертельную болезнь. Люди в депрессии питают мало иллюзий относительно истинной безопасности и предсказуемости мира и жизни. Но оказывается, что мы чувствуем себя лучше и счастливее, если действительно придерживаемся этих иллюзий и способны их сохранить.

Оптимизм и пессимизм — относительно стабильные черты личности, но на них может влиять то, как человек действует и на чем сосредоточивается. Оптимизм способствует более адаптивным стратегиям выживания — позитивной переоценке, преодолению трудностей и присутствию позитивных отвлекающих факторов (хобби и физические упражнения).

Селигман показал, что даже люди с пессимистичным характером чувствовали себя счастливее, если в течение недели каждый день:

- 1) вспоминали, когда в прошлом были на высоте;
- 2) отмечали что-то о своих сильных сторонах или выражали кому-то благодарность, чего не делали раньше;
- 3) фиксировали три хорошие вещи в своей жизни (см. упражнение 6).

Спустя шесть месяцев эти люди все еще чувствовали себя счастливее, несмотря на то что упражнение продолжалось всего одну неделю. Исследования также показали, что счастливые люди с оптимизмом смотрят в свое будущее и что у оптимистов здоровье лучше, чем у пессимистов.

Четыре положительных элемента вносят значительный вклад в счастливую жизнь. Счастливые люди:

- 1) любят самих себя;
- 2) в основном экстраверты;
- 3) считают, что они все контролируют;
- 4) оптимистичны.

Вопрос, относящийся ко всем четырем моментам, заключается в следующем: делает ли оптимизм людей счастливее (А), или счастливые люди более оптимистичны (Б)? Оказывается, что А ведет к Б, а Б ведет к А. Вот несколько вопросов, чтобы помочь клиентам преисполниться оптимизма.

- Что вселяет в вас оптимизм, когда думаете о желаемом результате?
- Какие есть признаки того, что вы достигнете своей цели?
- Что питает вашу надежду?
- Какие существуют аргументы в поддержку выбора быть оптимистом?
- Каковы будут первые признаки того, что все будет хорошо?

История 17. Я одержу верх

Были опрошены и протестированы более 30 ветеранов вьетнамской войны, которые находились в плену в течение 6–8 лет, подвергались пыткам и пережили одиночное заключение. В отличие от многих коллег-ветеранов, у них не развилась депрессия или ПТСР после освобождения, даже вопреки пережитому сильнейшему стрессу. В чем был их секрет? Их отличают 10 характеристик, главной из которых является оптимизм (“Я нахожусь в трудном положении, но я одержу верх”). Другие характеристики включали наличие сильной социальной поддержки (они использовали систему постукивания по стенам, чтобы поддерживать контакт друг с другом), альтруизм, юмор и ощущение того, что жизнь имеет смысл и есть ради чего жить [Charney, 2012].

В следующей главе мы рассмотрим постановку четко определенных целей. Эта задача нацелит клиентов на будущие возможности, а не на текущие симптомы и проблемы.

Резюме

- Терапия начинается с создания контекста для изменений, необходимым условием которых является позитивный терапевтический альянс.
- Существует три типа терапевтических альянсов: отношения с посетителем, отношения с заявителем и отношения с потребителем.
- В посттравматическом успехе роль терапевтов заключается в фокусе на решении, в котором они не занимают позицию эксперта, а находятся на шаг позади.
- Начало первого сеанса должно быть позитивным, при этом терапевт должен использовать свои навыки нормализации и переосмысления.
- Подтверждение и валидация важны. Но это не означает, что нужно фундаментально анализировать проблемы или что клиенты должны подробно рассказывать о том, что пошло не так в их жизни.
- Вселять надежду и оптимизм важно, потому что многие клиенты чувствуют безнадежность или пессимизм относительно своего будущего. Описаны исследования и их применение в укреплении надежды и оптимизма.

Сосредоточиться на целях

Есть поговорка: “Видеть себя таким, каким хочешь быть, — это ключ к личностному росту”.

Английская романистка Джордж Элиот (1819–1880) писала: “Никогда не поздно стать тем, кем ты мог бы быть” [цит. по *Baker & Ross, 2002*].

То, как люди видят свое будущее, влияет на их выбор сегодня. Таким образом, инвестиции в будущее окупаются уже сегодня. К счастью, люди могут переписывать истории о себе в будущем. Постановка целей позволяет сосредоточить внимание клиентов на будущих возможностях, а не на текущих симптомах и проблемах, отдельно подчеркивая возможность изменений. Клиенты укрепляются в понимании своей активной роли в терапевтических отношениях и осознают, что участие обязательно. Определенные цели помогают придать терапии структуру. Еще постановка целей готовит клиентов к завершению лечения, когда цели будут достигнуты, или к тому, что терапия будет прекращена, если прогресса не будет или он будет незначительным. Это не означает, что цели нельзя пересмотреть во время лечения, но это следует сделать явно, совместно с клиентом, чтобы убедиться, что клиент и терапевт преследуют одни и те же цели. Наконец, постановка целей дает возможность оценить результат, непосредственно связанный с представленными проблемами.

В этой главе объясняется, как ставить четкие цели, и описываются методы терапии, ориентированные на будущее. Согласно теории реализации фантазий цели должны быть реалистичными, а не просто вымыслом или мечтами. Здесь объясняются различия между достижением и избеганием целей и мотивацией, а также описывается пример ОРКТ для людей, переживших травму.

Чеширский кот, известный своей озорной ухмылкой, — один из персонажей романа Льюиса Кэрролла *Приключения Алисы в Стране Чудес*. Следующий разговор между Алисой и Чеширским котом иллюстрирует, что, когда пункт назначения неясен, клиенты могут не добраться до него и, возможно, оказаться где-то в другом месте.

Алиса. Не знаете ли вы, как мне выйти отсюда?

Кот. Это зависит от того, куда ты хочешь прийти.

Алиса. Мне все равно, куда...

Кот. Значит, тебе все равно, в какую сторону идти.

Алиса. Куда бы ни выйти, лишь бы куда-нибудь прийти.

Кот. Ну уж куда-нибудь ты наверняка придешь, если походишь подольше.

Постановка целей

Счастье для каждого человека разное, но исследователи обнаружили, что один фактор практически гарантирует повышение уровня счастья: *работа над достижением цели*. Соня Любомирская [Lubomirsky, 2008], одна из исследовательниц счастья в ПП, обнаружила, что люди, которые стремятся к чему-то лично значимому, будь то изучение нового дела, смена карьеры или воспитание детей, намного счастливее тех, кто живет, не стремясь и не мечтая. Найдите счастливого человека, и вы найдете проект. Стремление к цели дает нам шесть преимуществ:

- 1) чувство цели и контроля;
- 2) повышенная самооценка и уверенность в себе;
- 3) структурированность и осмысленность;
- 4) четкие навыки планирования и расстановки приоритетов;
- 5) более совершенная способность справляться с проблемами;
- 6) возможности взаимодействовать с другими людьми.

Стоящая цель должна быть лично значимой и приятной. Это должно быть что-то, что человек свободно выбирает, а не то, что ему навязывают. Например, став врачом, чтобы радовать своих родителей, вы обладаете меньшими шансами обрести счастье, чем если бы стали архитектором, чтобы радовать себя. Цель должна побуждать человека не приобретать, а

делать (например, освоить новый навык) и улучшать себя и свои обстоятельства (например, переехать в дом побольше). Люди вскоре привыкают к улучшениям и больше не получают от них прежнего удовольствия, принимая во внимание, что *цели деятельности* вызывают устойчивый приток положительных чувств и переживаний. Постановка целей помогает людям направить свою энергию в действие. Желательно стремиться к достижению желаемого результата, а не избегать нежелательного. Постановка четких целей в терапии предсказывает двойной успех [Beijebach et al., 2000].

Предыдущие исследования показали влияние дофамина на достижение краткосрочных целей: кратковременные всплески активности, когда животные получают неожиданное вознаграждение. Считается, что дофаминовые сигналы важны для обучения с подкреплением — процесса, посредством которого индивид учится выполнять действия, приводящие к вознаграждению. Недавнее исследование [Howe, Tierney, Sandberg, Phillips, & Grabyiel, 2013] показало, что дофамин также влияет на долгосрочные цели и играет определенную роль в том, как мозг сигнализирует о ценности долгосрочных вознаграждений. Уровень дофамина неуклонно повышается, достигая пика по мере приближения животного к своей цели — как будто в ожидании награды. Такой длительный выброс дофамина мог бы обеспечить устойчивую мотивацию у людей — механизм контроля, важный для нормального поведения и который может быть нарушен при ряде неврологических и нейропсихиатрических расстройств (см. также главу 2).

В терапии, ориентированной на решение проблем, предполагается, что проблема заключается в том, что клиенты не могут двигаться вперед к своей цели. Если проблема будет решена, клиенты смогут идти вперед в более продуктивном направлении в своей жизни. Клиенты и терапевты обычно соглашались с тем, что проблема будет решена, когда она уменьшится или исчезнет сама: клиент больше не находится в депрессии, больше не спорит со своим партнером и больше не употребляет наркотики или алкоголь. Таким образом, успешная терапия связана с постепенным уменьшением проблемы в жизни клиента.

Если терапия сфокусирована исключительно на уменьшении нежелательной ситуации, то клиент может и не заменить ее определенной желаемой ситуацией. Опасность завершения терапии в тот момент, когда что-то не происходит, а не в тот момент, когда наступает желаемое будущее, заключается в нестабильности вакуумного варианта. Легче продолжать

встречаться с друзьями, ходить в спортзал, посещать языковые курсы и медитировать, чем продолжать не употреблять наркотики. Продолжать что-то не делать тяжело, как большинство из нас знает по собственному опыту (см. главу 3).

Достижение цели клиента сигнализирует как клиенту, так и терапевту о том, что решение разрабатывается или уже сложилось. Большинство бесед ОРКТ сосредоточено на трех взаимосвязанных видах деятельности [De Shazer, 1991].

1. Создание исключений и/или прототипов (примеры целей в жизни клиента, которые указывают на желаемые изменения).
2. Представление и описывание желаемой новой жизни.
3. Подтверждение изменений (т.е. что новая жизнь действительно началась).

Если терапевты не знают, куда направляться с клиентами, они, вероятно, окажутся не в том месте. Задача состоит в том, чтобы вместе искать реалистичную цель. Должно быть достигнуто взаимное согласие относительно общей цели терапии и успешного результата. Часто психологи берут на себя ответственность за постановку целей, которые считаются выполнимыми, вместо того чтобы позволить клиентам самим определять их. В ОРКТ упор всегда на цели клиентов, а не их терапевтов.

Десять советов по определению целей

Четко определенные цели должны быть:

- 1) сформулированы позитивно;
- 2) сформулированы как процесс;
- 3) сформулированы здесь и сейчас (т.е. клиенты могут приступить к решению немедленно);
- 4) максимально конкретны;
- 5) под контролем клиента;
- 6) сформулированы на языке клиента.

Ниже перечислены 10 рекомендаций по постановке четко определенных целей.

1. Конкретные вопросы направят внимание клиентов на *позитивные цели*. Например, если клиентка говорит, что хочет “перестать по-

стоянно раздражаться”, терапевт может спросить: “Что бы вы делали по-другому, если бы не были раздражительной?” или “Кем бы вы хотели быть вместо того, чтобы быть раздражительной?”

Прежде чем пойти в супермаркет, вы составляете список того, что хотите купить, или список того, что не хотите покупать? Если выберете последнее, у вас на руках окажется длинное перечисление всего, что вам сейчас не нужно. Разумеется, вы составите список того, чего действительно хотите. По этой же причине спрашивайте клиентов, чего они хотят, а не чего они *не* хотят.

2. Невыполнение плана — это планирование провала. Цели должны быть как можно более *конкретными*. Люди часто в общих чертах осведомлены о том, какими они хотели бы быть. Например, клиент может ответить, что хочет “быть нормальным”. Тогда терапевт скажет бы: “Быть нормальным означает много всего для разных людей. Как чувствовать себя нормально отличается от вашего нынешнего состояния? И что подскажет вам, что вы больше похожи на себя прежнего? Что будете делать такого, чего не делаете сейчас?” Клиенту, которому не хватает уверенности в себе, терапевт говорит: “Как вы узнаете, повысилась ли ваша уверенность в себе? Что будете делать нового?” По возможности цели должны быть сформулированы так, чтобы более одного человека могли согласиться с тем, что цель достигнута, поскольку это повысит надежность показателей достижимости цели.
3. Важно, чтобы клиенты давали подробное, *записанное на видео описание* того, как будет выглядеть жизнь и что они будут делать (по-другому), когда достигнут своей цели.
4. Проблемы могут быть решены; с фактами и недостатками ничего не поделаешь. Важно отличать проблемы и ограниченные возможности. Для проблем можно найти решение; люди с ограниченными возможностями (например, аутизмом или нарушениями интеллекта) и их окружение должны научиться адаптироваться наилучшим из возможных способов.
5. По возможности пожелания и жалобы следует формулировать как цели, т.е. как нечто такое, с чем можно что-то сделать.
6. Цели не фиксированы или статичны, но могут рассматриваться как желаемая ситуация. Они развиваются в процессе, совершенствуются

ся и даже могут изменяться по ходу. Цели ставятся не для достижения идеального состояния, а для достижения ситуации, “достаточно хорошей”, с точки зрения клиента.

7. Не только сам клиент может определить изменения, которых стремится достичь в жизни. Его партнеру, детям, коллегам и тем, кто направил его на терапию, можно задать те же вопросы об их целях и/или о том, что они видят в качестве цели для клиента.
8. Определение повестки дня обычно используется в КПТ. В позитивной КПТ для нее тоже найдется место, но перед рассмотрением добавляется вопрос о формулировке цели для каждого пункта, например: “Каков будет наилучший результат обсуждения этого пункта?” или “Как мы узнаем, что можем прекратить обсуждение этого пункта?” [Bannink, 2012a].
9. По возможности предлагайте клиентам сформулировать *растяжимые (амбициозные) цели, которые заряжают энергией*. Клиенты, которые добиваются, казалось бы, невозможного, часто на самом деле добиваются невозможного. Даже если у клиентов что-то не совсем получается, они, вероятно, в конечном итоге справятся лучше, чем могли бы в противном случае. В связи с этим следует отметить, что очень обнадеженные люди часто предпочитают ставить перед собой более амбициозные цели, которые немного сложнее, чем ранее достигнутые.
10. В главе 4 обсуждается метод оценки мотивации клиента к переменам и то, как можно стимулировать эти изменения, чтобы приблизить положительный результат терапии. В этом процессе терапевт оценивает тип отношений с клиентом, чтобы оптимизировать сотрудничество: это отношения с посетителем, заявителем или потребителем?

Еще один момент: нужно просто начать. Разбейте цель на выполнимые подцели и заручитесь поддержкой других. Время от времени проверяйте, нужно ли клиентам изменять свою цель или отказываться от нее, когда она больше не ведет к желаемой жизни, и отмечайте прогресс (см. главу 9).

Вопросы для определения целей

Конкретные вопросы для постановки целей следующие.

- Какова цель вашего визита?
- Что бы вы хотели увидеть вместо проблемы?
- На что возлагаете самые большие надежды? Что изменится, когда они оправдаются?
- Каков будет наилучший результат наших встреч?
- Чего хотите достичь к концу этого сеанса, чтобы сказать, что он прошел успешно и был полезен?
- *Вопрос о чуде.* Предположим, сегодня ночью произойдет чудо, и проблема, которая привела вас сюда сегодня, будет решена, но вы не осознаете этого, потому что спите. Что первое, замеченное завтра утром, укажет на это свершение?
- Что изменится (в ваших отношениях), когда проблема будет решена (или когда вы достигнете цели)?
- Что бы вы хотели изменить в результате терапии?
- Как мы узнаем, что можно прекратить встречи?
- Что должно было измениться?
- Чего бы вы хотели достичь в ходе терапии в отношении своей жизни (отношений, детей)?
- Кем бы вы были без этой проблемы (проблем)?
- Что бы вы сделали, если бы не были подавлены (встревожены, рассержены)?
- Какой невыполнимой цели вы могли бы достичь, если бы полностью игнорировали свои ограничения?

Если на терапии присутствует более одного человека (парная терапия, семейная, некоторые формы групповой), важно сформулировать коллективную цель. Цель часто формулируется как ситуация, в которой были налажены личные отношения. Общая цель также может заключаться в прекращении отношений как можно более позитивным образом.

Я объясняю свою работу таким сравнением: работа терапевта похожа на работу водителя такси. Клиенты определяют пункт назначения поездки на такси (цель), а я несу ответственность за то, чтобы безопасно доставить их туда. Также в мои обязанности входит следить за тем, чтобы маршрут был как можно короче и чтобы поездка прошла максимально комфортно. Поэтому мой первый вопрос как водителя такси: "Куда?", а не "Откуда?" Если клиент отвечает: "Я не хочу ехать в аэропорт" (т.е. "Я не хочу иметь этих проблем"), я спрашиваю, куда он хотел бы поехать вместо этого (предпочтительное будущее или цель).

Методы, ориентированные на будущее

"Я — не то, что со мной случилось. Я — то, чем я решил стать" [Jung, 1965]. Специалисты ОРКТ считают, что терапия всегда начинается с конца: желаемого будущего клиента и того, кем он хочет стать. Клиенты совершают терапевтическое *путешествие во времени*. Как узнать, что можно прекратить терапию? Как другие люди заметят перемены в их жизни? Каков наилучший результат? Что клиенты будут думать (делать, чувствовать) по-другому? И как изменится реакция других? В этом отношении ОРКТ (перемещение из Б в А) отличается от ПП (перемещение из А в Б). Клиенты также должны знать ответ на вопрос о том, как смотреть на свое прошлое, когда терапия будет успешной. Здесь опираемся на мудрость клиентов: обычно они уже знают решение (решения) своей проблемы, но не знают (пока) об этом. Следует обратиться к таким упражнениям, как "Лучшее возможное «я»", "Письмо из будущего", "Старше и мудрее" и "Итог жизни".

Мильтон Эриксон [Rossi, 1980] был одним из первых профессионалов, использовавших методы, ориентированные на будущее. Например, гипнотическую технику *псевдоориентации во времени*. Во время гипноза он заставлял своих клиентов представлять, что они встретятся с ним через шесть месяцев и расскажут, что их проблема решена и как они достигли такого успеха. Он заканчивал сеанс гипноза, предложив клиентам забыть о том, что произошло во время гипноза. Несмотря на то что клиенты Эриксона не всегда применяли те же решения, которые предлагали под гипнозом, оказалось, что самочувствие многих все же улучшилось через шесть месяцев.

Упражнение 15. ЛУЧШЕЕ ВОЗМОЖНОЕ “Я”

Предложите клиентам представить себе будущее, в котором у них все лучше, чем сейчас. Попросите их представить усовершенствованную версию себя, которая им очень нравится и интересна. Еще пускай представят, как много работали и преуспели в достижении целей. Можно назвать это реализацией жизненных мечтаний и лучшего потенциала. Дело не в том, чтобы думать о нереалистичных фантазиях, а в том, чтобы думать о позитивных, достижимых и разумных вещах. После того как удастся получить достаточно четкое изображение, пускай клиенты опишут детали. Запись мыслей и надежд придаст упражнению логическую структуру и проведет через область туманных представлений и разрозненных мыслей к конкретным, реальным возможностям.

Представляя себя в будущем

Представление своего *лучшего возможного “я”* тесно связано с постановкой целей и укреплением надежды и оптимизма. В течение нескольких минут в течение четырех дней подряд участников исследования [King, 2001] просили описать свое идеальное будущее, в котором все шло хорошо и их сокровенные надежды осуществились (см. упражнение 15). Одну из контрольных групп попросили писать о травмирующем событии, которое происходило с ними, в течение одних и тех же нескольких минут в течение четырех дней подряд. Другую контрольную группу попросили при таких же условиях писать о жизненных целях, а также о травме. Третью контрольную группу попросили просто писать о своих планах на день.

Упражнение 16. ПИСЬМО ИЗ БУДУЩЕГО

Вот еще один отличный метод, ориентированный на будущее. Попросите клиента написать “письмо из будущего” нынешней версии себя — послание сквозь годы (шесть месяцев, один год, пять лет или, может быть, десять, в зависимости от того, какой период времени им подходит). Попросите описать, как у них все хорошо, рассказать о том, где они находятся, чем занимаются, через что пришлось пройти, чтобы добиться этого, и т.п. Попросите клиентов рассказать самим себе, что важного они осознали или сделали, чтобы достичь этой цели. Наконец, попросите их дать себе нынешнему несколько мудрых и сострадательных советов от лица будущей версии себя [Dolan, 1991].

Вариант этого упражнения используется в ПП, и там нужно написать письмо к себе будущему, чем и отличаются ПП и ОРКТ (см. главу 3).

Результаты показали, что группа, ориентированная на будущее, которая описывала свое идеальное будущее, сообщила о большем субъективном благополучии после эксперимента. Во второй и третьей группах было меньше заболеваний, когда они наблюдались пять месяцев спустя.

Вот еще один метод ОРКТ. Клиенты представляют, что много лет спустя они стали *более взрослой и мудрой версией самих себя* [Dolan, 1998]. Они по-прежнему здоровы и в здравом уме. Они могут задавать этой более взрослой и мудрой версии самих себя следующие вопросы.

- Если оглянуться назад на свою жизнь, какой совет вы бы дали младшей версии себя?
- Если посмотреть назад на пройденное, что вам больше всего нравится в прожитой жизни?
- Вы предпочли бы сделать что-нибудь по-другому?
- Что вы надеетесь ваши дети захотят запомнить о своей жизни с вами?
- По шкале от 10 до 0, в какой степени вы осуществили эти желания на данный момент жизни?
- Каким был бы самый маленький шаг, чтобы достичь более высокой отметки?

Еще можно отправиться на прогулку с более взрослой и мудрой версией себя и попросить совета относительно какой-то проблемы, как в упражнении 17.

При выполнении данного упражнения клиентам предлагается представить, что они на десять-двадцать лет старше и живут той жизнью, которую хотят. “Проводить время с тем, кто старше тебя” — это еще один способ терапевтического путешествия во времени.

Упражнение 17. СТАРШЕ И МУДРЕЕ

Предложите клиентам представить, что они стали *старше и мудрее* и оглядываются назад на трудный период своей жизни. Что, по их мнению, посоветовал бы им сделать этот взрослый, умудренный опытом человек, чтобы пережить нынешний кризис? О чем, по словам этого человека, следует думать? Что бы он сказал такого, чтобы оправиться от прошлого? Как бы этот человек посоветовал утешиться? И как, с его точки зрения, терапия (если она понадобится) может быть наиболее полезной?

Упражнение 18. ПОЗИТИВНАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ

Позитивная визуализация — практика стремления повлиять на внешний мир путем изменения своих мыслей и ожиданий. Позитивная, творческая визуализация — это основной метод позитивного мышления, часто используемый спортсменами для улучшения результатов. Некоторые знаменитости заявили, что визуализация сыграла значительную роль в их успехе (Опра, Тайгер Вудс, Арнольд Шварценеггер, Энтони Роббинс и Билл Гейтс). Актер Уилл Смит использовал визуализацию для преодоления трудностей и, по сути, визуализировал свой успех задолго до того, как стал успешным. Другой пример — актер Джим Керри, выписавший себе в 1987 г. чек на сумму 10 млн долл. Он датировал его “Днем Благодарения 1995 г.” и добавил пометку “за оказанные актерские услуги”. Он визуализировал это в течение многих лет, и в 1994 г. получил 10 млн долл. за роль в фильме “Тупой и еще тупее”. Так же, как спортсмены и знаменитости, клиенты могут получить выгоду от позитивной визуализации желаемого будущего. Нужно только попробовать.

Желания и предпочтения

Часто задаваемый в терапии вопрос, ориентированный на будущее, звучит так: “Чего вы хотите (в своей жизни)?” Этот вопрос активизирует лимбическую систему мозга, которая связана с чувствами, мотивацией и памятью. Следует различать две подсистемы: *желание* и *предпочтение*. *Желать* — значит быть уверенным в том, что мы будем продолжать чего-то хотеть. Желание склоняет нас делать что-то за вознаграждение. *Предпочтение* означает, что мы будем счастливы или удачливы в том, что делаем, и в том, что с нами происходит. Если все получится, то эти две системы смогут взаимодействовать и учиться друг у друга. Однако иногда мы хотим делать что-то, что совсем не делает нас счастливыми, например стать зависимыми, приобрести вредные привычки или избегать сложных социальных ситуаций. Поэтому вопрос “Чего я хочу?” не полезен ни для клиентов, ни для терапевтов, потому что тогда человек фокусируется только на желании. Было бы лучше задать вопрос: “Что делает вас счастливым?” Чтобы ответить, следует учесть предыдущий опыт: “Что делало вас счастливым в прошлом?” Тогда предпочтение и желание лучше сочетаются, и человек будет хотеть и делать больше того, что делает его счастливым [Litt, 2010].

Воплощение фантазии

В упражнении 15 было подчеркнуто, что клиенты должны думать не о нереальных фантазиях, а о чем-то достижимом, в пределах разумного. Китайский философ Лао-цзы (604–531 гг. до н.э.) сказал: “Видение без действия — всего лишь сон. Действие без видения — пустая трата энергии. Но видение, подкрепленное действием, повергает горы”. Индустрия самопомощи убеждает нас, что *думать позитивно* — вот ключ к осуществлению всех желаний [Moskowitz & Grant, 2009]. И хотя эмпирические исследования неизменно показывают, что оптимистические убеждения способствуют мотивации и успешной деятельности, новые данные говорят о том, что альтернативные формы позитивного мышления о будущем (например, позитивные фантазии, принятие желаемого за действительное и другие избегающие стили совладания) менее полезны для требующих усилий действий, результативности и благополучия. Стремится ли человек к желаемому будущему (имеет позитивные фантазии о желаемом будущем) или на самом деле оценивает желаемое будущее как достижимое (имеет позитивные ожидания относительно будущего)? Это совсем разные последствия для активных действий и успешной работы.

Упражнение 19. ЖЕЛАЕМОЕ БУДУЩЕЕ

Говорите с клиентами об их желаемом будущем: “Как вы узнаете, что вам больше не нужно сюда приходить?” или “Как мы узнаем, что можно прекратить сеансы?” Затем спросите: “Насколько вы уверены, что находитесь на пути к желаемому?” Ответы на эти вопросы дадут некоторые подсказки относительно следующего шага. Клиенты говорят, что они на верном пути? Какие личные сильные стороны задействованы? Какие решения приняты? Что еще может оказаться полезным, чтобы преодолеть препятствия?

Была предложена модель реализации фантазий, чтобы превращать свободные фантазии о желаемом будущем в обязательные цели. Предполагается, что ментальное противопоставление аспектов будущего и реальности активизирует ожидания относительно достижения желаемого будущего, которые, в свою очередь, приводят к настойчивому преследованию цели и эффективному ее достижению в случае высоких ожиданий.

В теории реализации фантазий [Oettingen, 1999; Oettingen, Hönig, & Gollwitzer, 2000] предложены три пути к постановке целей — это резуль-

Упражнение 20. СОЗДАТЬ ЖЕЛАЕМЫЕ УБЕЖДЕНИЯ

Упражнение посвящено созданию желаемых убеждений путем выбора конкретного времени и места в будущем, где клиент хотел бы иметь определенное убеждение. Оно заимствовано из *нейролингвистического программирования* (НЛП). Попросите клиентов выполнить следующие инструкции.

1. Подумайте о чем-то, во что вы хотели бы верить о себе, но не совсем уверены, что это правда.
2. Сформулируйте свое желаемое убеждение в позитивной форме. Убедитесь, что оно действительно ваше, что-то, с чем сможете работать.
3. Спросите себя: что бы сделал человек, обладающий таким убеждением? Представьте множество различных действий и перечислите их.
4. Выберите конкретное время и место в будущем, где хотели бы обрести желаемое убеждение.
5. Выберите действие из своего списка, которое свидетельствует о желаемых убеждениях и подходит для конкретного будущего времени и места.
6. Представьте себя выполняющим это действие в выбранном будущем времени и месте. Наблюдайте за сценой (как в кино) того будущего, где совершаете действия, соответствующие желаемому убеждению. При необходимости переиграйте сцену, чтобы она была позитивной и уместной.
7. Перемотайте сцену к началу. Войдите в нее и пройдите будущее время так, как будто проживаете его сейчас. Исследуйте все вокруг. Заметьте чувства. Услышьте, как уверенно излагаете свои убеждения. Проживите сцену до конца.

Повторите пп. 4–7 еще три раза. Каждый раз выбирайте другое действие из списка подходящих действий для желаемого образа жизни, каждое с другим будущим временем и местом.

тат того, как люди фантазируют о желаемом будущем. Один путь ведет к достижению цели, основанной на ожиданиях, в то время как два других связаны с достижением цели, независимой от ожиданий.

1. *Ментальное противопоставление* — это путь, исходящий из ожиданий. Человек ментально противопоставляет фантазии о желаемом будущем аспектам нынешней реальности. Сначала клиенты представляют себе желаемое будущее, а затем размышляют о соответствующей негативной реальности, подчеркивая необходимость

ее изменения ради желаемого. Эта необходимость действовать должна активизировать соответствующие ожидания успеха, которые затем формируют приверженность цели.

Занимаясь мысленным противопоставлением, люди сначала прорабатывают желаемое будущее, беря его в качестве точки отсчета, и только после этого концентрируются на аспектах нынешней реальности, тем самым воспринимая негативные моменты как препятствия на пути к будущему. Изменение этого порядка (т.е. обратное ментальное противопоставление) — сначала работа с негативной реальностью, а затем с желаемым будущим — препятствует переосмыслению нынешних барьеров и, таким образом, не позволяет добиться приверженности цели, соответствующей ожиданиям успеха [Oettingen, Pak, & Schnetter, 2001].

2. *Потакание* своим желаниям состоит исключительно в фантазировании о позитивном будущем. Нет никаких размышлений о нынешней реальности, которые указывали бы на то, что позитивное будущее еще не реализовано. Необходимость действовать не активирована, и не задействованы ожидания успеха.
3. *Проживание* состоит из простого размышления о негативной реальности, порождающего постоянные руминации, поскольку никакие фантазии о позитивном будущем не вызывают действия.

Многочисленные исследования показали, что ментальное противопоставление превращает свободные фантазии в обязательные цели и активизирует ожидания, тем самым влияя на последующую приверженность цели и целенаправленное поведение. Этот метод позволяет людям стремиться к желаемому будущему и эффективно способствует достижению целей, которые изначально казались трудными. Это своего рода метакогнитивная стратегия, чтобы управлять повседневной жизнью и улучшать ее. “Воплощение фантазий в реальность — это не просто грезы наяву или сказки. Чтобы воплотить их в реальность, нужны соответствующие мыслительные процессы для активизации ожиданий и приверженности” [Oettingen & Stephens, 2009, p. 174].

Таким образом, первый взгляд клиента в сторону проектирования желаемого будущего должен сопровождаться ментальным противопоставлением этого результата и текущей реальности, чтобы преодолеть препятствия в настоящем.

Упражнение 21. МЕНТАЛЬНОЕ ПРОТИВОПОСТАВЛЕНИЕ

Предложите клиентам представить, что они достигнут своей цели. Затем предложите сосредоточиться на препятствиях, встречающихся на пути. Пусть запишут желание или беспокойство, имеющееся в данный момент. Попросите подумать о том, как будет выглядеть счастливый конец этого желания или беспокойства, и записать один положительный аспект счастливого конца. Затем предложите поразмыслить о препятствии на пути к счастливому концу. Пусть назовут еще один положительный аспект счастливого конца. И еще одно препятствие. И еще один положительный момент. И еще одно препятствие. После упражнения предложите клиентам подумать, было ли оно для них полезным, и если да, то как именно и насколько.

Упражнение 22. ИТОГ ЖИЗНИ

Это еще одно вмешательство, ориентированное на будущее, в рамках мысленного противопоставления. Предложите клиентам кратко описать то, что они хотели бы донести о своей жизни своим внукам (или маленькому ребенку). Через несколько дней попросите просмотреть наброски и подвести итоги: чего не хватает в их жизни, и какие изменения необходимы для того, чтобы слова стали реальностью.

Как вариант можно предложить клиентам написать *панегирик* на тему "Каким я хочу, чтобы меня запомнили". Панегирик — это произведение, написанное в честь человека, который недавно умер. Одна из привычек высокоэффективных людей — начинать, помня о цели [Covey, 1989]. Это означает, что нужно начинать с четкого понимания пункта назначения. Если знаете, куда идете, сможете лучше понять, где находитесь сейчас и как сделать так, чтобы шаги всегда были в правильном направлении. Один из способов сделать это — представить, что через три года посетите собственные похороны. Что бы вы хотели, чтобы ваша семья, друзья и коллеги сказали о вас на ваших похоронах?

Цели приближения и избегания

Люди могут двигаться только к чему-то или *от* чего-то, поэтому приближение и избегание отражают многое из того, что мы делаем в жизни. *Мотивация приближения* может быть определена как активизация поведения с помощью положительных стимулов (объектов, событий, возможностей) или направление поведения в их сторону; в то время как *мотивация избегания* — активизация поведения с помощью негативных

стимулов (объектов, событий, возможностей) или направление поведения в их сторону [Elliot, 2008]. Например, поведение по контролю веса обычно мотивируется позитивной целью (улучшение внешнего вида и физического комфорта), в то время как отказ от курения обычно мотивируется желанием избежать угроз здоровью.

Цели терапии можно сформулировать как укрепление сильных сторон или положительных ценностей (цель приближения: быть более внимательным), а также уменьшение дистресса (цель избегания — чувствовать себя менее тревожным) [Kuiken et al., 2009]. Обе мотивации — неотъемлемая часть успешной адаптации: мотивация избегания способствует *защите и выживанию*, в то время как мотивация приближения связана с *ростом и процветанием*.

С точки зрения позитивной КПТ [Bannink, 2012a, 2013] терапевты должны регулярно спрашивать о целях и стремлениях на ранних сеансах и добавлять их к списку проблем клиента. Обсуждение позитивных сфер жизни клиента часто выявляет альтернативные стратегии совладания по сравнению с теми, что используются в проблемных областях. Эти стратегии преодоления, часто более адаптивные, могут быть распознаны как часть процесса определения триггеров и поддерживающих факторов проблем. Когда приходит время перемен, клиент может попрактиковаться в альтернативных способах совладания, заимствованных из более успешных сфер жизни.

Слишком часто клиенты (и терапевты) готовы принять отсутствие проблемы как *достаточную* цель, но отсутствие никогда не может быть доказано, и, следовательно, успех или неудача не могут быть известны ни терапевту, ни клиенту. До тех пор пока все не будет четко установлено заранее, даже наличия существенных изменений недостаточно, чтобы доказать отсутствие проблемы [De Shazer, 1991].

Клиенты иногда говорят только о том, что они хотят исключить из своей жизни (избегание) [Walter & Peller, 2000]. В ситуациях взаимодействия клиенты часто говорят о том, чего они хотят, чтобы другой человек не делал. Их единственным способом действовать была попытка заставить другого человека прекратить делать то, что они считают проблемным поведением. Другой человек также находится в странном положении, поскольку у него есть выбор: либо защищать нынешнее поведение, либо прекратить то, что другой находит столь проблематичным. Но он по-прежнему пребывает в неведении относительно настоящих желаний клиента. Разговор

о том, чего действительно хочет клиент (приближение), может направить беседу в более позитивное русло.

С функциональной точки зрения для успешной адаптации необходимы как цели подхода, так и цели избегания. Несмотря на то что полезно преследовать (по крайней мере, в некоторой степени) как цели приближения, так и цели избегания, их достижение чревато различными последствиями для благополучия [Tamir & Diener, 2008]. Достижение целей приближения более управляемо. Согласно кибернетическим моделям управления [Carver & Scheier, 1998] цели приближения сокращают разницу между текущим и желаемым состоянием. С другой стороны, преследование целей избегания увеличивает расхождения между текущим и нежелательным состоянием. С этой концептуальной точки зрения приближение должно быть более управляемым, чем избегание, потому что прогресс более ощутим и его легче отслеживать [Elliot & Church, 1997].

Кроме того, преследование целей приближения и избегания отличается по когнициям. Если цель предполагает постоянное сравнение текущего состояния с конечным, то приближение включает постоянный мониторинг положительных результатов, что делает их более доступными в процессе работы с целями. С другой стороны, избегание предполагает постоянный мониторинг негативных результатов, что также делает их более доступными в процессе. Таким образом, стремление к достижению целей приближения поддерживает позитивные когниции, а стремление к целям избегания — негативные [Elliot & Sheldon, 1998].

Пример 11. Цели избегания

Если молодой человек женится на женщине только потому, что больше не может выносить одиночества, мы не удивимся, обнаружив, что его брак не приносит ему особого счастья. Женитьба на ком-то просто для того, чтобы избежать одиночества, не гарантирует супружеского счастья. Общие интересы, личное благополучие, взаимопонимание и рост — вот лишь некоторые из целей приближения, которыми пренебрег молодой человек в приведенном примере.

Цели избегания, даже если они достигнуты идеально, прекращают или предотвращают авersive состояния, но не обязательно приводят к удовлетворению потребностей. Вместо этого мотивация избегания связана со снижением субъективного благополучия и усилением физических симптомов [Elliot & Sheldon, 1998].

Древние греки также сталкивались с выбором между целями приближения и избегания: как быть счастливым или как не быть несчастным. Стоики (III век до н.э.: Зенон, а позже Сенека и Эпиктет) практиковали дискомфорт и трудности; их целью было не быть несчастными (цель избегания). Сегодня слово стоик обычно относится к человеку, безразличному к боли, удовольствию, горю или радости.

Еще один древнегреческий философ Эпикур (II век до н.э.) основал свою философскую школу. Для эпикурейцев смыслом была счастливая, спокойная жизнь в окружении друзей и самодостаточность. Их целью было быть счастливыми (цель приближения).

Хотя исследования показывают, что люди, как правило, больше выигрывают от достижения целей, чем от их избегания, существуют веские доказательства того, что большинство людей все же больше стараются избежать потерь, чем получить сопоставимые выгоды. Воздействие наказания и негативного подкрепления на поведение, как правило, сильнее, чем воздействие вознаграждения и положительного подкрепления, и люди чаще пытаются избавиться от плохого настроения, чем обрести или продлить хорошее [Baumeister, Bratlavsky, Finkenauer, & Vohs, 2001]. Это означает, что нужно переключить внимание на мысли и действия, которые, вероятно, противоречат тому, что думается и делается автоматически, т.е. сосредоточиться на возможных выгодах, а не на потерях.

Пример 12. Приближение и избегание

Клиентка А находится в депрессии, и ее цель — испытывать больше позитивных чувств (цель приближения). Клиентка Б находится в депрессии, и ее цель — избежать еще большей депрессии (цель избегания). Клиентка А может отслеживать прогресс в достижении своей цели. Если она не чувствует себя лучше, это означает, что она не продвигается к желаемому результату. Но если она чувствует себя лучше, это указывает на приближение к цели. Клиентка А может отслеживать свои успехи и неудачи и в результате испытывать приятные или неприятные эмоции.

Клиентке Б труднее следить за своим прогрессом. Если ее самочувствие не улучшилось, она знает, что ей не удастся достичь цели — сохранить все как есть. Что могло бы указать ей на то, что она преуспевает? Найти признаки успеха в достижении целей избегания — задача непросто. Потому клиентка Б, скорее всего, обнаружит больше неудач, чем успехов; повышается вероятность неприятных переживаний.

Кроме того, цели приближения и избегания, как правило, различаются по тем представлениям, которые они порождают. У клиенток А и Б разные мысли. Клиентка А думает о том, каково было бы чувствовать себя лучше, и такие мысли бывают приятны. А вот клиентка Б думает о том, что было бы, если бы ситуация не улучшилась, и такие мысли вряд ли приятны.

В целом процесс достижения целей приближения отличается от процесса достижения целей избегания. Цели приближения, по-видимому, легче поддаются мониторингу и более управляемы. Кроме того, в то время как цели приближения вызывают позитивное восприятие, побуждая людей сосредоточиться на желаемых результатах, цели избегания вызывают негативное восприятие, побуждая людей сосредоточиться на нежелательных результатах. Следовательно, приближение повышает благополучие, а это напрямую связано с приятными переживаниями и обретением личностно значимого жизненного опыта [Bannink, 2012a].

История 20. Лучшие исполнители

Как лучшие исполнители ставят цели? Джеймс Баррелл, эксперт по повышению результативности, работающий с бейсболистами, заявил, что существуют "цели вперед" и "цели назад" [Barrell & Ryback, 2008]. Выбор значительно влияет на результативность. На пути к целям нужно визуализировать и создавать связи вокруг конечной точки. В мозге появляются новые связи. Интересно, что человек чувствует себя хорошо, приступая к первой группе целей ("вперед"). Вторая же группа ("назад") заставляет вас визуализировать, что может пойти не так, активизируя негативные эмоции.

ОРКТ с людьми, пережившими травму

В качестве примера ОРКТ с клиентами, пережившими травму, были даны следующие рекомендации по терапии [O'Hanlon, 1999]. Для начала психолог должен выяснить, что клиенты хотят получить от терапии. Как они узнают, что их терапия прошла успешно? Специалист должен оставаться сосредоточенным на цели лечения, а не тонуть в деталях. Еще одно правило заключается в том, что клиенты должны быть в безопасности. Если нет, то следует предпринять что-то в этом направлении, а также исключить угрозу самоубийства, убийства и других потенциально опасных ситуаций.

Важно помнить, что не всегда необходимо возвращаться назад и прорабатывать травмирующие воспоминания. Некоторые клиенты это сделают, другие же — нет. Еще важно обращать внимание на сильные стороны клиентов и их ресурсы. Что сделали клиенты, чтобы пережить травмирующие события, и как они справлялись до сих пор? Есть ли у них здоровые отношения и образцы для подражания? Какими еще способностями и навыками они обладают? Каждая часть опыта клиентов должна быть признана, а самобичевание или обесценивание следует мягко оспаривать. Терапевты всегда должны помнить, что на клиентов может влиять то, что с ними произошло, но их будущее не определяется этими событиями

Пример 13. *Раз и навсегда*

Клиентка спросила: “Как я узнаю, что *раз и навсегда* избавилась от травмы после изнасилования в 14 лет?” Психолог ответил: “Можно сказать, что вы справились с травмой, когда сможете продолжать свою жизнь, не страдая от таких симптомов, как депрессия, флешбэки или ночные кошмары, и когда вы обретете достаточный уровень благополучия. Однако хорошее преодоление травмы — это не то же самое, что *окончательное* преодоление травмы. Если позже в жизни вам придется пережить нечто подобное, шансы возвращения симптомов увеличатся”.

Вот такая мысль может оказаться для клиентов спасительной: “Представьте, что ваш мозг — это библиотека. Книги рядом со входом содержат информацию о свежих приятных и неприятных событиях. Книги, содержащие то, что происходило ранее в вашей жизни, расставлены на полках в дальнем углу библиотеки (возможно, там уже собралась пыль). Теперь представьте, что вы библиотекарь и можете переставлять книги, руководствуясь чем угодно. Если книга о неприятном событии каждый раз появляется в передней части библиотеки, переместите ее на задние полки и поставьте несколько книг с приятными событиями впереди. Повторите это пару раз. Так вы становитесь хозяином своих мыслей”.

Определяющий успех

Разные люди определяют успех по-разному. Все больше и больше он становится синонимом денег и статуса. Однако настоящий успех — это не столько результаты или итоги, сколько процесс достижения целей и воплощения мечтаний. В книге *Винни-Пух об успехе* мудрый незнакомец рассказывает животным, как они могут добиться успеха, и это, по их мне-

нию, “самая важная тема из всех”. Он пишет следующую аббревиатуру на листе бумаги.

У — Ухватись за мечту!

С — Сотвори из мечты цель!

П — Планируй время мудро!

Е — Еще больше новых умений и навыков в копилку!

Х — Хватай ресурсы — и вперед!

Каждый клиент уникален. В следующей главе мы рассмотрим подробнее, как найти эффективное вмешательство для конкретного клиента в определенной ситуации в определенное время. Главный принцип ОРКТ таков: если что-то работает (лучше), делайте так чаще; если что-то не работает, ищите что-то другое.

Резюме

- Работа над достижением цели повышает уровень счастья.
- Четко определенные цели должны быть поставлены на ранней стадии терапии и сформулированы как можно более конкретно, в позитивном ключе, здесь и сейчас. Они должны быть выполнимы, управляемы и сформулированы на языке клиента.
- Полезные техники, ориентированные на будущее, включают в себя, среди прочего, “Лучшее возможное «я””, “Письмо из будущего”, “Старше и мудрее” и “Итог жизни”.
- Предпочтительнее спрашивать клиентов о том, что они *предпочитают* в жизни, а не о том, чего они *хотят*.
- Согласно теории реализации фантазий цели должны быть реалистичными, и вместо того, чтобы предаваться мечтам или заикливаться на негативной реальности, их следует мысленно сопоставлять с текущей ситуацией.
- Мотивация и цели приближения предпочтительнее мотивации и целей избегания.
- При ОРКТ с людьми, пережившими травму, начните с выяснения того, чего клиенты ожидают от терапии и как они определяют успешность лечения.

Сосредоточиться на эффективных действиях

В предыдущей главе ОРКТ была определена как согласованная и совместная работа, в ходе которой терапевты и клиенты фокусируются на исключениях, целях и решениях. Беседы в краткосрочной терапии построены вокруг поиска эффективных решений для данного клиента в данный момент в данном контексте. Главный принцип ОРКТ таков: если что-то работает (лучше), делайте это чаще; если что-то не работает, ищите другой вариант. Беседы, ориентированные на решение, отличаются от бесед, в которых используются стратегии ПП. Одно из отличий заключается в том, что в разговорах о ПП основное внимание уделяется не тому, что работает, а личным сильным сторонам в контексте позитивных изменений. Однако, объединив эти методы, можно эффективно помочь травмированным людям жить и процветать, укрепляя их надежду и оптимизм.

Оценка сильных сторон и ресурсов — первый способ выяснить, что работает. Эти ресурсы можно найти у клиентов или в их окружении (партнер, дети, семья, друзья, коллеги и т.п.). Оценка надежды, мотивации и уверенности — еще один способ узнать, на каком этапе находятся клиенты и что они хотят изменить в своей жизни. Важно задать вопрос об изменениях до начала терапии, поскольку многие испытывают положительные результаты, связанные с лечением, еще до его официального начала. Поиск исключений из проблемы — третий отличный способ составить перечень эффективных действий. Большинство клиентов прошли через трудные времена, и предыдущие успехи могут удачно выделяться в этом перечне. Задача терапевтов состоит в том, чтобы подкреплять все, что эффективно для клиентов, и не подкреплять то, что не работает. Как сказал американский философ и психолог Уильям Джеймс (1842—1910): “Искусство быть мудрым — искусство знать, что упускать из виду”.

Политический диссидент Александр Солженицын был на много лет сослан в исправительно-трудовой лагерь. Обсуждая нечестность заключенных в лагерях, он сказал, что не собирается объяснять эти случаи. Он спросил, почему люди беспокоятся о том, чтобы объяснить, из-за чего дом в минусовую погоду теряет тепло. Что действительно необходимо объяснить, так это почему дома сохраняют тепло даже в минусовую погоду.

Упражнение 23. ЧТО БЫ ВЫ ХОТЕЛИ ОСТАВИТЬ КАК ЕСТЬ

Предложите клиентам вести дневник в течение недели (или дольше), чтобы проверить, что (уже и/или еще) эффективно. Попросите обратить внимание на то, что им хотелось бы сохранить неизменным. Пусть перечислят эти моменты в дневнике. Попросите их делать себе комплимент в конце каждого дня, исходя из записей в дневнике, и тоже фиксировать это.

Оценка сильных сторон и ресурсов

Исследования показывают, что успешные терапевты фокусируются на сильных сторонах, способностях и доступной поддержке с самого начала сеанса. Они создают среду, в которой клиенты чувствуют, что их воспринимают как нормально функционирующих личностей. Еще успешные терапевты следят за тем, чтобы в конце сеанса снова обратиться к сильным сторонам клиентов [Gassman & Grawe, 2006], укрепляя терапевтический альянс.

Клиенты часто не осведомлены о внутренних сокровищах, используемых для восстановления, жизнестойкости и даже роста, а подчеркивание этих факторов повышает вероятность того, что клиенты снова обратятся к ним при решении будущих задач. Наблюдение за стратегиями, которые человек использует для управления агрессией, часто является простым первым шагом к концептуализации жизнестойкости. Эти стратегии бывают поведенческими (например, упорство), когнитивными (принятие), эмоциональными (юмор, ободрение), социальными (обращение за помощью), духовными (поиск смысла в страдании) или даже физическими (хороший сон и питание).

В главе 3 упоминалось исследование сильных сторон характера “Ценности в действии” (Values in Action, VIA) [Peterson, 2006] (www.authen-

tichappiness.org). Этот опрос был разработан для надежной классификации людей на основе 24 сильных черт характера. Были проанализированы различные мировые культуры, чтобы создать перечень универсальных сильных сторон и добродетелей. Эта таксономия задумана как позитивная альтернатива таксономии психических расстройств DSM.

Суть в том, чтобы жизнь клиента изменилась таким образом, дабы он мог чаще применять свои сильные стороны. Повышение позитивного настроения, возникающее в результате изучения своих ресурсов, значительно, но временно. Напротив, позитивный настрой, возникший в результате поиска новых способов применения сильных сторон, значителен и долговременен [Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005].

Любой желающий может зарегистрироваться на сайте *Authentic Happiness* и пройти все тесты бесплатно. Веб-сайт задуман как общедоступный сервис (более 2 млн чел. уже зарегистрировались и прошли тесты, в том числе VIA). Тесты включают опросники эмоций, вовлеченности ("Краткий тест сильных сторон"), вопросы о значении и опросники удовлетворенности жизнью.

Клиенты могут пройти тест дома и на следующем сеансе проанализировать их результаты. В ходе опроса следует выявить пять основных сильных сторон и привести примеры их использования в последнее время или в прошлом. Неудивительно, что атмосфера на сеансе становится более позитивной, когда клиентам предлагается рассказать о своих успехах и внутренней силе. Структура опросника *6 ценностей и 24 сильные стороны характера* выглядит следующим образом.

- *Первая ценность — мудрость и знание.* Пять сильных сторон, связанных с приобретением и использованием мудрости и знаний: креативность, любознательность, объективность, любовь к обучению, перспектива и мудрость.
- *Вторая ценность — смелость.* Четыре сильные стороны, позволяющие человеку достигать поставленных целей вопреки преградам: храбрость, настойчивость, честность и жизненная сила.
- *Третья ценность — человечность.* Три сильные стороны заботы о других и дружбы: любовь, доброта и социальный интеллект.
- *Четвертая ценность — справедливость.* Три сильные стороны для создания здорового сообщества: социальная ответственность и лояльность, правота и лидерство.

- *Пятая ценность — воздержание.* Четыре сильные стороны, защищающие от излишеств: прощение и милосердие, смирение, благоразумие, саморегуляция и самоконтроль.
- *И шестая ценность — трансцендентность.* Пять сильных сторон, укрепляющих связь с окружающим миром и придающих ему смысл: понимание красоты, благодарность, надежда, юмор, живость и духовность.

Другие опросники ПП включают таблицу положительных и отрицательных аффектов (PANAS), опросник благодарности (GQ-6), шкалу надежды (HS), шкалу вдохновения (IS), опросник смысла жизни (MLQ), шкалу осознанного внимания (MAAS), опросник качества жизни (QOLI) и шкалу инициатив личностного роста (PGIS).

Упражнение 24. ТРЕНИРОВКА СИЛЬНЫХ СТОРОН

После выполнения теста VIA определите время для тренировки одной или двух сильных черт — на работе, дома или на досуге. Просто убедитесь, что создаете четко определенную возможность для ее использования. Например, если одной из ваших сильных сторон определено творчество, можете начать работать над книгой. Затем оцените себя: как вы себя чувствовали до, во время и после занятия? Задание было сложным или легким? Время пролетело быстро? Планируете ли повторить упражнение?

Упражнение 25. ДОКАЗАТЕЛЬСТВА СПОСОБНОСТЕЙ

Спросите клиентов, как вы, терапевт, можете собрать наилучшие доказательства их способностей. На что вам, как специалисту, следует обращать особенно пристальное внимание? Как подчеркнуть способности так, чтобы клиент увидел их явно? Как лучше всего дать им это понять?

Упражнение 26. СИЛА, КАЧЕСТВО, НАВЫКИ И РЕСУРСЫ

Предложите клиентам ответить на следующие вопросы.

- Какие сильные стороны, качества, навыки и ресурсы у вас есть?
- Как вы до сих пор использовали их?
- Как они помогут в будущем?

Упражнение 27. РЕСУРСНАЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ

Это упражнение для групповой работы терапевтов, позволяющее обратить особое внимание на ресурсы. Кому-то из группы предлагается рассказать остальным о недавнем приятном или успешном событии, о чем-то, чем он гордится или чему рад. Остальных просят ответить комплиментами. Затем человека спрашивают, какие ответы ему понравились больше всего. Потом тот же человек или кто-то из членов группы рассказывает о недавнем неприятном или неудачном событии, о чем-то, чего он стыдится или чем недоволен. Остальных так же просят ответить как можно большим количеством комплиментов. Человека снова спрашивают, какие комплименты ему действительно понравились.

Это упражнение показывает, как часто бывает трудно говорить комплименты людям, рассказывающим неприятные истории. Еще группа может обсудить, кто, по их мнению, больше всего нуждается в комплиментах: тот, кто рассказывает приятную историю, или тот, кто рассказывает неприятную историю.

Упражнение 28. ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ МОМЕНТ

Упражнение связано с упражнением “На пике” (см. упражнение 32). Цель этого упражнения — предложить клиентам облегчить работу с сильными чертами своего характера, построить мост между прошлым критическим опытом и будущими возможностями, а также связать формирование позитивной идентичности с внутренней силой. Вот рекомендации.

1. Назовите определяющий момент; расскажите свою историю (например, как справились со сложной задачей или прошли тест).
2. Перечислите сильные стороны персонажа в этой истории.
3. Подумайте о том, как эта история сформировала вас (вашу личность) и влияла на вас до сих пор.

Когда дело доходит до изучения или попыток развить в себе психологические сильные стороны, люди склонны сосредотачиваться только на одной из них за раз, вместо того чтобы стремиться понять многомерную взаимозависимость сильных сторон. Например, объединение двух сильных сторон, по-видимому, снижает риск самоубийства. Взрослых, которые были одновременно *благодарны* и *решительны*, в течение месяца почти не посещали суицидальные мысли [Kleiman, Adams, Kashdan, & Riskind, 2013]. Возможно, это связано с тем фактом, что благодарность означает

быть внимательным и настроенным на внешний мир (ощущать прохладный ветерок в волосах, когда выходишь из здания), на прошлый и настоящий опыт (доброта друзей и семьи), в то время как выдержка — внутренняя решимость быть стойким перед лицом трудностей, преодолевать жизненные препятствия, ориентируясь на будущее и принимая боль. По мнению исследователей, человек, обладающий выдержкой и благодарностью, имеет здоровое отношение к прошлому, настоящему и будущему и, как следствие, более устойчив к мыслям о самоубийстве.

Упражнение 29. ПОЗИТИВНЫЕ ВОСПОМИНАНИЯ

Суть упражнения в том, чтобы провести время, вспоминая положительное событие из прошлого. Это может быть событие, вызывающее приятные воспоминания, например день рождения, свадьба, собеседование или момент триумфа. Возможно, пригодятся соответствующие вещи: фотоальбомы, безделушки из отпуска, трофеи, награды, письма или дипломы. Вспомнив событие, несколько минут насладитесь прошлым успехом и приятными чувствами. Это растягивание и продление момента — один из примеров наслаждения. Обратите внимание на детали и положительные эмоции. Не анализируйте опыт, разбивая его на части и пытаясь выяснить, почему что-то произошло так или иначе; в случае положительного опыта это часто контрпродуктивно и не доставляет настоящего наслаждения. Вместо этого сосредоточьтесь на воспроизведении опыта. Доказано, что это упражнение вызывает положительные эмоции и уверенность.

Упражнение 30. СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ ТЕРАПЕВТА

Терапевты тоже используют свои сильные стороны в работе. Подумайте, какие три сильные черты характера привели вас туда, где вы находитесь сегодня в своей профессии. Обсудите это с коллегой и спросите, какие три сильные черты, по его мнению, вам присущи. Теперь поменяйтесь ролями: какие три сильные стороны присущи вашему коллеге и какие сделали его таким, каким он есть?

Подумайте, как максимально использовать эту информацию или применить ее в новой области своей жизни. Какие еще черты могли бы пригодиться в работе в будущем?

Благодарность

Признательность — чувство (установка), которое человек испытывает в знак признания пользы в прошлом или будущем, добровольной услуги или подарка. Благодарность — одна из 24 сильных сторон характера в области *трансцендентности*.

Переживание благодарности исторически было в центре внимания нескольких мировых религий и широко трактовалось философами-моралистами. Систематическое изучение благодарности в психологии началось примерно в 2000 г. Возможно, психология традиционно была больше сосредоточена на понимании страданий, чем на понимании положительных эмоций. Однако с появлением ПП благодарность стала основным направлением психологических исследований. Изучение благодарности сосредоточено на понимании кратковременного переживания эмоции благодарности (благодарность как состояние), индивидуальных различий в том, как часто люди испытывают благодарность (благодарность как черта характера), и взаимосвязи между этими аспектами. Речь идет о важном защитном факторе от развития ПТСР.

Благодарность отличается от *чувства долга*. В то время как обе эмоции возникают после оказания помощи, чувство долга возникает, когда человек понимает, что обязан дать что-то взамен за оказанную помощь. Эти две эмоции приводят к совершенно разным действиям: чувство долга может побудить избегать человека, который помог, в то время как благодарность подталкивает к сближению и улучшению отношений с человеком.

В ходе исследования, посвященного благодарности, были получены следующие результаты. В ходе экспериментального сравнения люди, которые регулярно заполняли дневник благодарности и занимались спортом, сообщали о меньшем количестве физических симптомов, чувствовали себя лучше в отношении жизни в целом и были более оптимистичны насчет будущего. Результаты людей, сосредоточенных на неприятностях или нейтральных жизненных событиях, были хуже [Emmons & McCullough, 2003]. Аналогичное преимущество было получено в области личных целей: участники, которые вели списки благодарностей, в течение двух месяцев добились прогресса в достижении важных личных (академических, межличностных и связанных со здоровьем) целей по сравнению с испытуемыми в других экспериментальных условиях.

Ежедневная благодарность (самостоятельное упражнение) повышает внимательность, энтузиазм, целеустремленность и энергию по сравнению с фокусом на недостатках или способах подняться за счет недостатков других. Не было никакой разницы в уровнях неприятных эмоций групп. Участники группы ежедневной благодарности с большей готовностью помогали кому-то с личной проблемой или предлагали эмоциональную поддержку [Froh, Sefick, & Emmons, 2008].

В выборке взрослых с нервно-мышечным заболеванием 21-дневная терапия благодарностью привела к большому количеству положительных эмоций. Укрепилась связь с другими людьми, оценки своей жизни стали более оптимистичными, улучшилось качество сна. Исследователи также обнаружили, что люди с “чувством благодарности” имеют более низкий

Пример 14. Что было хорошего в этом опыте?

Клиентка, в прошлом подвергавшаяся сексуальному насилию со стороны своего брата, хотела больше не испытывать беспокойства, лучше спать и снова сосредоточиться на своей работе. Терапевт признал ее проблемы и чувства: “Должно быть, вам было невыносимо тяжело, но позвольте задать вам очень странный вопрос. Скажите, что было хорошего в этом опыте?”

Клиентка перечислила то, что она сделала. Во-первых, она набралась смелости отдать своего брата под суд, в результате чего он провел некоторое время в тюрьме. Ответ на этот вопрос дал клиентке и терапевту возможность поощрить силу клиентки и подчеркнуть ее ресурсы для преодоления плохого опыта.

Упражнение 31. БЛАГОДАРИТЬ ЗА ОБЫЧНОЕ И НЕОБЫЧНОЕ

Предложите клиентам благодарить за обычное и необычное, отмечая каждое утро по крайней мере двадцать вещей, за которые они благодарны. Задача кажется трудной, но стоит привыкнуть и найти правильный настрой, как все станет легче. Вот примеры: “У меня есть горячая и холодная вода. У меня есть крыша над головой. У меня чистая одежда. Я жив. У меня есть друзья”. Теперь предложите клиентам поэкспериментировать, чтобы найти то, что работает лучше всего: записать похвалы, произнести их вслух своему партнеру или родственнику либо отметить их про себя. Позвольте заниматься этим в течение недели и заметьте, что изменилось. Затем пускай решат, стоит пересматривать эту привычку или нет.

уровень гормонов стресса в крови [McCraty, Barrios-Choplin, Rozman, Atkinson, & Watkins, 1998] и скорее оправляются от последствий негативных эмоций для сердечно-сосудистой системы [Branigan, Fredrickson, Mancuso, & Tugade, 2000]. А дети, которые практикуют мышление благодарности, более позитивно относятся к школе и близким людям [Froh et al., 2008].

Мужество

Добродетель *мужества* состоит из четырех сильных сторон характера, чтобы достигать целей вопреки преградам: храбрости, настойчивости, честности и жизненной силы. В частности, для клиентов, страдающих от (симптомов) ПТСР, мужество является важной добродетелью; трудно быть смелым и настойчивым в выживании и в прогрессе.

История полна примеров мужественности. Однако до сих пор эта добродетель не так хорошо исследована. Многим сложно дать точное определение мужеству. Вы можете считать себя смелым, потому что прыгали с парашютом, но смелость в основном проявляется в межличностных отношениях. “Быть глубоко любимым кем-то придает тебе силы, в то время как глубокая любовь к кому-то придает тебе смелости”, — Лао-цзы.

В одном исследовании изучалось, в какой степени позитивные личностные переменные связаны с мужеством и добротой. Было проведено различие между людьми, которые рисковали всем, активно помогая преследуемым евреям во время Второй мировой войны, и людьми, которые оставались в стороне. Первые проявляли гораздо больше эмпатии, социальной ответственности и альтруизма и были готовы пойти на гораздо больший риск [Fagin-Jones & Midlarsky, 2007].

Самосострадание

Выздоровливающие, жизнерадостные люди внимательны и заботливы по отношению к своим эмоциям; они снисходительны к себе. Хотя люди не могут изменить чувства и реакции на интуитивном уровне, можно изменить то, как мы реагируем на эти чувства. Большинство считает, что уязвимые чувства — признаки слабости, которые следует скрывать от других любой ценой. Однако при правильном отношении уязвимость может стать источником силы и уверенности. Быть добрым к себе — не только обеспечивать себе комфорт в данный момент; это еще и стремление уменьшить будущие страдания. Сострадание — чувствительность к страданиям самого себя и других, а также стремление что-то с этим сде-

лать [Gilbert, 2010]. Состраданием к самому себе человек поощряет стремление, в то же время придавая целенаправленность и выстраивая здоровые границы. Система успокоения обеспечивает контекст для стремления. Самосострадание вращается вокруг трех моментов [Neff, 2011].

1. Сострадание вместо осуждения по отношению к самому себе. Добрые к себе люди проявляют терпимость и любовь, когда сталкиваются с болью или неудачей. Люди, осуждающие себя, жестоки и нетерпимы к самим себе.
2. Позиция “общей человечности” вместо изоляции. Недостатки и чувство несостоятельности рассматриваются как часть жизни каждого человека. Люди, которые изолируются, как правило, чувствуют себя одинокими из-за своей неудачи.
3. Эмоциональная регуляция вместо чрезмерной идентификации. Люди, способные эффективно регулировать свои эмоции, придерживаются сбалансированной точки зрения и рассматривают свои эмоции в перспективе. Они не размышляют над элементами жизни, которые им не нравятся, и не игнорируют их. Напротив, чрезмерно уверенные в себе люди склонны заикливаться на неудаче и рассматривать ее как свидетельство собственной несостоятельности.

Растущее самосострадание имеет положительные эффекты: удовлетворенность собственной жизнью, мудрость, оптимизм, любознательность, постановка целей, социальные связи, личная ответственность и эмоциональная устойчивость.

Упражнение 32. НА ПИКЕ

Предложите клиентам вспомнить конкретное время, когда они были в лучшей форме — на пике целостности в чувствах и поступках. Попросите их создать историю из этого опыта или данного момента времени, наметив ее начало, середину и конец. Это подход повторного воспроизведения и переживания положительного опыта, как если бы им показывали фильм о нем.

Воображаемое повторное переживание и наслаждение такими моментами ведет к ощущению счастья и удовольствия от будущего, как будто оно происходит в настоящем. Исследования показали, что это упражнение лучше всего выполнять в уме; однако вреда не будет, если клиенты захотят записать несколько основных моментов.

Упражнение 33. ЯРКИЕ ВОСПОМИНАНИЯ

Это еще одно упражнение, чтобы вспомнить время, когда клиенты были в лучшей форме. Пусть припомнят *яркий момент* в своей жизни за последние несколько недель — момент, когда они действительно чувствовали себя на пике способностей. Как это было? Что побудило их блистать? Теперь предложите клиентам на время задуматься об их исключительных качествах, навыках и ресурсах. Как можно было бы приумножить эти моменты?

Пример 15. Немного самосострадания

Одна клиентка сказала своему психологу, что ее юность была ужасной. Родители, оба пациенты психиатрической больницы, страдающие аутизмом, ужасно относились друг к другу. Впоследствии клиентка и ее собственная семья серьезно пострадали в авиакатастрофе. Вдобавок у младшей дочери возникла нежелательная беременность. Клиентка часто плакала, чувствуя, что теряет свою обычную стойкость и мужество. Ей было трудно сделать что-то приятное для себя и научиться успокаиваться.

Терапевт признал чувства клиентки и нормализовал тот факт, что ей трудно быть доброй к себе, ведь родители не дали ей пример такого поведения в детстве. "Не имея опыта, — спросил терапевт, — как вам удается утешать собственных детей, когда они в вас нуждаются? Где вы научились проявлять сострадание к другим? Когда вам удалось проявить немного самообладания? Что именно вы тогда сделали? Как приумножить это в будущем? Каким будет ваш следующий шаг?" Еще терапевт предложил клиентке совершать больше *добрых поступков* для других, потому что это было то, что у нее получалось отлично.

Самосострадание отличается от *самооценки*. Согласно исследованию [Neff & Vonk, 2009] самооценка была связана с устойчивым ростом нарциссизма в течение последних 45 лет. Высокая самооценка связана с потребностью чувствовать свое превосходство над другими, чтобы хорошо относиться к самому себе. Высокая самооценка — нереалистично высокое мнение о себе, которое оказывает особенно разрушительное воздействие, когда мы сталкиваемся с неудачей. Люди с высокой самооценкой склонны отмахиваться от негативных отзывов, принижать свои неудачи и брать на себя меньшую ответственность за собственные вредные действия. Короче говоря, самооценка может создать дистанцию между нами и другими людьми. Доброта к себе, которая тоже рассматривается как самосострадание, широко известна в буддизме и менее целенаправленно

культивируется на Западе. Доброта к себе не требует чувства превосходства по отношению к другим и может быть более здоровой альтернативой самооценке. Доброта к себе — вовсе не оценка самих себя, а отношение, которое мы принимаем к собственным неудачам и страданиям. Это позитивное, проактивное отношение к себе, а не просто отсутствие негативных установок. Например, отсутствие самоосуждения не обязательно означает, что человек сострадателен к самому себе. Люди часто становятся злейшими критиками самих себя, считая это частью мотивации. На самом деле исследования показывают, что здоровое сострадание к себе повышает внутренний заряд человека, устойчивость к неудачам и способность преуспевать на работе и во всех аспектах жизни. Самосострадание вполне может быть самым важным жизненным навыком, придающим жизнестойкость, мужество, энергию и креативность.

Чувствовать заботу и принятие, испытывать чувство принадлежности и связь с другими людьми жизненно необходимо для физиологического созревания и благополучия [Siegel, 2001]. Эти ощущения связаны с определенными типами положительного аффекта, которые ведут к хорошему самочувствию и повышенному уровню эндорфинов и окситоцина [Panksepp, 1998]. Их можно рассматривать как часть 24 сильных сторон характера (человечность и воздержанность).

Также самосострадание отличается от *жалости к себе*. Жалея себя, человек обычно чувствует себя оторванными от других, преувеличивая свои проблемы. Доброта к себе направляет к универсальности нашего состояния и позволяет объективно взглянуть на свои страдания. Добрые к себе люди легче признают ошибки, меняют непродуктивное поведение и принимают новые вызовы.

Большинство из нас уже умеют быть добрыми к другим. Доброта к себе обращает эту практику вовнутрь, так что мы относимся к себе так же доброжелательно, как относились бы к хорошему другу. Это качество позволяет принять нашу основную, несовершенную человечность.

Упражнение 34. САМОСОСТРАДАНИЕ

Предложите клиентам вспомнить некоторые моменты их жизни, когда они могли быть хотя бы немного добрее к себе (поиск исключений). Что именно они делали? Как им удалось это? Каковы положительные последствия этих моментов? Затем спросите их, как увеличить вероятность того, что в будущем таких моментов станет больше.

Упражнение 35. САМОУВАЖЕНИЕ

Вот инструкции к упражнению.

- Найдите пять моментов, которые вам нравятся в себе.
- Найдите пять своих поступков, полезных для окружающего мира.
- Расскажите о своем самом большом достижении за последние две-надцать месяцев.

Терапия, сфокусированная на сострадании

Терапия, сфокусированная на сострадании (Compassion-Focused Therapy, CFT), возникла в результате сочетания КПТ и работы с эмоциями с акцентом на сострадание (доброту). CFT подходит для работы с людьми с высоким уровнем стыда и самокритичности. Им может быть трудно испытывать положительные эмоции (принимать сострадание от других и быть сострадательными к себе). CFT ориентирована скорее на процесс, чем на расстройство, потому что стыд и самокритика — трансдиагностические процессы, связанные с целым рядом психологических расстройств. CFT направлена на развитие мотивации, внимания, эмоций, поведения и мышления, ориентированных на заботу и привязанность. Ключевые навыки CFT: обращение к образам, ориентированным на сострадание, формирование сострадательного “я” и взаимодействие с трудностями через него. В качестве примера *сострадательного рескриптинга* клиент, обученный сострадательному “я”, занимает соответствующую позицию, имея дело с трудным воспоминанием, и наблюдает за разворачивающейся сценой. Затем постепенно, задействуя сострадательное “я”, он приносит в сцену что-то новое (например, помощников) и решает, каким будет конец истории. Сострадательное “я” — источник воображения, подключившись к которому можно придумать самые фантастические концовки [Brewin et al., 2009].

Ориентировать упражнения на сострадание можно четырьмя способами:

- 1) источник внутреннего сострадательного “я”;
- 2) поток сострадания, исходящий от вас к другим;
- 3) поток сострадания, направленный на вас;
- 4) сострадание к самому себе.

Появляется все больше свидетельств того, что *личность*, которой мы пытаемся стать, влияет на наше благополучие и социальные отношения, и больше пользы приносит сострадательная, а не сосредоточенная на себе самоидентификация [Gilbert, 2010, p. 11].

Как упоминалось ранее, сострадать другим обычно достаточно легко, но многим клиентам (и психологам) зачастую труднее обратить это чувство на себя. Не все клиенты высокого мнения о себе; некоторые даже считают, что у них нет сильных сторон либо ресурсов. Часто эти клиенты очень строгие и устанавливают для себя высокие стандарты; они склонны больше обращать внимание на то, что должно было быть лучше. Их способность к самосостраданию плохо развита, т.е. они не способны относиться к себе по-доброму — только критически. Как сказал Будда: “Ты, как и любой другой человек во вселенной, заслуживаешь своей любви”.

Если клиенты не могут найти сильные стороны или ресурсы, предложите им взглянуть на себя через призму позитива.

- Что думают ваши лучшие друзья о ваших сильных сторонах и ресурсах?
- Какими качествами и навыками, по их мнению, вы обладаете?
- Что бы ваши дети (родители, коллеги) сказали о вашей внутренней силе?
- Откуда у вас смелость измениться, если захотите?
- Как можете облегчить себе этот процесс?
- Откуда у вас такие хорошие идеи?
- Как вам удается быть таким решительным?
- Когда был ваш последний успех, и что вы сделали ради этого?
- Если вернуться в прошлое, то когда вы осознали, что обладаете этими качествами?
- Когда другие узнали, что вы обладаете этими качествами?
- Как можно сейчас снова использовать их?
- Как другие заметят, что вы делаете это?
- Что дается вам легко, а у других вызывает трудности?
- Что давалось вам без труда в детстве?
- Если бы _____ (например, умерший человек) мог увидеть вас сейчас, чем бы он гордился?

- Что бы этот человек сказал о вас, если бы это было возможно?
- Что бы он сказал о ваших достижениях?
- Как обычно происходят перемены в вашей жизни?
- Что в вашей жизни идет хорошо, хотя бы чуть-чуть?
- Чем вы удовлетворены в своей жизни и хотите сохранить без изменений?

Пример 16. Слева и справа

Клиентке с долгой историей физического и сексуального насилия очень трудно назвать что-то, в чем она хороша или что доставляет ей удовольствие. Терапевт предлагает ей составить список всего, что ее не устраивает. Клиентка перечисляет это на левой стороне листа бумаги, разделив предварительно лист пополам. Затем терапевт спрашивает клиентку, что она хотела бы видеть вместо каждого пункта на левой стороне, а также какие (небольшие) исключения можно сделать. Клиентка отмечает это на правой стороне листа. Затем терапевт разрезает лист пополам, и клиентка выбрасывает левую сторону в мусорную корзину. С этого момента терапевт и клиентка работают только с ее целями и исключениями из проблем.

Есть и другое вмешательство, ориентированное на сострадание, — *медитация любящей доброты* [Fredrickson, 2009]. С ее помощью мы вызываем положительные эмоции, особенно в контексте взаимоотношений. Эта техника усиливает чувство теплоты и заботы о себе и других. Подобно осознанности, любящая доброта широко представлена в древних буддийских практиках тренировки ума. В упражнении с образами (см. главу 8) клиенты направляют нежные чувства сначала на самих себя, а затем на других (приятных знакомых людей, затем на незнакомцев и, наконец, иногда даже на людей, с которыми у них негативные отношения). Медитация вызывает больше позитива независимо от того, проводится она в уединении или в коллективе, однако позитив был особенно важным во время социальных взаимодействий. “Медитация выявляет лучшее не только в вас, но и в других людях. По крайней мере, вы сможете полнее наслаждаться их обществом” [Fredrickson, 2009, p. 89].

Осознанность

Практики осознанности для улучшения самочувствия и преобразования страданий имеют долгую историю, насчитывающую по меньшей мере 2000 лет. Джон Кабат-Зинн [*Kabat-Zinn, 1994*] начал систематически обучать осознанности людей с хроническими проблемами со здоровьем в медицинских и психиатрических учреждениях в 1970-х гг. Он назвал свою работу “Снижение стресса на основе осознанности” (*Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR*). Кабат-Зинн считает, что осознанность — умение уделять внимание определенным образом, целенаправленно, здесь и сейчас, без осуждения.

Осознанность — форма умственной деятельности, которая тренирует разум осознавать саму осознанность и обращать внимание на свои намерения [*Siegel, 2010*]. Осознанность требует от человека обращать внимание на настоящий момент объективно и без осуждения. Она учит самонаблюдению; практикующие способны описать словами состояние ума. И это возможно благодаря форме внутреннего настроя на самого себя, чтобы стать себе лучшим другом, надежным и гибким.

Когнитивная терапия на основе осознанности (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT*) сочетает в себе медитацию осознанности, уходящую корнями в буддийскую мысль, и западную традицию КПТ. Это вмешательство способствует широкой, открытой осведомленности, а также сосредоточенному вниманию и уменьшает автоматическое реагирование. Сила осознанности в том, что она может буквально разорвать связь между негативными мыслями и негативными эмоциями. Таким образом, осознанность сочетается с экспозицией травмирующих воспоминаний.

Исследования показали, что среди клиентов с рецидивирующей депрессией MBCT вдвое снижает частоту рецидивов, сопровождающих обычное лечение, и эквивалентна длительному приему антидепрессантов. Она также доказала свою эффективность при лечении детей и подростков с СДВГ.

Важно помнить, что быть осознанным — значит уделять внимание меняющемуся опыту, независимо от того, приятен он, неприятен или нейтрален. Для этого нужно пустить в ход такие сильные стороны характера, как саморегуляция (внимания) и любопытство (открытость настоящему моменту). Осознанность можно практиковать формально, регулярно медитируя сидя, гуляя, во время еды и т.п. Или неформально, намеренно сосредоточиваясь на действии (например, ощущая мягкость

ткани, когда застилаем постель; слушая звук, когда еда соприкасается с тарелкой, и т.п.).

Наука задокументировала, что тренировка осознанности оставляет неизгладимый след в мозге. Меняются основные метаболические процессы в цепях мозга, которые, как известно, лежат в основе эмоционального реагирования. Снижается активность в цепях, связанных с негативом, и повышается активность в цепях, связанных с позитивом [Davidson et al., 2003]. Опыт запускает повторяющееся возбуждение нейронов, что приводит к экспрессии генов, производству белков и изменениям как в генетической регуляции нейронов, так и в структурных связях в мозге [Siegel, 2010]. Используя силу осознания для стратегической стимуляции работы мозга, ментальное зрение (сфокусированное внимание, позволяющее нам видеть внутреннюю работу собственного разума) позволяет нам добровольно изменять паттерн срабатывания, заложенный непроизвольно. Фокусируясь, мы создаем нейронные паттерны, которые позволяют ранее разделенным областям стать связанными и интегрированными. Синаптические связи укрепляются, мозг становится более взаимосвязанным, а разум — адаптивным.

Упражнение 36. ПЯТЬ, ЧЕТЫРЕ, ТРИ, ДВА, ОДИН

Это короткое упражнение на внимательность. Предложите клиентам последовательно посмотреть на пять объектов и поблагодарить их, порадоваться им или просто принять их такими, какие они есть. Затем предложите проделать то же самое с четырьмя предметами; с тремя; с двумя; с одним.

Затем звуки. Сначала пять звуков; четыре; три; два; один. То же самое проделываем с пятью тактильными или телесными ощущениями; затем четырьмя; тремя; двумя; и, наконец, одним.

Упражнение 37. ЦЕНИТЬ ВРЕМЯ

Попросите клиентов представить, что время — банковский счет и что каждое утро им начисляется 86 400 с. Если к концу дня не потратить ни одного из своих кредитов, они будут немедленно списаны со счета. Что делать? Вероятно, нужно постараться использовать каждую секунду. Так что предложите клиентам наслаждаться каждым мгновением, каждой минутой и каждым часом каждого дня, потому что этот момент невозможно восстановить.

Оценка прогресса, мотивации, надежды и уверенности

Древнегреческому философу Гераклиту (540–480 гг. до н.э.) часто приписывают высказывание о том, что нет ничего постоянного, кроме изменений: *Panta rhei*. Когда клиенты заикливаются на изучении того, чем отличаются хорошие дни от плохих, времена до проблемы и времена после ее появления, терапевты получают отличную возможность спланировать действия, исходя из этой информации.

Терапевты рассматривают клиентов через призму изменений. Как отмечалось в главе 3, внимание к изменениям высвечивает уже существующие ресурсы и позволяет их задействовать. Фокус на изменениях требует, чтобы терапевт верил, подобно Гераклиту, в неизбежность перемен. Так создается контекст для новых или отличающихся точек зрения и моделей поведения. Особый интерес представляет то, что сделал клиент, чтобы добиться этих изменений, и как он понимает все это.

Джон Уолтер и Джейн Пеллер [Walter & Peller, 2000] описали свое развитие как терапевтов.

Сопоставляя частоту проблемных паттернов с паттернами исключения, мы задались еще более радикальным вопросом: насколько полезно интерпретировать переживания клиентов как стабильные паттерны. Возможно, понятие стабильных паттернов было всего лишь конструкцией, которая ограничивала нашу способность наблюдать изменения. Возможно, стоит думать об изменениях как о чем-то постоянном, а хаотичность поведения считать нормой, вместо того чтобы считать нормой устойчивые модели взаимодействия. Мы начали думать, что предположение о *постоянности изменения* — лучшая отправная точка, чем *постоянное и повторяющееся поведение*.

Шкала

С помощью шкалы терапевты подталкивают клиентов выражать сложные, интуитивные наблюдения о прошлом опыте и оценки будущих возможностей. Через вопросы клиенты оценивают свои наблюдения, впечатления и прогнозы по шкале от 10 до 0. Например, терапевты спрашивают: “По шкале от 10 до 0, где 10 означает, что вы уверены в том, что сможете достичь своей цели, а 0 означает, что нет никакой уверенности, как бы вы оценили свой прогресс сегодня?”

Шкалу можно использовать для оценки прогресса, мотивации, надежды и уверенности. При оценке прогресса клиентам предлагают указать, в какой степени их цель уже достигнута, по шкале от 10 до 0, где 10 — самый желаемый результат, а 0 — худшее, что когда-либо было. “Где вы сейчас? Что вы сделали, чтобы (уже) достичь этого результата? Почему оценка не ниже, чем есть на самом деле? Как так получилось? Как бы ощущалась оценка на один балл выше по шкале? Что бы вы делали по-другому, если бы отметка была выше? Какой точки на шкале вы хотите достичь, чтобы считать цель достигнутой (в достаточной степени)? С какой отметкой вы были бы готовы завершить терапию?”

Еще работа со шкалой показывает пройденный путь. Большинство клиентов не выбирают 0, когда приходят на терапию (хотя иногда все дело обстоит именно так, и в этом случае терапевт мог бы немного расширить шкалу и спросить: “Как вам это удастся?” или “Почему оценка не ниже 0?”). Это отправная точка для метода оперантного обусловливания, называемого *последовательным приближением* (или *формированием*) желаемого поведения.

Обычно, когда у клиентов есть четкое представление о том, чего они хотят достичь, и когда они уже смогли в какой-то степени продвинуться в этом направлении, будет относительно легко выбрать следующие шаги вперед. Работа со шкалой иногда происходит в форме физического упражнения, в ходе которого клиент и терапевт буквально проходят по шкале от 10 до 0, размеченной в терапевтическом кабинете или за его пределами.

Упражнение 38. ШКАЛА БЛАГОПОЛУЧИЯ

Шкалы — чрезвычайно полезный инструмент в терапии. По шкале психологического благополучия (см. рис. 2.1) балл -10 указывает на наихудшую психологическую ситуацию, а +10 — на идеальное личностное благополучие. Вопросы, ориентированные на решение, звучат следующим образом.

- На какой отметке находится идеальная ситуация? Когда ваши лучшие надежды оправдаются, какую оценку вы поставите?
- Какова будет реалистичная цель?
- На какой отметке вы сейчас находитесь (и почему не ниже)?
- Каковы будут следующие признаки прогресса? Каков будущий шаг?
- В какой момент вы бы решили, что терапия прошла достаточно успешно, поэтому можно прекратить наши встречи?

Шкалы используются также в традиционной терапии. Однако в проблемно-ориентированных терапиях, таких как КПТ, шкалы тоже ориентированы на проблему: шкала депрессии, шкала тревоги или шкала SUD (субъективных единиц дистресса) в EMDR. На этих шкалах наивысшая точка означает пик депрессии или стресса, а 0 указывает на отсутствие негативного чувства. Но отсутствие негативных чувств ничего не говорит о наличии положительных чувств или благополучии (см. главу 1).

Пример 17. Контроль показателей

В клинических условиях для подростков с наркотической или алкогольной зависимостью специалисты (ориентированные на решение проблем) часто спрашивают клиентов об их тяге: «Насколько высоко вы сейчас находитесь по шкале, где 10 означает, что тяга очень сильная, а 0 означает ее отсутствие?» Часто клиенты отвечают: «Мое желание было довольно слабым, пока вы не заговорили о нем, но теперь я сразу его почувствовал!» Лучшим вопросом в этом контексте был бы такой: «На каком уровне вы сейчас контролируете свою зависимость, где 10 означает «Я полностью контролирую зависимость», а 0 означает «Я вообще ничего не контролирую?»»

Оценка мотивации к переменам

Было бы неплохо, если бы и клиенты, и психологи всегда могли начинать с предположения, что терапия используется по назначению: для поиска решений или чтобы оставить что-нибудь позади. Однако приверженность терапии и мотивация к изменениям — не одно и то же. Если клиентка готова прийти на терапию (обязательство), это не обязательно означает, что она также готова изменить свое поведение. Часто клиенты (молча) надеются, что терапевт решит проблему или увидит в другом человеке виновного. Оценка мотивации клиента к переменам и того, как их можно стимулировать ради положительного результата терапии, начинается с терапевтического альянса (см. главу 4). В ходе этого процесса терапевт оценивает тип отношений с каждым клиентом, чтобы оптимизировать сотрудничество: это отношения с *посетителем*, *заявителем* или *потребителем*?

Шкалы применимы и к мотивации: «По шкале от 10 до 0, где 10 означает, что вы сделаете все возможное для желаемого будущего, а 0 означает, что вы будете только надеяться и молиться, где вы видите себя сегодня?

Как получилось, что вы в этой точке (а не ниже)? Как будет выглядеть ситуация на один балл выше? Что изменится в вашей жизни? Что будете делать по-другому? Кто и/или что поможет вам подняться на один балл выше по этой шкале?”

Изменения до начала терапии

От 15 до 66% клиентов испытывают положительные результаты до официального начала терапии (*изменения до начала терапии*) [Miller et al., 1997]. Простое планирование встречи с психологом запускает колесо перемен и открывает возможность для новых способностей и навыков.

Акцент на изменения вдруг выхватывает уже существующие ресурсы и позволяет их задействовать. От терапевта требуется верить в неизбежность изменений и создавать контекст, в котором можно приветствовать, исследовать и развивать новые или отличные точки зрения и поведение. Особый интерес представляет то, что сделали клиенты, чтобы добиться этих изменений, и как клиенты понимают все это. Вопросы, касающиеся изменений до терапии, включают следующее.

- С того момента, как вы записались на курс терапии, и до нашего первого сеанса сегодня, что изменилось (стало хотя бы чуть-чуть лучше)?
- Между записью на прием и нашей первой встречей сегодня как поменялась ситуация?
- Как вам удалось это?
- Как приумножить эти изменения?
- Если вы продолжите в том же духе, какое значение это будет иметь для вас (или других важных людей)? Как улучшится ваш день?
- Что эти позитивные изменения говорят о вас как о личности?

Поиск исключений

Как отмечалось выше, терапевты ОРКТ Джон Уолтер и Джейн Пеллер [Walter & Peller, 2000] начали думать, что “предположение о *постоянстве* изменения — лучшая отправная точка, чем *постоянное и повторяющееся* поведение”.

Еще в главе 3 упоминалось, что наиболее важные для нас аспекты скрыты из-за их простоты и привычности [Wittgenstein, 1968]. Следовательно, не нужно копать глубоко, чтобы найти исключения: они лежат на поверхности, но обычно клиенты обходят их стороной, поскольку чувствуют, что проблема *возникает всегда*. Задача терапевтов — помочь найти исключения и усилить их, чтобы жизнь клиента начала меняться к лучшему. Так мы подходим к *вопросам об исключениях* — еще одному полезному способу сосредоточиться на том, что эффективно. Это новая для многих клиентов практика (не говоря уже о терапевтах), и часто они впервые начинают замечать исключения. Решения часто строятся вокруг ранее непризнанных *положительных различий*. Можно провести различие между исключениями, относящимися к желаемому результату (цели), и исключениями, относящимися к проблеме (см. приложение Б).

- *Вопросы для поиска исключений, относящихся к цели.* Чем бы вы хотели отличаться от других? Как это проявилось в последний раз? На что было похоже?
- *Вопросы для поиска исключений, относящихся к проблеме.* Когда проблема стала менее серьезной? Когда она ненадолго отступила? Когда вы смогли справиться немного лучше?

История 22. Положительные различия

Маленький мальчик что-то поднимал и осторожно бросал в океан. К мальчику подошел мужчина и спросил: “Что ты делаешь?” Мальчик ответил: “Спасая морских звезд, выброшенных на берег. Начинается отлив, и если я не выброшу их обратно, они умрут”.

Мужчина заметил, что пляж растянулся на мили, покрытый тысячами морских звезд. Он снова посмотрел на пляж, потом на мальчика и сказал: “Ну ты ведь не сильно изменишь ситуацию, не так ли?”

Вежливо выслушав, маленький мальчик наклонился, поднял другую морскую звезду и бросил ее обратно в воду. Затем он улыбнулся и сказал мужчине: “Я изменил ситуацию для той одной!”

Автор неизвестен

Исключения из проблемы можно найти в любом симптоме из четырех групп спектра ПТСР в DSM-5: повторное переживание травмирующего события, избегание стимулов, связанных с травмой, негативные когниции и настроение, а также симптомы повышенного возбуждения. К числу вопросов, связанных с поиском исключений, относятся следующие.

- Можете вспомнить ситуацию, когда вы не пережили заново часть травмирующего события вопреки ожиданиям, что это произойдет?
- Когда вы в последнее время чувствовали себя немного лучше?
- Какие ночи за последние несколько недель прошли чуть лучше (лучше спали, меньше кошмаров и т.п.)?
- Когда вы смогли почувствовать себя более расслабленным, хотя бы чуть-чуть?
- Когда за последние несколько недель вы не причинили себе вреда, хотя и думали, что сделаете это? *(В случае членовредительства.)*
- Когда вы чувствуете более глубокую связь с другими людьми и миром?

Исключения из проблемы могут быть как преднамеренными, так и спонтанными. Если исключения преднамеренны, можно вызвать их снова. Если исключения спонтанны, нужно узнать о них больше, например отслеживая их или пытаясь предсказать.

Выслушав и изучив исключения, терапевты хвалят клиентов за все, что те уже сделали, и задают компетентные вопросы, предложив клиентам рассказать об их успехах.

1. Как вы это сделали?
2. Как вы решились на это?
3. Какие меры предприняли?

Задавая первый вопрос, терапевт предполагает: клиенты что-то сделали, используя действие, компетентность и ответственность. Вторым вопросом отсылает к активному решению, принятому клиентом, чтобы написать новую историю жизни и повлиять на собственное будущее. Третий вопрос — приглашение к рассказу об успехе.

Есть такая техника — перенос компетентности, когда клиентам предлагается рассказать о других областях мастерства в их жизни, таких как спорт, хобби или особый талант. Затем клиентам следует использовать эти способности для достижения целей. Например, клиент с паническим расстройством научился расслабляться, применяя свои знания о глубоководных погружениях всякий раз, когда испытывал беспокойство [Lamarre & Gregoire, 1999].

Пример 18. Перенос компетентности

Одна клиентка в течение многих лет страдала от резких перепадов настроения своего мужа, ветерана войны с посттравматическим стрессовым расстройством. Она перепробовала все, но безуспешно. Как тренер по верховой езде, она обладала особым талантом дрессировать неукротимых лошадей. Когда ее спросили, в чем секрет ее успеха, она ответила, что всегда вознаграждала лошадь за достижения, даже если результаты были минимальными. Еще она сопротивлялась желанию наказать лошадь или разозлиться и бросить ее. В этот момент она останавливалась, предлагала лошади кусочек сахара и повторяла попытку на следующий день. Отвечая на этот вопрос, клиентка поняла, что могла бы использовать свой талант точно таким же образом, когда имела дело с перепадами настроения своего мужа.

Вот дополнительные вопросы для поиска исключений [Bannink, 2010a].

- Что изменилось с тех пор, как вы записались на этот сеанс?
- Что уже улучшилось с тех пор, как вы записались на встречу?
- Что уже лучше?
- Что работает?
- Что вы пробовали и что из этого помогло, пусть даже совсем немного?
- Из всего, что вы делали, что оказалось наиболее эффективным?
- Что еще помогало до сих пор?
- Вы уже видите желаемое будущее (хотя бы отчасти)?
- Что в такие моменты происходит по-другому?
- Каких успехов вы добились в прошлом?
- В каких ситуациях чувствуете себя несколько лучше?
- Что в этом нового?
- Когда у вас в последний раз был хороший день?
- Когда удавалось вести себя соответственно желаемому образу себя в будущем?
- Вспомните момент на прошлой неделе (в прошлом месяце, году), когда проблема отсутствовала или была менее серьезной. Что это был за момент? Что тогда вы делали по-другому?

- Когда проблема перестает быть проблемой? Что тогда вы делаете не так, как обычно?
- Если у других людей такая же проблема, то когда она не доставляет им неприятностей? Что тогда они делают по-другому? В чем разница?
- Что, если проблема все еще существует, но вам удастся меньше страдать от нее? Каким образом?
- Предположим, вы могли бы придумать исключение. Что бы это могло быть?
- Что происходит, когда проблема становится менее серьезной или когда дела идут немного лучше?

История 23. Исключения

Организация "Спасите детей" была приглашена во Вьетнам для борьбы с недоеданием как результатом массы проблем: бедности, неграмотности, плохих санитарных условий и нехватки чистой воды. Согласно отчетам эти проблемы подпали под категорию "это правда, но ничего не поделаешь". Дети не могли дожидаться, когда эти проблемы будут решены.

Представители организации встретились с местными матерями в сельских поселениях, оценили состояние детей и выявили из их числа более здоровых. Они искали исключения: людей, чье поведение приводило к лучшим результатам при использовании тех же ресурсов. Матери детей-"исключений" кормили их большим количеством блюд в день (используя то же количество пищи). Здоровых детей активно кормили, в то время как нездоровые ели самостоятельно. Эти матери собирали креветки с рисовых полей (еда для взрослых) и зелень сладкого картофеля (низкокалорийная еда), делая блюда для своих детей более питательными.

Этот метод был распространен в других деревнях. Через шесть месяцев 65% детей стали лучше питаться; программа охватила 2,2 млн чел. У организации не было ответов, когда они начинали, но у них была глубокая вера в то, что они найдут выход [Heath & Heath, 2010, pp. 27–32].

Упражнение 39. ЧТО СЕГОДНЯ ВЫ СДЕЛАЛИ ПОЛЕЗНОГО?

Большинство клиентов расскажут о том, что делали плохого для себя, например употребляли слишком много алкоголя, предавались руминациям или ссорились с партнером. Для разнообразия спросите клиентов, что они сделали сегодня на пользу себе. Пусть назовут хотя бы четыре момента.

- Что вы сделали сегодня для себя полезного?
- Что еще вы сделали хорошего для себя?
- Что еще?
- А еще?

Эти вопросы также можно задать и в конце сеанса ("Что вы сделали на этом сеансе полезного для себя?"). Есть и другие вопросы: "Что будете делать полезного в течение оставшейся части дня?" и "Что вы сделали сегодня (или что будете делать сегодня) хорошего для отношений с важными людьми: партнером, детьми, семьей или друзьями?" Еще это упражнение может быть частью домашнего задания: предложите вести дневник, записывая в него каждый день четыре дела из категории пользы для себя и/или других.

Упражнение 40. ПЯТЬДЕСЯТ ПОЛЕЗНЫХ ДЕЛ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ БЛАГОПОЛУЧИЯ

У Пола Саймона есть песня *Fifty Ways to Leave Your Lover* (50 способов уйти от своей любовницы). Для многих клиентов составление списков — занятие одновременно увлекательное и сложное. Предложите им дать примеры 50 (5 по 10) положительных вещей, которые способствуют благополучию.

- Назовите десять своих положительных качеств.
- Назовите десять успехов в своей жизни.
- Назовите десять способов проявления доброты к другим.
- Назовите десять непредвиденных обстоятельств в своей жизни.
- Назовите десять способов, как вас поддерживают другие.

Повысить эффективность

Каждый клиент обладает определенными личными качествами и прошлым опытом, которые при должном использовании могут быть весьма полезны для разрешения трудностей и обогащения жизни. Чувство юмора, жизнестойкость и забота о других — сильные стороны ваших клиентов. Полезным прошлый опыт становится, когда клиенты думали о чем-то или действительно делали что-то, что могло бы быть использовано в терапии. Это результат прошлых успехов ваших клиентов.

Комплименты клиентам за их сильные стороны, качества и прошлые успехи — средство позитивного подкрепления и мощный инструмент позитивной КПТ. Комплименты связаны с двумя видами влияния: взаимностью и симпатией [Cialdini, 1984]. Если вы делаете комплименты, велика вероятность, что другой человек тоже будет любезнее, потому что люди, которые хвалят, нравятся больше, и правило взаимности обязывает другого человека делать то же самое. Среди прочего, это было исследовано на мужчинах в Северной Каролине. Мужчины, участвовавшие в эксперименте, получали комментарии о себе от другого человека, который нуждался в их услуге. Одни мужчины слышали только положительные комментарии, другие — только отрицательные, а третьи получали и то, и другое. Были сделаны три интересных вывода. Во-первых, мужчинам больше всего нравился человек, который только хвалил. Во-вторых, результаты не менялись даже при том, что мужчины полностью осознавали, что человек, который их хвалил, выигрывал от того, что нравился им, и получал желаемое. Наконец, в отличие от других типов комментариев, чистая похвала не обязательно должна быть точной, чтобы сработать, т.е. независимо от того, правдивы ли были положительные комментарии, они вызывали неизменную симпатию к человеку, который их озвучивал.

Систематическое использование комплиментов в терапии улучшало не только альянс между терапевтом и клиентом, но и результаты психотерапии не менее чем на 30% по сравнению с психотерапией, в которой комплименты не были задействованы [Arts, Hoogduin, Keijsers, Severeijnen, & Schaap, 1994].

Существует три различных типа комплиментов. *Прямой комплимент* — положительная оценка или реакция терапевта в ответ на клиента. Это может быть связано с чем-то, что клиент сказал, сделал, смастерил, либо с

его внешностью. Compliments касаются и сильных сторон или ресурсов: “Должно быть, вы очень заботливая мать. Расскажите мне об этом подробнее” или “Наверное, вы действительно решительный человек. Пожалуйста, продолжайте рассказ”.

Косвенный комплимент — вопрос, который подразумевает что-то положительное о клиенте. Один из способов косвенного комплимента — попросить предоставить больше информации о желаемом результате, заявленном клиентом. Такого рода вопросы побуждают рассказать свою историю успеха: “Как вам это удалось? Как это возможно? Откуда у вас такая хорошая идея?” Косвенный комплимент предпочтительнее прямого, поскольку формат опроса позволяет человеку исследовать и заявить о своих сильных сторонах и ресурсах.

Позитивная интерпретация характера — вопрос, подразумевающий, что клиенты обладают положительной чертой характера (например, заботливы, мужественны или целеустремлены).

Когда работаешь сразу с несколькими людьми, очень важно раздавать каждому равную долю комплиментов. Похвалы могут быть адресованы каждому человеку в отдельности или всем вместе, например: “Очевидно, в прошлом вам всем хорошо удавалось работать вместе. Пожалуйста, расскажите мне, как это было”. В этом случае форма косвенного комплимента тоже часто предпочтительнее прямого из-за упомянутых ранее преимуществ.

Многие клиенты легко принимают комплименты, в то время как другие преуменьшают или даже отвергают их. Но помните, что главная цель комплиментов — помочь людям заметить позитивные изменения, сильные стороны и ресурсы; им необязательно открыто принимать комплименты. Писатель и психотерапевт Ирвин Ялом [Yalom, 2008] спрашивал, что именно вспоминают клиенты, когда спустя годы оглядываются на терапию. Как правило, дело не в прозрениях и не в анализах. По словам Ялома, клиенты больше всего запоминают позитивные замечания терапевта и его поддержку.

В ОРКТ клиентам предлагается делать больше того, что работает, и перестать делать то, что не работает, и вместо этого заняться чем-то другим. Психологи должны делать то же самое: давать позитивное подкрепление всему, что идет на пользу клиента, и прекратить усиливать то, что не работает, перестав обращать внимание на то, что не принесло пользы. В рамках теории обучения это означает давать вербальное и невербаль-

ное позитивное подкрепление за эффективные действия и вербальное и невербальное негативное подкрепление за неэффективные дела (например, подкрепляя разговоры о решениях и не поощряя разговоры о проблемах; см. главу 7).

В следующей главе мы рассмотрим способы работы над прогрессом клиентов, где терапевты ищут полезные изменения и усиливают их, будь то в мыслях, поведении или чувствах.

Упражнение 41. ТРИ КОМПЛИМЕНТА

На следующем сеансе сделайте клиенту минимум три комплимента и заметьте, как изменится ход разговора. Сделайте клиенту *прямой комплимент* по поводу того, что он сказал или сделал, либо по поводу его внешнего вида. Или прибегните к *косвенному комплименту*, задав вопрос типа “Как вам удалось это сделать?” Подобного рода вопросы направлены на поиск истории успеха. Еще ваш комплимент может принимать форму *положительной интерпретации характера*, например: “На основе сказанного вами я делаю вывод, что вы очень заботливый человек. Все правильно?”

Резюме

- В контексте поиска решений основное внимание уделяется тому, что эффективно для данного клиента в данный момент в данном контексте.
- Оценка того, что работает, начинается с сильных сторон и ресурсов. Хороший способ оценить личные ценности и сильные стороны — пройти тест VIA.
- Благодарность, сострадание к себе и осознанность — важные качества, которые необходимо развивать.
- Другой полезный способ выяснить, что работает, — оценить прогресс, мотивацию, надежду и уверенность с помощью шкалы (от 10 до 0) и наводящих вопросов. Так клиенты оценят свои наблюдения, впечатления и прогнозы.
- Часто полезны вопросы об изменениях до лечения и исключениях.
- Терапевты должны подкреплять то, что работает для их клиентов, делая им комплименты и расспрашивая о способностях.

Сосредоточиться на прогрессе

Говорят, что перемены происходят от отчаяния или вдохновения. Большинство людей предпочли бы меняться и расти по вдохновению, а не от отчаяния, но часто как раз отчаянные времена побуждают людей начать работать над собой и улучшить свою жизнь. Но работать над прогрессом нелегко. Многие клиенты настроены пессимистично или считают, что их проблемы непреодолимы. Одни застревают в *режиме жертвы*; другие хотят легких перемен или принимают негативные события, поскольку верят, что им суждено их пережить. Третьи думают, что прозрения достаточно для перемен, даже несмотря на то, что именно желание искать новые пути и настойчивость продолжать вопреки неудачам позволяют им становиться сильнее. Томас Эдисон (1847–1931) утверждал, что сдаваться — наша самая большая слабость, а самый верный способ добиться успеха — это попробовать еще раз [цит. по Clark, 1977].

По мнению Дарвина, выживает не самый сильный из видов и не самый умный, а тот, кто наиболее приспособлен к изменениям. Действительно, перемены происходят постоянно; стабильность — это иллюзия. Роль терапевтов состоит в том, чтобы *находить полезные изменения и усиливать их*.

В этой главе подробно описаны методы изменения отношения, поведения и чувств клиентов через разговоры о сильных сторонах и решениях вместо обсуждения проблем. Подчеркивается важность языка. Прогресса в терапии можно добиться, предложив клиентам трансформировать свои негативные установки в позитивные или использовать положительные образы. Есть много способов помочь клиентам изменить свое отношение. Трансформация повторяющихся шаблонов или наблюдение за действиями клиентов, когда дела идут лучше, влияет на поведение. Чувства можно

изменить, уменьшая негативные эмоции и создавая позитивные; так же это сработает в медицинских условиях.

Упражнение 42. РАБОТА НАД ПРОГРЕССОМ

Задайте клиентам два простых вопроса. Прогресс в терапии может наступить раньше и оказаться более эффективным, чем вы и ваши клиенты считали возможным.

1. Как можно и дальше использовать то, что уже эффективно для вас?
2. Как извлечь из ваших действий больше пользы?

Автор неизвестен

Обсуждать проблемы или же обсуждать сильные стороны и решения

Клиенты часто хотят поговорить о своих проблемах. Многие из них (как и терапевты) по-прежнему полагают, что именно специалистам следует знать о проблеме, прежде чем решать ее. Некоторые модели в психотерапии построены вокруг необходимости человека говорить о своих проблемах с целью разрядить сильные негативные чувства. Однако в ОРКТ клиенты могут говорить о своих надеждах на будущее и успехах в прошлом и настоящем, а очевидная потребность рассказывать о проблемах и выплескивать негативные эмоции часто исчезает. Если они стремятся поделиться неприятностями, терапевты на какое-то время позволяют остановиться на этой теме, пока клиенты не будут готовы перейти от *разговора о проблемах* к *разговору о сильных сторонах и решениях* (табл. 7.1). Самый простой способ оценить готовность человека — кратко объяснить, через что он проходит, а затем задать вопрос ОРКТ. Например, так: “Значит, в последнее время вы переживаете спад. Удивительно, как вам удалось выдержать все это и таки прийти ко мне на сеанс?” Если клиент конструктивно ответит на вопрос, ориентированный на решение диалог продолжается. В противном случае терапевту необходимо проявлять настойчивость, добиваясь от клиента большего осознания. Уместным вопросом может быть: “Как думаете, сколько сеансов вам потребуется говорить о своей травме и проблеме, прежде чем перейти к обсуждению желаемого будущего и решений?”

Как указывалось ранее, спрашивать об исключениях в настоящем или в прошлом — полезный способ задать вопрос о положительных различиях

и начать беседу о сильных сторонах и решениях. Для этой цели снова пригодится шкала (например: “В чем разница между отметками 4 и 5 по шкале прогресса?”).

Таблица 7.1. Различия между обсуждением проблем и разговорами о сильных сторонах и решениях

Обсуждение проблем...	Разговор о сильных сторонах и решениях...
Фокус на проблемах, на том, чего человек не хочет, на причинах проблем, негативном влиянии, неудачах, рисках, ограничениях и слабостях, неудачах и страшном будущем	Фокус на том, чего человек хочет, исключениях из проблем, позитивном влиянии, преимуществах, шансах, сильных чертах и ресурсах, успехах и предпочтительном будущем
Меньше креативности, гибкости и сопереживания	Больше креативности, гибкости и сопереживания

История 24. Собака, которую я кормлю больше всего

Старейшина индейского племени однажды описал собственную внутреннюю борьбу. “Рядом со мной стоят две собаки. Одна злая; другая добрая. Злая все время дерется с доброй”. Когда его внук спросил, какая собака победит, он на мгновение задумался, а затем ответил: “Собака, которую я кормлю больше всего”.

Автор неизвестен

Когда у клиентов есть четкое представление о своих целях и когда они уже смогли в какой-то степени достичь желаемого (исключения), обычно им относительно легко определиться со следующим шагом. Критерии принятия решений, которые побуждают нас *начать меняться*, отличаются от тех, которые побуждают *поддерживать это поведение* (см. главу 9). Решение об изменении поведения зависит от обоснованных ожиданий насчет будущих результатов, в то время как решение относительно поддержания поведения зависит от удовлетворенности полученными результатами. Кроме того, в начале терапии особенно полезно использовать мотивирующее сравнение с предпочтительной ситуацией, но на более поздних этапах больше мотивации даст сравнение текущего состояния именно с прошлым, до изменения [Rothman, 2000]. Людей больше мотивирует частично завершенное длинное путешествие, чем старт короткого.

На одной автомойке провели акцию с использованием карт лояльности. Одним клиентам нужно было собрать восемь марок для бесплатной мойки. Другим нужно было десять марок, но им дали “фору” в две. Цель была та же, но психология отличалась: в одном случае клиенты должны были начинать с нуля, а в другом они уже прошли 20% пути. Несколько месяцев спустя бесплатную мойку получили 19% покупателей с восемью марками по сравнению с 34% в группе с преимущественными двумя марками [Heath & Heath, 2010, pp. 126-127].

Этот эксперимент показывает, что люди предпочитают предпринять частично завершенное более длинное путешествие, а не оказаться в начальной точке более короткого. Мотивировать к действию — значит заставить людей почувствовать, что они ближе к финишной черте, чем кажется.

Упражнение 43. КАКАЯ РАЗНИЦА?

Предложите клиентам подумать о том, что они хотели бы изменить. Затем спросите: “Предположим, что-то может измениться, чем ситуация будет отличаться от нынешней? Какая разница? Что еще? Как другие люди ее почувствуют? Насколько будет отличаться ваша реакция на них?” Вопросы о *положительных различиях* гарантированно подтолкнут клиентов к результативным размышлениям.

Важность языка

Коммуникация — точно такой же инструмент терапии, как медицинские инструменты для хирурга, и на терапевтах лежит обязанность работать с терапевтическими заболеваниями столь же тщательно и точно [Bavelas, Coates, Johnson, & 2000]. Микроанализ диалога направлен на детальное, воспроизводимое изучение последовательностей общения между психологами и клиентами по ходу терапии, момент за моментом, в диалоге, с акцентом на функции этих последовательностей в диалоге. При анализе видеозаписей диалогов используются два инструмента: анализ *формулировок* и анализ *вопросов*. Формулировки — это способ для терапевтов продемонстрировать, что слова клиента поняты.

- Клиент предоставляет информацию. (“Я больше не знаю, что делать”.)

- Терапевт демонстрирует понимание с помощью формулировки. (“Имеете в виду, что находитесь в тупике?”)
- Клиент признает, явно или неявно, что его поняли правильно (или нет). (“Да, это так”.)

С другой стороны, можно проанализировать функцию вопросов в качестве терапевтических вмешательств. Воздействие вопроса начинается с (часто неявных) предпосылок, предположений, которые формируют фон вопроса. В различных терапевтических подходах вопросы демонстрируют, как история самого психолога формирует эти предпосылки. В разговоре, ориентированном на решение проблем (КПТ), просьба может звучать так: “Расскажите мне, пожалуйста, о проблеме, которую хотите обсудить сегодня”. А вот в разговоре ОРКТ вопрос такой: “Каков будет наилучший результат нашей встречи сегодня?”

Содержание каждого вопроса или формулировки бывает положительным, отрицательным или нейтральным.

В одном исследовании [Bavelas et al., 2000] микроанализ использовали для анализа экспертных сессий по ОРКТ и терапии, ориентированной на клиента. Результаты показали, что эксперты, ориентированные на решения и клиентов, структурировали сеансы по-разному. Терапевты, ориентированные на клиента, использовали почти исключительно формулировки; т.е. они реагировали на поведение клиентов. Эксперты ОРКТ прибегали как к формулировкам, так и к вопросам; они как инициировали реакцию клиентов, так и отвечали на нее. Вопросы и формулировки ОРКТ-терапевтов были в основном положительными, в то время как вопросы терапевтов, ориентированных на клиента, были в основном отрицательными и редко нейтральными или положительными.

В арсенале позитивного терапевта находятся вопросы, утверждения, формулировки или предложения, которые фокусируют внимание клиентов на каком-либо позитивном аспекте их жизни (например, на отношениях, чертах характера или опыте в прошлом, настоящем или будущем). Позитивные методы клиента тоже включают в себя вопросы, утверждения, формулировки или предложения, направленные на какой-либо позитивный аспект их жизни.

Был и другой вывод: когда высказывания психолога позитивны, клиенты с большей вероятностью скажут что-то позитивное, но когда высказывания психолога негативны, клиенты с большей вероятностью тоже скажут что-то негативное.

В другом исследовании [Smock, Froerer, & Bavelas, in press] сравнили позитивный и негативный подход на трех сеансах ОРКТ и трех сеансах экспертов по КПТ. Подход ОРКТ-терапевтов был значительно более позитивным, чем у КПТ-терапевтов. Клиенты отвечали тем же; позитивный разговор приводил к еще большему позитиву, а негатив сопровождал новый всплеск негатива. Таким образом, позитив терапевта явно способствует совместному построению позитивного сеанса в целом, в то время как негатив делает обратное. Третий вывод заключался в том, что как группа все эксперты ОРКТ были неизменно более позитивны, чем негативны, в то время как эксперты КПТ сильно различались между собой [Franklin et al., 2012].

Упражнение 44. НАЧАЛО

Подумайте, как вы обычно вступаете в разговор на первом занятии. С вопроса, ориентированного на трудности: “В чем проблема?” или “Что вас беспокоит?” Либо с нейтрального вопроса: “Что привело вас сюда?” Можете выбрать вопрос, подразумевающий, что вы будете усердно работать: “Что я могу для вас сделать?” Или ОРКТ-вопросы: “Какова цель вашего визита?”, “Что необходимо сделать к концу сеанса (или терапии), чтобы вы могли сказать, что визит ко мне принес пользу?”, “Что бы вы хотели изменить в своей жизни?”, “Как бы вам хотелось решить проблему?” Еще есть вопрос о чуде (см. главу 5). Используйте все эти возможности и обратите внимание на различия в реакциях клиентов и на разницу в настроении во время сеансов.

Микроанализ может дополнить исследование результатов доказательствами того, что терапевты делают на своих сеансах и насколько важна конструктивная природа языка в диалогах. Совместное построение диалога — это танец или дуэт терапевта и клиента. Вот несколько полезных идей, как найти общий язык.

- Вместо *если* используйте *когда*: “Если я выберусь из этой депрессии, то смогу делать все, что хочу” — “Когда я выберусь из этой депрессии, смогу делать все, что хочу”.
- Измените *не могу* на *еще не*: “Я не могу бросить пить” — “Я еще не бросил пить”.
- Перенесите проблемы с внутренних на внешние: “Я в депрессии” — “Депрессия присутствует в моей жизни уже некоторое время” или

“Я негативный человек” — “Негатив постоянно возникает, и в основном я уделяю ему больше внимания, чем позитиву”.

- Используйте прошедшее время, когда говорите о проблемах, и будущее время, когда говорите о том, что клиенты хотят изменить в своей жизни: “Итак, до сих пор у вас не было стабильных отношений. А как все будет, когда у вас появится девушка?”

Изменить отношение

Если клиенты недовольны или не получают желаемых результатов, нужно сделать что-то другое. Меняя отношение, терапевты должны сосредоточиться на том, как клиенты думают и на что обращают внимание.

Здесь задействованы пять факторов [O'Hanlon, 2000]. Чувства и прошлое необходимо признавать, не позволяя им определять, что человек делает. Клиенты способны изменить то, на что обращают внимание в проблемной ситуации. Направление внимания на прошлые или нынешние успехи вместо неудач порождает позитивное ожидание перемен, и можно даже начать видеть себя или ситуацию в более позитивном ключе. Внимание направляется на то, что мы хотели бы видеть другим в будущем, а не на то, что нам не нравится в настоящем или прошлом. Бесполезные убеждения о себе и ситуации можно оспорить; значение прошлых событий можно переосмыслить. Негативные истории превращаются в (более) позитивные.

Рескриптинг

Есть три *нарратива* (истории), доступных людям, описывающим и оценивающим свою и чужую жизнь.

1. *Прогрессивные нарративы* обосновывают вывод о том, что люди и ситуации продвигаются к целям человека.
2. *Стабильные нарративы* оправдывают вывод о том, что жизнь неизменна.
3. *Отвлекающие нарративы* оправдывают вывод о том, что жизнь расходится с целями человека.

Прогрессивные нарративы и нарративы, ориентированные на решение, с большей вероятностью приведут к преобразованиям, чем нарративы, ориентированные на жалобы [De Shazer, 1991].

Несмотря на то что люди не могут повернуть время вспять, они, к счастью, могут редактировать повествования или истории о себе в будущем. Терапевты помогают менять негативные истории на позитивные, сначала признав влияние проблемы и факты, вместо того чтобы оценивать, осуждать или объяснять. Затем они предлагают клиентам найти доказательства, противоречащие бесполезным историям о проблемах, и напомнить себе, что у них есть больше, чем просто история. Создание сострадательных и полезных нарративов, поиск более доброго, деликатного отношения к себе, другим и/или ситуации необходимы, особенно пережившим травму людям [Gilbert, 2010; O'Hanlon, 1999].

Существует четыре типа негативных историй, которые можно заменить позитивными [O'Hanlon, 1999].

- *Истории обвинения*: кто-то плох или неправ, имеет дурные намерения или виноват в неприятностях.
- *Истории невозможности*: перемены воспринимаются как невозможные.
- *Истории неприятия*: чьи-то чувства, мысли или действия рассматриваются как неправильные или неприемлемые.
- *Истории безответственности*: люди утверждают, что находятся под чужим контролем или какой-то фактор находится вне их контроля.

Упражнение 45. ПОЗИТИВНОЕ ОБВИНЕНИЕ

Это упражнение — пример того, как негативные истории можно заменить позитивными. Большинство клиентов говорят о вине в негативном смысле. Вероятно, они никогда не слышали о концепции *позитивного обвинения* и удивляются, когда терапевт спрашивает, в чем они виноваты в позитивном ключе. Когда спрашивают об исключениях из проблемы, прошлых успехах или нынешних решениях, это лазейка для позитивного обвинения. Как вам удалось? Как вы решились? Откуда такая замечательная идея? Скрытый смысл этих вопросов заключается в том, что клиенты достигли определенного уровня возможностей и (если уместно) данный успех можно повторить.

Упражнение 46. ПЕРВАЯ КРОШЕЧНАЯ ПЕРЕМЕНА В ЧУВСТВЕ ВИНЫ

Предложите клиентам с чувством вины ответить на следующий вопрос: “Вы чувствуете себя очень виноватыми, но как вы думаете, что станет первым небольшим изменением в вашем мышлении? Что, возможно, это была не совсем ваша вина? Что вы сделали все, что могли в данных обстоятельствах?”

Или спросите: “Мог ли кто-то другой поступить так же?” Это хороший вопрос для того, чтобы клиент перестал сомневаться и критиковать себя за то, что случилось и в любом случае уже прошло.

Пример 19. Февральский мужчина

В книге *February Man* Мильтон Эриксон и Эрнест Росси [Rossi, 1989] описали историю Мэри. С помощью гипноза Мэри перенеслась в шестилетний возраст, когда произошел травмирующий инцидент. Ее младшая сестра в одежде забралась в ванну, наполненную водой. Мэри попыталась вытащить сестру, в результате чего та ушла под воду и чуть не утонула. Мэри позвала мать, которая прибежала и схватила маленькую девочку, которая уже начала синеть. Мэри все еще чувствовала себя виноватой и тревожилась, когда всплывали эти воспоминания.

Все это Мэри рассказала Эриксону со слезами на глазах. Эриксон начал с подтверждения действий Мэри: “Вы увидели, что сестра в опасности, и попытались позвать на помощь. Невольно вы ослабили хватку, потому что не хватило сил вытащить сестру, но вы поступили умно, быстро позвав мать”. Маленькая Мэри почувствовала себя лучше, как только увидела инцидент новыми глазами, и ее история обвинения изменилась. Эриксон несколько раз встречался с Мэри на разных этапах ее жизни, утешая и сочувствуя различным болезненным детским переживаниям.

Настоящее и будущее определяют то, как мы смотрим на наше прошлое. Говорят, что “никогда не поздно иметь счастливое детство”. Бен Фурман [Furman, 1998], ОРКТ-психиатр, попросил читателей нескольких финских журналов, переживших трудное детство, ответить на три вопроса, связанных с их опытом.

1. С чем в жизни помогло вам трудное детство?
2. Чему вы научились благодаря трудному детству?
3. Каким образом вам удалось в дальнейшей жизни получить тот опыт, которого вы были лишены в детстве?

Характер ответов убедил Фурмана в способности людей пережить практически любую травму. Это вселило в него веру в то, что люди могут рассматривать свое прошлое — включая даже самые сильные страдания — как источник силы, а не слабости.

Наше прошлое — это история, которую мы можем рассказать себе самыми разными способами. Обращая внимание на методы, которые помогли выжить, мы можем начать уважать себя и вспоминать о трудном прошлом с чувством гордости, а не сожаления [Furman, 1998, p. 56].

Естественно думать, что прошлое влияет на будущее, но мы редко смотрим на это с другой стороны. Если вам понравился фильм, но друзья критикуют его, их мнение может изменить ваше восприятие фильма. Точно так же настоящее и надежды на будущее определяют, как выглядит прошлое. Это означает, что если мы в депрессии, прошлое кажется темнее, тогда как если мы влюблены, оно кажется ярче. Поэтому перед началом терапии клиентам должно задавать своему терапевту вопрос: “Как я буду относиться к своему прошлому, когда терапия закончится?”

Пример 20. Что помогло вам выжить?

Клиент усталым голосом сказал терапевту, что обращается уже к четвертому специалисту за пятнадцать лет из-за депрессивного настроения. Он посещал психоаналитика в течение трех лет, два года проходил групповую терапию, ориентированную на клиента, и проделал обширную работу с телом. Но, несмотря на прием антидепрессантов, которые, как оказалось, мало помогали, он все еще страдал от тяжелых депрессивных эпизодов.

Терапевт спросил: “Как вы думаете, в чем помогло вам трудное детство?” Клиент ответил, что он никогда не думал об этом с такой точки зрения. Он всегда считал себя жертвой агрессивного и жестокого отца, неспособного контролировать ситуацию. Он обнаружил, что ему пришлось заниматься чем-то активным: держаться подальше от дома как можно дольше и как можно чаще и найти убежище в семье своего школьного друга. Впервые в жизни клиент осознал, что он действительно чего-то достиг, оставаясь в безопасности. Так изменилось представление о себе как о жертве. Изменение видения повысило самооценку и приумножило положительные эмоции.

Клиенты, пережившие ужасные события, могут видеть себя *жертвой* или *выжившим* (или даже *процветающим*). Если они видят себя жертвой, становится все труднее играть активную роль в формировании своей

жизни. Клиенты, которые сами себе кажутся жертвами, чувствуют, что ничего не смогли поделать с произошедшим, и не верят, что сумеют сильно изменить жизнь. Наступает бессилие. Потеряно чувство контроля. Напротив, когда клиенты относятся к себе как к выжившим, им легче активно принимать участие в своей жизни, организовывать и контролировать.

Во время интервьюирования людей, которые в детстве пережили травму, рассматривались их внутренние сильные стороны и качества, позволившие преодолеть трудный опыт, а также стратегии и приспособления [Rubin, 1996]. Было обнаружено, что люди этой категории мало изменились. Они по-прежнему справлялись с болью и отстранялись, когда внешнее давление становилось невыносимым. Умение находить другие источники поддержки все еще присутствовало в их дальнейшей жизни, как и способность чувствовать вовлеченность, что отражалось в потребности чувствовать себя полезными — например, помогая другим травмированным людям. Решимость и стойкость, с которыми они преодолевали препятствия в детстве, сохранялись и во взрослом возрасте, когда они стремились к своим целям. Это особенно заметно по отказу воспринимать себя жертвой, несмотря на трудности. Они отвергли культуру виктимизации, потому что видели в ней ловушку для тех, кто в нее верит. Хотя травмирующие события во многом определили их прошлое, эти выжившие отказались позволить им доминировать в настоящем: *“Это то, что случилось со мной, а не то, кто я есть”*.

Упражнение 47. ЖЕРТВА ИЛИ ВЫЖИВШИЙ

Есть поговорка: *“Это первый день оставшейся жизни”*. Следующее четырехэтапное упражнение поможет клиентам определить, какую роль они хотят играть в оставшееся время своей жизни: роль *жертвы* или роль *выжившего* (*преуспевающего*).

- Какой бы вы хотели видеть свою жизнь через месяц? По-прежнему присутствуют те же люди и обстоятельства, но вы чувствуете, что на вас немного меньше влияют события прошлого.
- Если подумаете над ответом на предыдущий вопрос о своей цели через месяц, как предпочтете думать, чувствовать, кем быть и что иметь, чтобы достичь своей цели в роли жертвы?
- Ответьте на тот же вопрос, но теперь с точки зрения выжившего (или даже процветающего) человека.
- Какие различия замечаете? Какое отношение к ситуации наиболее полезно?

Преодоление непосредственных последствий жестокого обращения, потери или другой травмы и восприятие себя как выжившего, а не как жертвы полезно, но в конечном счете недостаточно для того, чтобы помочь людям полностью восстановиться и жить полноценно, испытывать радость и удовлетворение [Dolan, 1998]. Люди, которые остаются на стадии выжившего, видят жизнь через окно своей способности выживать, вместо того чтобы видеть мир более непосредственно и беспрепятственно, как раньше. Все переживания оцениваются с точки зрения того, насколько они напоминают прошлые события, отличаются от них, смягчают или усугубляют их последствия. Не удастся в полной мере переживать жизнь и наслаждаться; приходит апатия и депрессия — частные спутники выживших. В этом ключе к упражнению 47 можно добавить третью позицию: позицию *процветающего*. Это означает, что травма больше не определяет человека и просто стала частью личности.

Как упоминалось ранее, клиентам следует спрашивать в начале лечения: “Как я буду относиться к своему прошлому, когда мы закончим терапию?” Уместно *составить историю своих решений* — до того, как изменение действительно произойдет [George, 2010]. Такое изменение положения дел часто происходит более коротким путем, чем при разговорах о прошлом.

Чтобы облегчить путь, терапевты могут спросить: “Что вам потребовалось для изменений в жизни?” Когда клиент в ответ называет личные качества, на которые опирался, терапевт продолжает: “Когда еще в прошлом вы видели, как задействовали эти качества себе во благо?” Помимо этого, терапевты предлагают перенять мудрость *ретроспективы*: “Проанализируйте: ведь у вас всегда была способность к этим изменениям. Что об этом свидетельствует?” Задействуйте близких людей: “Из всех тех, кто знал вас в прошлом, кто был бы меньше всего удивлен вашим переменам? И что же такого знали эти люди, чего, возможно, не знали другие, о вас и ваших возможностях?”

Позитивные образы

Позитивные образы создаются и усиливаются в процессе терапии. Этот метод имеет долгую историю, и доказана его польза для ряда психологических расстройств. С самого начала в когнитивной терапии подчеркивалась роль *мысленных образов* [Beck, 1967]. Утверждая, что умственная деятельность может принимать форму слов, фраз или образов, Аарон Бек

заметил, что аффективный дистресс должен быть напрямую связан со зрительным восприятием (так же, как и с вербальным) и что изменение этого фактора приводит к значительным когнитивным и эмоциональным сдвигам. Визуализация играет важную роль в таких вмешательствах КПТ, как систематическая десенсибилизация (СД) и имплозивная терапия.

Образы могут быть как положительными, так и отрицательными. С точки зрения ориентации на проблему негативные образы можно ликвидировать или преобразовать, в то время как в ОРКТ акцент делается на создании и усилении позитивных образов. До недавнего времени образы в КПТ связывали с парадигмой, ориентированной на решение проблем, но в последнее время появились и более позитивные формы. Например, одно исследование [Vasquez & Buehler, 2007] показало, что представление будущего успеха (*позитивный образ*) усиливает мотивацию людей к его достижению. Позитивный образ себя в будущем мотивирует к действию, помогая людям четко формулировать цели и вырабатывать соответствующие модели поведения. Сам акт воображения будущих событий не только делает эти события более вероятными, но и приближает их осуществление.

Навязчивые образы очень распространены при психологических расстройствах, таких как ПТСР, и поэтому являются очевидной мишенью для вмешательств. Кроме того, клиенты часто сталкиваются с отсутствием позитивных, адаптивных образов. Например, при депрессии и генерализованном тревожном расстройстве часто отсутствуют счастливые предсказания о будущем [Hackmann, Bennett-Levy, & Holmes, 2011]. Во многих теориях предполагается потенциальная ценность вмешательства с использованием позитивных образов, и это подтверждает растущая эмпирическая база, полученная из нейробиологии, когнитивной науки и спортивной психологии. Например, позитивные образы мощно, позитивно воздействуют на эмоции и способствуют постановке целей и развитию навыков.

Позитивные образы считаются одним из основных психологических вмешательств в спортивной психологии, а доказательная база охватывает несколько десятилетий исследований [Hackmann et al., 2011]. В настоящее время существует мало совпадений между спортивной психологией и традиционной КПТ в области образов. В отличие от литературы по КПТ, исследования образов в спортивной психологии были сосредоточены на позитивных образах, а негативным уделялось очень мало внимания.

У исследователей спортивной психологии сложилось впечатление, что негативные образы — это раздражитель, которого следует избегать; напротив, в КПТ нет места преднамеренному построению позитивных образов, по крайней мере так было до недавнего времени. Возможно, причина этого различия заключается в том, что спортивная психология, направленная на поиски способов добиться лучших результатов, с самого начала никогда не опиралась на медицинскую модель.

Рескриптинг образов — это техника создания образов, когда искажающий образ каким-либо образом модифицируется, чтобы изменить связанные с ним негативные мысли, чувства и поведение. Арну Арнтц и Аноэк Вертман [Arntz & Weertman, 1999] исследовали технику на примере лечения психологических проблем, таких как ночные кошмары, ПТСР, тяжелая утрата, навязчивые образы и расстройства пищевого поведения.

Один набор инструкций по рескриптингу образов при терапии ночных кошмаров выглядит следующим образом:

- выберите кошмар и измените отношение к нему — “перепишите” его, сделав более позитивным;
- воспроизводите в памяти измененный кошмар по крайней мере несколько минут ежедневно;
- меняйте воспоминания по мере необходимости каждые 3–7 дней, изучая не более одного или двух новых снов в неделю.

Рескриптинг образов используется не только для преодоления проблем, но и для того, чтобы с помощью позитивных представлений о себе и своих сильных сторонах преодолевать другие трудности.

Пример 21. Представьте себе сцену еще раз

Во время упражнения на рескриптинг клиентка снова представила себе сцену точно так же, как это происходит в ее воспоминаниях. Только на этот раз ее взрослое “я” подходит прямо к маленькой девочке (к младшей версии клиентки), берет ее за руки и уводит прочь, говоря успокаивающие, добрые слова и нежно, но крепко прижимая к себе. Она защищает ее от своей агрессивной матери. Клиентка призналась, что работа с образами иногда кажется безумием, но ощущения от этого великолепные.

Пример 22. Контроль над ночными кошмарами

Клиентка рассказала своему терапевту, что работала с другим специалистом, чтобы преодолеть сексуальное насилие с помощью EMDR. Она писала письма самой себе и даже беседовала с преступником. Она и ее психолог думали, что у нее все в порядке, но потом ей начали сниться кошмары, которых у нее раньше никогда не было. Повторяющиеся кошмары были связаны с чем-то, что она оставила в доме насильника, но ей было неясно, что это такое. В своих снах она боялась, что, когда мужчина найдет это, она станет очень уязвимой и он сможет шантажировать ее.

Новый терапевт похвалил клиентку за усилия и за то, что у нее хватило смелости поговорить с мужчиной, который надругался над ней. Еще терапевт заверил клиентку в том, что работа была проделана не напрасно. Терапевт рассказал о технике, с помощью которой можно больше контролировать ночные кошмары, изменив их в позитивную сторону. Видения всегда останавливаются на наиболее травмирующем месте, потому что именно в этот момент человек просыпается. Клиентка попробовала репетировать измененный сценарий кошмара пару раз в день, в результате чего ужасы постепенно исчезли.

В КПТ ставятся под сомнение *глубинные убеждения*. Это центральные, абсолютные убеждения о себе, других людях и мире. Люди развивают как позитивные, так и негативные убеждения. Автоматические мысли и предположения приводят каждого человека к соответствующим основным убеждениям. Техника *стрелки вниз* из традиционной КПТ позволяет выявить убеждения, корнящиеся в негативных реакциях на ту или иную ситуацию. Вот вопросы этой техники.

- Какое это имеет значение?
- Что в этом такого плохого?
- Каков здесь *наихудший сценарий*?

Вопросы повторяются в ответ на каждую реплику клиента.

Техника *стрелки вверх* [Bannink, 2012a, 2013] отличается тем, что основное внимание уделено позитивным реакциям на ситуацию или исключениям из проблемы. Вопросы для техники стрелки вверх таковы.

- Как бы вы хотели, чтобы ситуация (ваша или чужая) изменилась?
- Каков будет наилучший результат? Каков будет *наилучший сценарий*?

- Предположим, это произойдет. Что для вас изменится? Какое это будет иметь значение для других?

Эти вопросы повторяются в ответ на каждую реплику клиента.

Упражнение 48. ТЕХНИКА СТРЕЛКИ ВВЕРХ

Сначала выполните упражнение вместе с коллегой, чтобы ощутить различные эффекты техник *стрелки вниз* и *вверх*. Подумайте о проблемах или тревогах, беспокоящих вас. Предложите своему партнеру задать ряд вопросов, относящихся сначала к технике стрелки вниз, а затем к технике стрелки вверх. Обсудите различия, которые вы заметили как в качестве интервьюера, так и в качестве опрашиваемого. Теперь поменяйтесь ролями. Какую технику предпочитаете?

Упражнение 49. НАИХУДШИЙ СЦЕНАРИЙ

Попросите очень пессимистично настроенных клиентов представить наихудший сценарий до того, как произойдет страшное событие (например, ваш клиент — солдат, который боится возвращаться в страну, где его лучший друг погиб от взрыва бомбы), а затем сравните, что на самом деле происходит. Насколько близки эти две точки зрения? (Зачастую общего мало.)

Упражнение 50. ОПРОВЕРГАЮЩИЕ ФАКТЫ

Это упражнение КПТ предназначено для того, чтобы *бросить вызов бесполезным убеждениям*. Клиенты как можно быстрее опровергают свои негативные мысли противоречащими им позитивными фактами. Раздайте им стопку карточек и предложите записать негативные мысли, которые приходят в голову, например: “Я не могу этого сделать” и “Я никому не нравлюсь”. Эти отрицательные предложения воплощают внутреннего критика, который пытается лишить уверенности. После того как клиенты напишут на карточках несколько своих обычных негативных мыслей, попросите их выбрать одну наугад и прочитать вслух. Затем предложите быстро опровергнуть негативное убеждение всеми возможными аргументами. Когда факты закончатся, попросите выбрать другую карточку и повторите упражнение.

С каждой новой карточкой придумывать опровергающие факты будет все легче и легче. С помощью этого инструмента клиенты быстро начинают освобождаться от своих негативных мыслей.

Изменить позицию

По мнению Ницше, “быть счастливым не значит, что у вас все совершенно; это значит, что вы научились смотреть сквозь несовершенства”. Предложить клиентам изменить свою точку зрения можно несколькими способами. Во-первых, изменить смысл того, что с ними произошло. Во-вторых, составить описания интерактивных событий и их значения через вопросы об отношениях. Еще один способ изменить смысл событий — взглянуть на себя и ситуацию со стороны. Таким образом, чтобы подчеркнуть их более широкий смысл и значимость и за счет этого повысить воздействие мотивации. Четвертый способ изменить точку зрения — это *экстернализировать проблему*. Клиентам предлагается рассматривать проблему как нечто отдельное от них самих, что влияет, но не всегда контролирует все аспекты жизни. Пятый способ — это прибегнуть к *духовности* как сосредоточению трех источников жизнестойкости: связь, сострадание и вклад. Эти пять способов подробно описаны ниже.

Изменить смысл

В ОРКТ основное внимание уделено предпочтительному будущему (цели клиентов), при этом терапевтам даже не нужно знать, в чем проблема (см. упражнение 11). Решение часто не связано с проблемой. По этой причине некоторые профессионалы не говорят о решениях, потому что так подразумевается наличие проблемы. Вместо этого они используют такие термины, как *предпочтения* и *возможности* [De Bono, 1985; O’Hanlon, 1999; Walter & Peller, 2000].

Многим психотерапевтам кажется, что иметь дело с прошлым, не обсуждая его, просто неправильно. Однако общепризнано, что события прошлого не могут измениться, что бы клиенты ни делали во время терапии. Таким образом, все, что может измениться, — это *значение*, которое события имеют для клиентов в настоящем, и ожидание значения, которое эти события будут иметь для них в будущем (взгляд на проблему). Эта борьба за *поиск смысла* — горнило роста в основе когнитивно-эмоциональной обработки после травмы [Joseph & Linley, 2005].

Один из способов изменить смысл — поговорить со своими клиентами о самих событиях. Например, в отношении сексуального насилия переход от идеи о том, что насилие имело место и что это была вина клиента,

к идее о том, что насилие имело место и что это была *не* вина клиента, серьезно повлиял на жизнь многих клиентов. Однако драматического изменения смысла часто можно добиться, не говоря о травме или проблеме [George, 2010]. По мере того как клиент и специалист вместе продвигаются вперед в терапии, клиент преисполняется уверенности в том, что будущее по-прежнему может радовать. При таком сдвиге значение травмы меняется с чего-то, что ежеминутно определяет жизнь, на событие, которое произошло, хотя и не должно было, и все же больше не контролирует клиента. Наилучшим из возможных способов это событие было отодвинуто на второй план; оно было *обезврежено*. Подтолкнуть клиентов в этом направлении можно двумя вопросами.

1. Как вы узнаете, что произошедшее больше не сдерживает вас?
2. Как вы узнаете, что справедливо оцениваете себя и свои возможности, несмотря на то, что с вами случилось?

Упражнение 51. ОБЕЗВРЕЖИВАНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

Это упражнение по обезвреживанию травматических событий. Пускай клиент, страдающий от (симптомов) ПТСР, нарисует круг, а затем точку, представляющую наиболее травмирующее событие в его жизни. Часто клиенты рисуют точку прямо в середине круга, символизируя центральное место события в их жизни. Насколько это конструктивно? Возможно ли в лучшем будущем сместить его вбок или даже за пределы круга? Есть ли исключения в ситуации?

Вопросы о взаимоотношениях

Вопросы об отношениях побуждают клиентов составлять описания взаимодействующих событий, а также их значений. Терапевты выясняют, кого клиенты ценят больше всего, и строят вопросы вокруг этих людей. Это еще и способ усовершенствовать свои решения. Вопрос об отношениях может звучать так: “Предположим, что в будущем вы двое поладите немного лучше. Что он увидит в вас вместо ярости?” или “Что, по мнению ваших детей, изменится, когда дела пойдут немного лучше?”

Джон Уолтер и Джейн Пеллер [Walter & Peller, 2000] представили *матрицу взаимодействия*. Этот инструмент облегчает разработку решений с точки зрения взаимодействия и позволяет клиентам маневрировать. В верхней части матрицы расположены фреймы “Цель”, “Гипотетическое

решение/вопрос о чуде” и “Исключение”. В левой части матрицы есть место для вопроса и ответа. Первая — это *собственная позиция*. Вопросы с этой позиции ориентированы на точку зрения клиента. Следующая — *позиция стороннего наблюдателя*. Вопросы с этой позиции вынуждают клиента отвечать так, как если бы он слушал и отчитывался за кого-то другого. Например, во время семейной терапии каждого партнера спрашивают, что, по его мнению, другой партнер скажет по определенным темам. Чтобы ответить на этот вопрос, клиенты должны на мгновение отказаться от собственного образа мышления и представить себя на месте другого человека. Нужно ненадолго представить себя другим или по крайней мере подумать о том, как он мог бы ответить. Обычно так появляется новая и, возможно, иная информация.

Упражнение 52. МАТРИЦА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Выполните это упражнение с коллегой или партнером. Вспомните свою проблему с другим человеком (не с коллегой или партнером!). Задайте себе каждый вопрос из *матрицы взаимодействия* или позвольте партнеру это сделать. Соблюдайте тот же порядок, что и в матрице: от целей к гипотетическим решениям и исключениям. Обратите внимание на различия в ваших реакциях после каждой строки матрицы. Какие вопросы наиболее полезны для вас?

Пример 23. *Предположим, что есть способ двигаться вперед*

После травматического инцидента на работе, в результате которого погиб коллега, клиент, работающий на металлургическом заводе, решил, что его работа слишком опасна. Из-за сложившейся ситуации он принял решение уволиться, претендуя на пособие по болезни. Терапевт говорит: “Предположим, есть другой выход. Что можно сделать?”

Есть и другие вопросы.

- Что бы вы хотели изменить на своем рабочем месте (*собственная позиция*)?
 - Как отреагирует ваша жена, если вы измените что-то? Как она поймет, что вы добиваетесь прогресса (*позиция стороннего наблюдателя*)?
 - В роли стороннего наблюдателя как я пойму, что еще остается слабая надежда на возможность вашего возвращения на работу? Какие отличия в вашем поведении я бы увидел (*отстраненная позиция*)?
-

Вопросы в третьей строке матрицы касаются *отстраненной позиции*, т.е. человек отвечает с точки зрения того, кто отстранен от проблемы и просто наблюдает. В качестве альтернативы терапевт говорит: “Что я, как сторонний наблюдатель, могу увидеть в ваших действиях, когда дела пойдут лучше?” Каждая строка матрицы представляет область опыта, отличную от обычного образа мышления.

Упражнение 53. ПОЗИЦИЯ СЕБЯ, ДРУГОГО И НАБЛЮДАТЕЛЯ

Желательно тренировать свои терапевтические навыки, задавая клиентам следующие вопросы с трех точек зрения: *себя, другого и наблюдателя*. Важно соблюдать следующую последовательность, начиная с вопроса 1 и затем переходя к вопросам 2 и 3, особенно если клиенты хотят, чтобы изменился кто-то другой.

1. Когда проблема будет решена, что вы заметите особенного в другом человеке? Что, по-вашему, он будет делать иначе? А еще?
2. Когда проблема будет решена, что другой человек заметит в вас нового? Что, по его мнению, вы делаете? А еще?
3. Когда проблема будет решена, что сторонний наблюдатель заметит необычного в ваших отношениях с другим человеком? Что вы оба делаете по-новому? А еще?

Сторонний наблюдатель

Общая цель терапии — изменение самого себя, поэтому клиенты, посещающие специалиста, должны быть особенно заинтересованы в оценке себя с начала лечения. Это важный этап, поскольку оценка — важнейший фактор, определяющий удовлетворенность и благополучие [Carver & Scheier, 1998], а также дальнейшие действия: “Я похудела?” или “Наши отношения улучшаются?”

Изменения влияют на восприятие людьми своей памяти. Воспоминание со стороны стороннего наблюдателя связано с суждениями о больших переменах, когда люди склонны искать доказательства изменений, и меньших, когда они ищут доказательства непрерывности. Воспоминание о себе прежнем, до изменения, с точки зрения стороннего наблюдателя помогает поддерживать личностные изменения [Ross & Wilson, 2002]. Значительные изменения удовлетворяют нас больше в данный момент и, следовательно, облегчают мобилизацию ресурсов, необходимых для поддержания уровня усилий. Подводя итог, можно сказать, что психологическое

дистанцирование от негативных прошлых “я” и сохранение близости с позитивным прошлым “я” способствует благополучию.

Существует два способа увидеть себя успешным: от первого лица и со стороны. Гораздо больше шансов продолжить желаемое поведение, когда человек смотрит на себя как бы со стороны. Эта теория основывается на результатах исследований, согласно которым мы склонны интерпретировать поведение других как характеристику их личности, в то время как собственное поведение связываем с контекстом, т.е. ситуацией, в которой пребываем [Libby, Eibach, & Gilovich, 2005]. Следовательно, видение самих себя с позиции стороннего наблюдателя, позволяет нам увидеть, кто мы, когда поступаем так или иначе. Восприятие себя как человека, который мог бы вести себя желаемым образом, увеличивает вероятность такого поведения.

Люди более удачно решают задачи, визуализируя решение с точки зрения третьего лица, а не первого. Это высокий уровень абстракции, когда подчеркивается исключительная значимость определенного действия, что непосредственно влияет на мотивацию. Например, студенты более вдохновлены на достижения, когда представляют себе успешное выполнение задания с позиции третьего лица, а не первого. Более того, исследования показывают, что образы от третьего лица повышают мотивацию, побуждая студентов абстрактно оценивать свой успех и не преуменьшать его значимости.

Экстернализация проблемы

Экстернализация проблемы меняет точку зрения клиента, чтобы суметь увидеть проблему как нечто отдельное от человека, что влияет на него, но не всегда контролирует все аспекты жизни. Благодаря этому вмешательству, заимствованному из нарративной терапии [White & Epston, 1990], клиенты вольны отделять себя от проблемного представления о себе. Через вопросы и ответы о влиянии проблемы на жизнь и взаимоотношения клиенты обретают больший контроль. Проблема можно рассматривать как нечто, лежащее за пределами влияния человека и обычно оказывающее на него негативный эффект. Тогда и клиенты, и специалисты воспринимают проблему как *врага*, с которым нужно бороться сообща. Кое-кто видит этот процесс как игру в теннис, где по одну сторону находится проблема, а по другую — терапевт и клиент [De Shazer, 1984].

Иногда экстернализация проблемы проходит творчески: путем ее рисования или перевоплощения в символ. Клиенты сначала дают название проблеме, например “Депрессия”, “Напряжение” или “Травма”. Существительное (X) лучше всего подходит для этой цели. Вопрос к клиенту звучит так: “Как бы вы назвали проблему, беспокоящую вас?” Затем задаются вопросы о случаях, когда X отсутствует или присутствует в меньшей степени (исключения), и о том, какими действиями клиенты добиваются этого. Насколько X управляет их жизнью, зависит от потребностей людей. Еще можно подчеркнуть их способности, тем самым повысив их уверенность в том, что возможно добиться большего контроля.

Во время сеанса клиент оценивает по шкале от 10 до 0 степень, в которой проблема (X) контролирует его: 10 означает, что у проблемы полный контроль, а 0 указывает на наш контроль над проблемой. Очевидно, что в большинстве случаев проблема более или менее исчезнет по мере усиления контроля со стороны клиентов. Вопросы шкалы для экстернализации проблемы следующие.

- На какой отметке по шкале от 10 до 0 вы находитесь сегодня?
- Какую отметку поставите сеансу?
- Как вам удалось это сделать? *(Если балл на этой сессии выше, чем на прошлой.)*
- Как вам удалось сохранить отметку? Почему она не стала ниже? *(Если балл на этом сеансе такой же, как и на предыдущем.)*
- Что вы делали ранее, чтобы идти вперед? Что делали в прошлом в подобной ситуации? *(Если на этой сессии балл ниже, чем на прошлой.)*
- Что близкие люди заметили в вас за последнюю неделю? Как это повлияло на их поведение по отношению к вам?
- Что вы делаете вместе (как пара, как семья), когда X усиливается?
- Как X это удается?
- Что вы делаете (по-другому), когда получается контролировать X?
- Что делаете, когда планируете победить X?
- Как удастся одурачить X?

Упражнение 54. ЭКСТЕРНАЛИЗАЦИЯ ПРОБЛЕМЫ

Пусть клиент подумает об актуальной личной проблеме. Как он ее назовет? Какова ее реальная цель? Какой отметки он хочет достичь на шкале? Где они находятся сегодня? Что уже работает? Как выглядела бы более высокая точка на шкале? И наконец, как достичь более высокого балла?

Духовность

Как упоминалось ранее, пятый способ изменить свою точку зрения — обратиться к области духовности. Билл О'Хэнлон [O'Hanlon, 1999] описал три составляющие духовности как источники жизнестойкости. *Связь* — выход за пределы вашего маленького, изолированного эго или личности ради знакомства с чем-то большим, внутри или вне вас. *Сострадание* означает смягчение вашего отношения к себе или другим, когда чувствуете контакт, а не противостояние себе, другим или миру. *Вклад* — бескорыстное служение другим или миру.

Одной из 24 сильных сторон характера, упомянутых в главе 6, является духовность (целеустремленность, вера, религиозность). У вас есть сильные, последовательные убеждения о высшей цели и значении вселенной. Вы знаете, какое место занимаете в общей схеме. Ваши убеждения формируют ваши действия и являются источником утешения. После полувекowego забвения психологи вновь всерьез изучают духовность и религиозность, будучи не в состоянии игнорировать их важность для верующих людей [Seligman, 2011]. Есть ли у вас четко сформулированная жизненная философия, религиозная или светская, которая определяет ваше бытие в большей вселенной? Имеет ли жизнь для вас смысл в силу привязанности к чему-то большему, чем вы есть на самом деле? Сейчас имеются убедительные доказательства того, что высокий уровень духовности идет рука об руку с большим благополучием, отсутствием психических заболеваний, меньшей тягой к различным веществам и более стабильными браками [Myers, 2000].

Изменить поведение

Известно, что конструктивные действия — это противоядие от отчаяния. При изменении поведения вместо анализа причин проблемы

клиенты могут изменить то, что они делают для ее решения, определив шаблон проблемы и начав экспериментировать (нарушить шаблон). Альберт Эйнштейн [Einstein, 1954] сказал, что *безумие — это делать одно и то же снова и снова, ожидая разных результатов*.

Делать больше того, что уже работает, — хорошее начало. Помните: если что-то работает (лучше), делайте это чаще; если что-то не работает, ищите другой вариант. Следовательно, меняя подход к решению проблемы, основное внимание в терапии мы уделяем конкретным действиям клиента. Это возможно благодаря двум моментам.

- Фокус на повторяющихся паттернах, которыми увлекаются клиенты или которые увлекают других вместе с ними, с последующим изменением этих шаблонов.
- Акцент на действиях клиента, когда дела идут лучше, и поощрение такого поведения.

История 26. Штришок

*Если поступки твои неизменны,
То перемен не достичь никогда.
Новый штришок, отсвет, оттенок
Дадут твоей жизни другие цвета.*

Изменить повторяющиеся паттерны

Большинство терапевтов уверены, что для значительных перемен требуются годы, особенно при серьезных, застарелых проблемах, но специалисты ОРКТ показали, что люди способны на более быстрые изменения. ОРКТ сфокусирована на настоящем и будущем, поэтому клиенты начинают действовать и меняются. Прошлое важно в том смысле, что оно повлияло на клиента и привело его туда, где он находится сегодня, но позволять прошлому определять будущее — ошибка. Вместо этого в ОРКТ предлагают признать прошлое, а затем приступить к переменам.

Было предложено три ключа для устранения повторяющихся проблемных паттернов [O'Hanlon, 1999]:

- 1) изменение способа решения проблемы;
- 2) использование парадокса;
- 3) привязка новых действий к проблемному шаблону.

Для первого пункта может быть изменена любая часть регулярно повторяющихся действий. Клиентам предлагается обратить внимание на то, что они обычно делают, когда возникает проблема, и вместо этого заняться чем-то другим. Например, когда человек чувствует себя подавленным, то вместо того чтобы оставаться в постели, можно выйти на улицу и немного погулять.

При помощи парадокса клиенты разбираются с проблемой или пытаются усугубить ее (сделать более интенсивной или частой) либо обдуманно преодолевают неприятность. Или вместо этого примите проблему. Предложите клиентам прекратить попытки решить ее или улучшить ситуацию. Это хорошо работает при эмоциональных или физических трудностях (бессонница, беспокойство, фобии, паника и сексуальные проблемы). Например, когда наступает тревога, вместо того чтобы избегать ситуации, предложите остаться и выполнить упражнение на внимательность и понаблюдать, как тревога приходит и уходит.

Связывая новые действия с проблемным шаблоном, предложите клиентам делать что-то полезное каждый раз, когда возникает проблема. Попросите найти что-нибудь, чего они обычно избегают или откладывают на потом. Когда они почувствуют желание решить проблему, попросите сначала выполнить это действие. Пускай выполняют его в течение того же периода времени, что длится проблемное поведение, после того как неприятность будет устранена. Пускай проблема станет испытанием, связанным с чем-то неприятным. Например, если клиент перебрал с выпивкой, попросите его на следующий день выполнить несколько дополнительных физических упражнений.

Инсайт и понимание

Вместо того чтобы фокусироваться на внутренней жизни клиентов и причинах возникновения проблем, перейдите к активным действиям. Вопросы, ориентированные на решение проблемы (например: “В чем именно заключается ваша проблема? Что пошло не так и как это влияет на вас?”), уменьшают негативный аффект и повышают самоэффективность. Но в то же время они не углубляют понимание природы проблемы и не усиливают позитивный аффект [Grant & O'Connor, 2010]. Вопросы ОРКТ (например: “Что можно сделать, чтобы изменить ситуацию? Как вы справлялись раньше?”) усиливают позитивный аффект, уменьшают негативный аффект, повышают самоэффективность и, что

удивительно, усиливают инсайт клиента, а также понимание природы проблемы.

Одно из различий между традиционными подходами к травме и подходом, описанным в этой книге (см. табл. 3.1), заключается в том, что в традиционных формах терапии *инсайт*, или озарение, часто трактуется как предварительное условие для изменений, тогда как в действительности он возникает во время или после изменений и не является необходимой составляющей для успешной терапии [Klaver & Bannink, 2010]. Поэтому *вопросы из категории “Почему”* уводят терапевтов и их клиентов в неверном направлении, заставляя искать объяснения и снова и снова возвращаться к одной и той же проблеме. *Вопросы из категории “Что, как и когда”* часто более продуктивны.

История 27. Подальше от безопасной гавани

Через двадцать лет вы будете больше разочарованы тем, чего не делали, чем тем, что сделали. Так что поднимайте якорь. Устремляйтесь подальше от безопасной гавани. Поймите ветер в паруса. Исследуйте. Мечтайте. Открывайте [Twain, цит. по Burns, Duncan, & Ward, 2001].

Позитивные зависимости

Известно, что ключ к новой привычке заключается в постоянной практике. Аристотель утверждал: “Мы есть то, что мы постоянно делаем. Тогда совершенство есть не действие, а привычка” [Aristotle, 1998]. Тот же принцип применим для укрепления сильных сторон характера. Привычки — это те формы поведения, которые стали автоматическими, запускаемыми сигналом из окружающей среды, а не сознательной волей. Когда мы думаем о привычках, большую часть времени в голову приходят плохие привычки: грызть ногти, откладывать дела на потом, объедаться сладостями и т.п. Ясное дело, есть и хорошие привычки: бегать трусцой или чистить зубы. Терапевты хотят помочь клиентам не только избавиться от закрепившихся нездоровых привычек и негативных зависимостей, но и помочь им выработать вместо них здоровые привычки и *позитивные зависимости*.

Сколько времени требуется, чтобы выработать здоровую привычку? Исследование формирования здоровых привычек [Lally, Jaarsveld, Potts, & Wardle, 2010] показало, что повторение выбранного поведения обыч-

но приводит к автоматизму. Примерами здорового поведения или позитивных зависимостей можно назвать 15-минутную пробежку перед ужином, съедание кусочка фрукта за обедом или выполнение 50 приседаний после утреннего кофе. Среднее время закрепления привычки составило 66 дней, что намного больше, чем большинство предыдущих оценок времени, затрачиваемого на приобретение новой привычки. Участникам, которые выбрали режим физических упражнений, потребовалось примерно в полтора раза больше времени для автоматизма, чем участникам, которые приняли новое поведение в питании. В отличие от принятого ранее убеждения, один пропущенный день практически не повлиял на достижение автоматизма.

Триггеры действия

Составление *ментального плана* довольно эффективно мотивирует к действию [Gollwitzer, 1999]. Установка *триггеров действия* подразумевает, что вы приняли решение выполнить определенное действие (отправиться на пробежку), когда столкнетесь с определенным ситуационным триггером (завтра утром; возвращаясь домой после работы). Заблаговременное определение того, когда именно и где вы собираетесь выполнить действие, имеет огромное значение. Ценность триггеров действия заключается в том факте, что мы предварительно загружаем решение. Триггеры действия защищают цели от соблазнительных отвлекающих факторов, вредных привычек или конкурирующих целей. По сути, триггеры действия создают *мгновенную привычку*. Одно исследование показало, что самым важным фактором, определяющим, проводят ли женщины ежемесячный осмотр груди, было то, имеют ли они такую привычку. Когда другую группу женщин, у которых не было такой привычки, попросили установить триггеры действий, они в итоге справились так же хорошо, как и женщины с давними привычками. Предварительно приняв решение, они мгновенно выработали привычку.

Люди могут делегировать инициирование целенаправленного поведения стимулам окружающей среды, формируя *намерение реализации* (планы формата “если... то...”: “Если возникнет X, я буду вести себя Y”). Более того, при наличии критической ситуации инициирование определенного целенаправленного поведения является немедленным и эффективным и не требует сознательного намерения.

Упражнение 55. ПЛАН “ЕСЛИ... ТО...”

Предложите клиентам, которые хотят изменить свое поведение, потренироваться составлять план формата “если... то...”, основанный на *ментальном противопоставлении* (см. главу 5). Попросите записать три предположения “если... то...”.

- Способ *преодолеть препятствие*: если я почувствую себя измотанным после работы, то надену кроссовки и отправлюсь на пробежку вокруг квартала.
- Способ *предотвратить препятствие*: если я услышу, как часы пробьют пять, я соберу свои вещи и выйду из офиса, чтобы отправиться на пробежку.
- Способ *определить хорошую возможность для действий*: если светит солнце, я отправлюсь на 30-минутную пробежку по парку.

Замечать действия клиентов, когда дела идут лучше

По словам Томаса Эдисона: “Если бы мы делали все, на что способны, мы бы буквально поразили самих себя”. Задача терапевтов состоит в том, чтобы отвлечь внимание своих клиентов от их проблем и симптомов и предложить им поразиться самим себе. В главе 4 мы обсуждали концепцию постановки *растяжимых целей*: целей, направленных не только на улаживание проблемы, но и на личностный рост. Например, растяжимой целью можно назвать, скорее, повышение благополучия и налаживание связей, чем преодоление какой-либо трудности. Это еще и способ перейти к позитивной позиции и сориентироваться на сильные стороны.

Билл О’Хэнлон [O’Hanlon, 1999] предложил четыре ключа к поиску и использованию шаблонов решений:

- 1) искать исключения;
- 2) замечать, что происходит, когда проблема начинается или заканчивается;
- 3) перенести шаблоны решений из других ситуаций;
- 4) выяснить, почему проблема не обострилась.

Когда проблема не появилась после того, как ожидалось, что она возникнет? Предложите клиентам найти исключения из обычной схемы решения проблем и посмотреть, какие изменения еще возможны, если по-

вторить любое эффективное действие. Например, в какой момент клиент ожидал очередной ссоры с партнером, но почему-то она не произошла? Что было сделано по-другому, и как это повлияло на отношения?

Что происходит, когда проблема заканчивается или начинает разрешаться? Попросите клиента выполнить кое-какие полезные действия в проблемной ситуации. Например, как обычно заканчиваются ссоры?

Предложите перенести шаблоны решений из других ситуаций, в которых человек чувствует себя сильнее. Попросите проанализировать привычки в работе, хобби, с друзьями и в других контекстах, чтобы найти что-то, что можно применить в проблемной ситуации (см. главу 6). Например, какая способность пригодится для данной проблемы?

Почему проблема не усугубилась? Обратитесь к природным способностям клиента (которыми он уже пользуется, сам того не замечая), чтобы уменьшить серьезность проблемы. Например, предложите подумать о том, как предотвратить усугубление проблемы. Или, когда проблема более или менее стабильна, спросите клиента, как этого удалось добиться. В большинстве случаев клиенты лучше, чем их терапевты, знают, что работает и не работает, и для разнообразия им придется использовать эти знания на практике.

Повышение самоконтроля

Одна из шести добродетелей, составляющих совокупность 24 сильных сторон характера, — воздержание (см. главу 6). Сильные стороны, защищающие от излишеств: прощение и милосердие, смирение, благоразумие, *саморегуляция и самоконтроль*.

Саморегуляция — чрезвычайно важная исполнительная функция мозга. Недостаток самоконтроля и саморегуляции обнаруживается при большом количестве психологических расстройств, включая СДВГ, антисоциальное расстройство личности, пограничное расстройство личности, зависимости, расстройства пищевого поведения и расстройства контроля импульсов.

Самоконтроль определяется как набор реакций, которым можно научиться; их освоение и применение уменьшает зависимость от внешнего контроля со стороны других лиц. Некоторые психологи предпочитают термин *импульсный контроль* из-за его точности. Термин *саморегуляция* используется для обозначения многих процессов, благодаря которым люди управляют влечениями и эмоциями. Таким образом, саморегуля-

ция воплощает концепцию *силы воли*. Когда психологи выделяют личностные качества, которые предсказывают положительные результаты в жизни, они неизменно обнаруживают две черты: интеллект и самоконтроль [Baumeister & Tierney, 2011]. Самоконтроль — это жизненная сила и ключ к успеху в жизни. Сила воли, подобно мышце, устает от чрезмерного напряжения и может быть укреплена с помощью упражнений. Первый важный шаг в самоконтроле — постановка четкой цели (см. главу 5); второй — мониторинг поведения (см. главу 8). Здесь пригодятся такие вопросы.

- Что вы будете делать вместо нежелательного поведения?
- Когда вы не столкнулись с неприятностью, хотя и ожидали?
- Что вы предпринимаете, когда преодолеваете желание сделать _____?
- Что вы знаете о том, как другие преодолевают желание сделать _____?
- Насколько вы уверены в том, что сможете сделать это (снова)?

С конца 1960-х и начала 1970-х гг. исследователи впервые провели работу, освещающую способность откладывать удовлетворение и проявлять самоконтроль перед лицом сильного давления и эмоционально “горячих” соблазнов. Предметом исследования дошкольников (четырехлетних детей) в конце 1960-х, известным как “зефирный эксперимент”, стали процессы и психические механизмы, позволяющие маленькому ребенку отказаться от немедленного удовлетворения (одна зефир) и ждать пятнадцать минут более крупного, но отсроченного вознаграждения (два зефира). Было показано, как задержка способности к удовлетворению в дошкольном возрасте связана с развитием на протяжении всей жизни (например, социальные и когнитивные способности, успеваемость, употребление наркотиков) и защищает против различных факторов уязвимости. Эта работа также открыла путь к исследованию ментальных механизмов, которые обеспечивают когнитивный и эмоциональный самоконтроль, тем самым помогая развеять мистификацию концепции силы воли [Mischel & Ayduk, 2004; Mischel, Shoda, & Rodriguez, 1989]. Исследователи пришли к выводу, что самоконтроль коррелирует с позитивными жизненными результатами, такими как счастье, приспособляемость и различные позитивные психологические факторы.

Самоконтроль — это не синоним силы воли, а истощаемый ресурс. Студенты колледжа участвовали в исследовании, посвященном восприятию пищи (по крайней мере, так им сказали). Заранее их попросили не есть в течение трех часов и отвели в комнату, где вкусно пахло: исследователи испекли печенье с шоколадной крошкой. На столе стояли две миски: в одной лежало шоколадное печенье, а в другой — редиска.

Исследователи рассказали студентам, что они выбрали печенье и редис из-за их весьма своеобразных вкусовых качеств. Испытуемым сообщили, что с ними свяжутся на следующий день и спросят об их воспоминаниях о вкусовых ощущениях. Половине участников было предложено съесть два или три печенья, но без редиски. Другой половине было предложено съесть две или три редиски, но без печенья. Несмотря на искушение, все участники съели то, что их попросили съесть, и никто из тех, кто ел редиску, не стащил печенье тайком.

На тот момент эксперимент был “официально” завершен, и новая группа исследователей приступила к якобы не связанному с этим исследованием: они хотели выяснить, кто лучше решает задачи: студенты колледжа или старшеклассники. Студенты колледжа, конечно, хотели показать, что они справились лучше. Им были представлены головоломки, в которых требовалось обвести геометрическую фигуру, не повторяя никаких линий и не отрывая карандашей от бумаги. На самом деле загадки были неразрешимыми. Исследователи хотели посмотреть, как долго студенты будут упорствовать в выполнении неприятного задания, прежде чем сдаться. Студенты, которым не пришлось сопротивляться желанию съесть печенье с шоколадной крошкой, потратили на выполнение задания 19 мин. и сделали 34 попытки. Те, кому досталась редиска, сдались через восемь минут — меньше половины времени, — и им удалось решить только 19 задач [Baumeister, Bratlavsky, Muraven, & Tice, 1998].

Крошечные шаги

При изменении поведения необходимо начать с малого, чтобы в итоге совершить нечто значительное. В идеале акцент всегда делается на небольших шагах вперед, а не на крупном скачке, даже в ситуациях с большими проблемами. Когда проблемы масштабны, небольшие шаги более действенны. Иногда это единственный способ приступить к чрезмерным трудностям, обладающий такими преимуществами: низкий порог, низкий риск, шансы на успех выше, возможен положительный эффект снежного кома от более масштабных изменений.

Исследование теории надежды (см. главу 4) показало, что очень надежные люди естественным образом разбивают большие цели на маленькие подцели. Действуя понемногу, они меняются разительно, что подтверждает исключительную роль *краткосрочных промежуточных целей*. Клиентам, которым часто не хватает надежды в начале терапии, предлагается спроектировать и выбрать собственные маленькие шаги вперед. Рекомендации терапевтов часто не нужны.

Если у клиентов (пока) нет никаких идей о том, что предпринять, предложите следующее.

- Между сегодняшним днем и нашей следующей встречей не могли бы вы понаблюдать, когда дела пойдут хоть немного лучше и что вы сделали ради этого?
- Как думаете, было бы полезно понаблюдать за ситуациями, когда проблема проявляется меньше, даже совсем чуть-чуть?

Упражнение 56. КАК УДАЛОСЬ ДОБИТЬСЯ ЭТОЙ ПЕРЕМЕНЫ?

Попросите клиентов рассмотреть конкретный навык, с которым они уже разобрались, хотя еще недавно у них его не было. Как им удалось добиться этого?

Упражнение 57. ЦЕННОСТИ КАК ОРИЕНТИР

Задайте клиентам следующих два вопроса.

1. Как привнести в свою жизнь больше ценностей?
2. Что могло бы улучшиться, если бы вы немного изменили свою жизнь?

Во многих традиционных методах лечения терапевты консультируют клиентов по процедурам изменения поведения. Их роль — это роль эксперта. Наш подход отличается: клиенты воспринимаются как эксперты, способные вносить изменения и делавшие это раньше. Кроме того, всегда есть исключения из проблемы. Процедуры могут быть такими же, как те, которые советуют терапевты, с той разницей, что теперь клиенты сами придумывают эти процедуры, опираясь на все, что срабатывало раньше и что можно повторить. Поэтому заменяем термин *обучаться новому поведению* более позитивным термином *становиться лучше*, потому как многим кажется, что слово “учиться” имеет негативный оттенок. Французский математик Блез Паскаль (1623–1662) утверждал, что людей, как

правило, лучше убеждают доводы, открытые ими самими, по сравнению с зародившимися в головах других.

Изменить чувства

Чтобы создавать и поддерживать изменения, психологи должны прививать своим клиентам установку на рост [Dweck, 2006] (см. главу 9). В связи с этим возникает вопрос, можно ли изменить чувства. Некоторые люди (как профессионалы, так и обычные люди) верят, что эмоции фиксированы, в то время как другие убеждены: каждый способен менять свои эмоции. Неудивительно, что с точки зрения посттравматического успеха чувства тоже можно изменить. Фиксированность эмоций связана с плохим самочувствием и психологическим стрессом. Убеждения связаны с благополучием или расстройством посредством когнитивной переоценки (переосмысления значения эмоционального стимула), и эти убеждения могут иметь важные последствия для психологического здоровья [De Castella et al., 2013].

В традиционных формах терапии многие вопросы касаются чувств: “Что вы чувствуете по поводу этих ночных кошмаров? Что вы чувствовали, когда у вас забрали детей? Что вы чувствуете, когда начинаете пить?” Широко распространено мнение, что для оказания помощи важно заставить человека исследовать и выражать свои негативные эмоции. Но уменьшение негативных эмоций автоматически не приводит к приумножению положительных. До сих пор теориям (формирования) положительных эмоций в психологии и психотерапии уделялось мало внимания. Это вполне может отражать дух эпохи, в которой большинство дисциплин сосредоточено на проблемах, и это отражает природу самих эмоций. Литература по психологии за период с 1970 по 2000 г. включает 46 тыс. статей о депрессии и только 400 — о радости [Myers, 2000].

Положительных эмоций меньше, чем отрицательных; как правило, определяется соотношение трех-четырех отрицательных эмоций к одной положительной. Положительные переживания менее разрознены, чем отрицательные, и этот дисбаланс отражается на количестве слов в большинстве языков, обозначающих эмоции.

Изменяя мысли и/или поведение, велика вероятность того, что изменятся и чувства. Вместо того чтобы фокусироваться только на негативных чувствах, фокус в психотерапии постепенно смещается в сторону включения и усиления позитивных эмоций и их эффекта [Fredrickson, 2009].

Уменьшить негативные эмоции

В традиционной терапии задача терапевта состоит в том, чтобы свести к минимуму негативный аффект путем назначения лекарств или психологических вмешательств, чтобы сделать людей менее тревожными, сердитыми или подавленными. Например, в КПТ психологи стремятся получить четкую картину ситуаций, которые беспокоят клиентов. Они помогают четко отличать мысли от эмоций, сопереживать своим эмоциям на протяжении всего процесса и оценивать дисфункциональное мышление, влияющее на настроение. Но есть и некоторые разочаровывающие результаты этого подхода.

Как терапевт, я помогал клиенту избавиться от гнева, тревоги и печали, желая получить счастливого клиента. Но этого так и не произошло. Я получил пустого клиента [Seligman, 2011, р. 54].

Облечь чувства в слова — просто обозначить эмоции — позволяет уменьшить реакцию миндалевидного тела, той части мозга, которая отвечает за страх, панику и другие сильные эмоции. Вместо этого активируется правая вентролатеральная префронтальная кора — часть мозга, которая контролирует импульсы [Lieberman et al., 2007]. Вот почему разговор с терапевтом — или даже с сочувствующим барменом — часто улучшает самочувствие людей. Та же стратегия выражения чувств словами присутствует в практике *медитации осознанности*. Это регулярная практика отстранения и наблюдения за потоком переживаний с дополнительным их называнием.

Было проведено четыре исследования, в которых изучалось влияние на эмоциональный опыт называния аффекта. В первом исследовании самооценка дистресса была ниже во время называния аффекта по сравнению с пассивным просмотром негативных эмоциональных картинок. Исследования 2 и 3 добавили условия переоценки и отвлечения внимания соответственно. Однако в каждом из этих трех исследований предполагается, что, в отличие от переоценки и отвлечения внимания, люди не верят, что называние является эффективной стратегией регулирования эмоций. Даже после того, как снизился дистресс, участники предсказали, что этот инструмент лишь усилит дистресс в будущем. Наконец, в четвертом исследовании использовались позитивные эмоциональные картинки, и здесь называние аффекта было связано с уменьшением удовольствия по сравнению с пассивным наблюдением. Это говорит о том,

что название ослабляет аффективные реакции в целом, а не конкретно негативный аффект.

Эти выводы могут совпадать с разочаровывающими результатами повторного эксперимента, показывающего, что необъяснимая позитивность сохраняется дольше, чем позитивность, которую мы анализируем, пока полностью не поймем [Wilson, Centerbar, Kerme, & Gilbert, 2005]. Исследователи обнаружили, что когнитивные процессы, задействованные в придании смысла позитивным событиям, снижают удовольствие, которое люди получают от них.

История 29. Выплеснутый гнев подпитывает пламя

В теории избирательного внимания считается: то, на чем вы фокусируетесь, становится сильнее. Эта теория имеет очевидное применение по отношению к эмоциям. Например, если вы сосредоточитесь на гневе, он усилится. Если сосредоточитесь на печали, почувствуете себя еще печальнее.

Согласно психоаналитическому методу катарсиса негативные эмоции должны быть выплеснуты наружу, чтобы активизировать процесс очищения. Поэтому клиентам рекомендуется бить по боксерской груше или колотить подушку, чтобы освободиться от гнева. Якобы выплескивание гнева должно избавить от него и, следовательно, уменьшить последующую агрессию.

Однако нет никаких научных доказательств, подтверждающих эту теорию. Исследования показали, что выражение гнева, даже по отношению к неодушевленным предметам, вовсе не делает людей менее сердитыми. На самом деле кажется, что это усиливает гнев, а не укрощает его. Эти результаты прямо противоречат теории катарсиса [Bushman, Baumeister, & Stack, 1999]. Чтобы уменьшить гнев и агрессию, наихудший совет, который можно дать людям, — это представить лицо провокатора на подушке или боксерской груше, когда они бьют ее. Тем не менее это именно то, что многие терапевты советуют людям делать. Если следовать такому совету, то люди станут только злее и агрессивнее.

Возможное объяснение такого роста гнева заключается в том, что люди тренируют свой мозг ассоциировать гнев с контролируемой агрессией, а не с состраданием и примирением. Другими словами, люди создают вредные привычки. Поэтому, если клиенты чувствуют гнев, вместо того чтобы поощрять их выражать негативные эмоции драматическим образом, предложите им вести себя так, как они хотели бы себя чувствовать, найдя спокойный способ выразить чувства, практиковать осознанную медитацию или отвлечься.

Создать положительные эмоции

Хотя построение позитивных отношений сотрудничества с клиентами не требует специальных эмоций, демонстрация естественного, сопереживающего понимания необходима и полезна, когда клиенты описывают трудные, болезненные аспекты жизни. Желательно сопереживающе подтверждать точку зрения клиента (“Я понимаю, что в последнее время дела идут все хуже”). Далее переходим к тому, что клиенты хотят изменить в своей жизни или что они делают, чтобы держаться на плаву. При работе с эмоциями полезно, с одной стороны, признавать негативные эмоции, такие как гнев, разочарование или печаль, а с другой — искать возможности, говоря что-то вроде: “Я вижу, что ваши чувства очень сильны по поводу этой темы. Что бы вы хотели чувствовать вместо них в будущем?” С точки зрения ПП переход от -10 (например, чувство сильной депрессии) к 0 (больше не чувствую депрессии) требует иных стратегий, чем переход от 0 (больше не чувствую депрессии) к $+10$ (чувствую себя прекрасно и процветаю). В ОРКТ не проводят такого различия. Предполагается, что люди способны переходить от минуса к плюсу с помощью одних и тех же методов ОРКТ.

Простота этого метода гарантирует снижение потенциального эмоционального заряда. Терапевт объявляет, что вместе с клиентом сосредоточится на всех положительных элементах, которые могут заменить проблему: на том, что *желательно*, а не на том, что *нежелательно*. Это предложение получило одобрение большинства клиентов. Основное внимание уделяется положительным эмоциям и уравниванию позитивного и негативного аффекта: “Что вы почувствуете, достигнув желаемого результата? Что подумаете, сделаете и увидите по-другому, заметив, что движетесь в правильном направлении?” Кроме того, возвращение лучших моментов из прошлого путем интервьюирования о предыдущих успехах и способностях вызывает положительные эмоции. В *теории расширения и развития (broaden-and-build)* предполагается, что отрицательные эмоции сужают репертуар мыслей и действий человека, в то время как положительные расширяют осознанность и поощряют новые, разнообразные, исследовательские мысли и действия (см. главу 1).

Умение задавать открытые вопросы (“Как вы узнаете, что это занятие было полезным? Как узнаете, что проблема решена? Что работает хорошо? Что лучше?”) заключается в расширении спектра доступных нам мыслей и действий. Использование воображения, как в “вопросе о чуде”

(см. главу 5), тоже вызывает положительные эмоции и мощно влияет на способность приумножать идеи и виды деятельности. Хотя это в высшей степени умозрительно, возможно, что вопрос о чуде через образы, согласующийся с обработкой информации в правом полушарии, задействует глобальные способности полушария, позволяя нам расширить свое мышление. Правым полушарием видим лес; левым — деревья. Compliments и вопросы о способностях (“Как вам удалось это сделать? Как вы решились?”) тоже вызывают положительные эмоции. Основное внимание уделено поиску навыков и ресурсов клиентов и возвращению им этих ресурсов.

В целом фокус на позитивных целях, надежде и оптимизме, положительных различиях, а также исключениях из проблемы и способностях клиентов — все это помогает создать атмосферу, в которой процветают позитивные чувства, а проблемы превращаются во что-то положительное: в желаемое будущее. Нисходящая спираль или восходящая спираль — это выбор каждого [Fredrickson, 2009, p. 16].

Упражнение 58. РИСУНКИ

Попросите клиентов нарисовать какие-нибудь счастливые события из своей жизни и предложите рассказать о них. Или пусть нарисуют самих себя, когда делают что-то, чем гордятся. Еще можно рисовать предпочтительное будущее или начертить круг и указать, куда бы они предпочли поместить травмирующее событие в будущем вместо его центрального положения в настоящем (см. упражнение 51).

Растущее число исследований указывает на то, что положительные эмоции способствуют широкому спектру важных социальных форм поведения и мыслительных процессов [Isen, 2005]. Например, работа, проведенная примерно за последнее десятилетие, показывает, что положительный аффект повышает креативность, улучшает переговорные процессы и результаты, а также ведет к тщательному, объективному, гибкому мышлению и умению решать проблемы. И это в дополнение к более ранним выводам о том, что позитивный аффект способствует великодушию и социальной ответственности в межличностных взаимодействиях.

В исследовании, посвященном переговорам, положительный аффект, вызванный мелкими презентами и другими знаками внимания, значительно усилил склонность участников переговоров, сидящих лицом к лицу, к достижению соглашения и оптимального результата для обеих

сторон. По сравнению с контрольными группами люди, находящиеся в условиях положительного аффекта, добиваются лучших результатов в переговорах и получают больше удовольствия от выполнения задания, а также могут принять точку зрения другого человека.

В литературе указывается, что в большинстве случаев люди, которые чувствуют себя счастливыми, с большей вероятностью будут делать то, что хотят, а это считается социально ответственным, полезным и необходимым. Они получают больше удовольствия, будут мотивированы и открыты, мысля более ясно. В случае положительных эмоций одним из самых ярких и характерных наблюдаемых когнитивных эффектов было повышение гибкости и креативности. Это может быть опосредовано высвобождением дофамина. Дофамин играет определенную роль в положительном влиянии на когнитивные способности. *Дофаминовая гипотеза* возникла из наблюдения на поведенческом и когнитивном уровнях, что положительное воздействие способствует когнитивной гибкости и способности переключать точки зрения (заодно дофамин в передней поясной области мозга обеспечивает гибкое восприятие перспективы или переключение установок).

Другой тип исследования [Isen & Reeve, 2005] показал: положительные эмоции способствуют *внутренней мотивации*, что отражается в выборе вида деятельности в ситуации свободного выбора и оценочной степени радости от новой и сложной задачи, а еще способствуют ответственному поведению в ситуации, когда нужно решать неинтересные задачи. Это имеет значение для взаимосвязи между позитивным аффектом и аспектами саморегуляции, такими как самоконтроль. *Обезвреживающий эффект* положительных эмоций на отрицательные описан в главе 1.

Вот вопросы для усиления положительных эмоций у клиентов, переживших травмирующие события [Bannink, 2010a].

- Чем я могу вам помочь?
- Как вам удалось выжить?
- Как вы, возможно, помогли выжить другим?
- Что помогает вам справиться с тем, что вы пережили?
- Это самое худшее, что вы когда-либо испытывали? Определите, насколько все было плохо, по шкале от 10 до 0, где 10 — хуже некуда, а 0 — совсем неплохо.
- Через какие еще трудности пришлось пройти, и что тогда помогло?

- Что из того, что помогло тогда, могло бы пригодиться сейчас снова?
- Знаете ли вы кого-нибудь еще, кто прошел через такую же ситуацию? Что помогло этому человеку справиться?
- Что значит для вас пережить эти травмирующие события?
- Если бы посреди ночи произошло чудо и вы преодолели бы последствия травмирующих событий настолько хорошо, что больше не пришлось бы ходить на терапию и вы были бы (относительно) удовлетворены своей жизнью, что бы тогда изменилось?
- Что будете делать по-другому, когда эти события станут меньшей проблемой в вашей повседневной жизни? Как будете использовать свое время?
- О чем будете думать и что будете делать вместо размышлений о прошлом?
- Как вы узнаете, что делаете это, и как узнаете, что сможете продолжать в том же духе?
- Как удастся создавать такие моменты?
- Что другие скажут, и как, по их словам, вам это удастся?
- Что поменяют эти исцеляющие изменения в вашей жизни, продлись они достаточно долго (дни, недели, месяцы, годы)? Как они повлияют на отношения с важными для вас людьми?
- Какое значение будут иметь достигнутые изменения для будущих поколений вашей семьи?
- Как вы сможете определить, что справляетесь с проблемой немного лучше или что вам стало немного легче?
- Каков будет самый незначительный признак того, что дела идут лучше? Какое значение это будет иметь для вас и других?
- Как вернуть надежду на то, что жизнь в будущем станет легче?
- Каким мог бы быть твой следующий шаг? Когда вы продвинетесь? Что это изменит?
- Что не изменило травмирующее событие, и как вам это удалось?
- Что в своей жизни вы хотели бы сохранить вопреки происшествию?
- Как бы вы хотели, чтобы выглядела ваша жизнь через месяц, с теми же людьми и при тех же обстоятельствах, когда травмирующее событие будет меньше влиять на поведение?

- Представьте, что вы мудрый пожилой человек, оглядывающийся назад на свою жизнь. Какой совет вы бы дали себе, чтобы пережить нынешний этап жизни? По мнению умудренной опытом версии себя, о чем следует думать? Что было бы наиболее полезно в процессе выздоровления? Что бы сказал мудрый человек, чтобы утешить вас? Как повысить эффективность лечения?
- Что помогает вам держать травмирующие образы и воспоминания под контролем?
- По шкале от 10 до 0, где 10 означает, что вы очень хорошо справляетесь с тем, что произошло, а 0 означает, что вы вообще не способны справиться, где вы сейчас?
- Что бы вы сделали по-другому, если бы знали о травме другого человека? Как она изменила бы ваши отношения? Что нужно сделать в отношениях сейчас, чтобы компенсировать то, чего вы не смогли сделать тогда?
- С кем вы чувствовали себя в безопасности в детстве? Какой опыт безопасности или комфорта из прошлого можно использовать сейчас?
- Каким символом безопасности или комфорта можно помочь себе?
- Как сейчас удастся иногда чувствовать себя в безопасности и контролировать свою жизнь?
- Как вы сейчас утешаете себя?
- Кто может утешить вас сейчас, хотя бы немного?
- У вас должна быть веская причина, чтобы _____. Расскажите подробнее, пожалуйста. Как вам это помогает? Как удастся перейти от диссоциации к “здесь и сейчас” (или как удастся перестать причинять себе боль)? Что еще действенно? *(В случаях, например, диссоциации или членовредительства.)*
- Как отпразднуете победу над всеми этими неприятностями?

Коэффициент позитивности

Коэффициент позитивности (см. главу 1) — сравнение положительных и отрицательных мыслей, эмоций и действий в повседневной жизни — показывает переломный момент примерно на отметке 3:1, когда люди переживают преображенную жизнь благодаря позитиву. Для тех, у кого соотношение позитивности ниже 3:1, позитивность инертна и бесполезна;

для тех, у кого соотношение превышает 3:1, позитивность соотносится с открытостью и ростом. “Только те люди по-настоящему наслаждались сладкими плодами позитива” [Fredrickson, 2009, p. 135]. Хотя исследование о соотношении в последнее время подверглось критике, остается очевидным, что позитивность помогает людям выживать и процветать.

Есть специальный способ вычисления коэффициента положительности брака [Gottman, 1994]. Браки делятся на две группы: одна группа состоит из так называемых “процветающих” браков, которые длились долго и которые оба партнера сочли удовлетворительными. Другая группа включает распавшиеся браки; партнеры стали неудовлетворенными, отдалились, разъехались или развелись. Среди процветающих браков был обнаружен коэффициент позитивности примерно 5:1. Резко контрастируя с этим, в вялых и неудачных браках соотношение было ниже 1:1.

Для того чтобы отношения процветали, на каждое неодобрительное замечание или отрицательный сигнал должно приходиться пять положительных замечаний или сигналов. В отношениях, когда партнеры расходились, соотношение часто падало до 1:1 или даже ниже. Исследователям удалось с 94% точностью предсказать, какие из 700 пар-участников все еще будут вместе через десять лет, а какие разойдутся, основываясь на пятнадцатиминутном фильме о положительных и отрицательных взаимодействиях каждой пары.

Для отдельных людей, браков и бизнес-команд процветание или удивительно хорошие результаты достигаются при соотношении позитивности выше 3:1. Напротив, люди, которые не преодолевают свою депрессию, пары, которые терпят неудачу в браке, и непопулярные и убыточные бизнес-ко-

История 30. Парусная лодка

Над парусной лодкой возвышается огромная мачта, позволяющая парусу ловить ветер. Ниже ватерлинии находится киль, который может весить тонны. Поднимающаяся мачта символизирует позитив, а опущенный киль — негатив. Если вы когда-нибудь плавали под парусом, то знаете, что без кия никуда не доберетесь. Если бы вы попытались, то в лучшем случае бесцельно заскользили бы по воде, а в худшем — перевернулись. Хотя это парус, висающий на мачте позитива, ловит ветер и движет вас, именно киль негатива удерживает лодку на курсе и делает ее управляемой. И точно так же, как киль важнее всего, когда вы плывете с подветренной стороны, соответствующий негатив важнее всего в трудные времена.

манды — все они имеют соотношение ниже 1:1. При соотношении ниже 3:1 позитивность инертна, поскольку подавлена большей мощностью негатива. Позитивность должна накапливаться до определенной степени, прежде чем достигнет критического переломного момента. Только тогда проявятся *расширяющие и развивающие* эффекты позитивности. Только тогда люди увидят удивительные преимущества позитивного настроения в своей жизни, отношениях и работе. В Соединенных Штатах верхняя граница процветания составляет около 11:1; вероятно, в других культурах это по-другому.

Упражнение 59. ДОСКА ПОЗИТИВНОГО НАСТРОЕНИЯ

Предложите клиентам создать собственную *доску позитивного настроения*. Она нужна для визуального отображения определенного стиля письма или поворотов сюжетной линии. Короче говоря, доски настроения не ограничиваются визуальными сюжетами, но служат визуальным инструментом для быстрого информирования других об общем ощущении, которого пытается достичь ее создатель. Создавать доски настроения в цифровом виде проще и быстрее, но физические объекты, как правило, оказывают большее воздействие на людей из-за полной палитры предлагаемых ощущений.

Упражнение 60. НАСЛАЖДАТЬСЯ СВОИМ ДНЕМ

Предложите клиентам поразмышлять о своем дне в течение пары минут и, в частности, о двух приятных переживаниях или моментах. Попросите их позволить удовольствию длиться как можно дольше. Так усилятся и продлятся и положительные эмоции за счет сосредоточенности на настоящем моменте.

История 31. Автобиографии монахинь

Рукописные автобиографии 180 католических монахинь, написанные, когда средний возраст участниц составлял 22 года, оценивались по эмоциональному содержанию и касались выживания в возрасте от 75 до 95 лет. Была обнаружена сильная обратная связь между положительным эмоциональным содержанием этих работ и риском смертности в пожилом возрасте. По мере увеличения положительных эмоций в раннем возрасте наблюдалось постепенное снижение риска смертности. Позитивное эмоциональное содержание автобиографий раннего возраста было тесно связано с долголетием шесть десятилетий спустя [Danner, Snowdon, & Friesen, 2001].

Положительный аффект в медицинских учреждениях

Ниже описаны некоторые исследования, показывающие, что положительный аффект также имеет значение в медицинских учреждениях.

Все ли психиатры одинаково эффективны при назначении лекарств? Этот вопрос привел к исследованию [McKay, Imel, & Wampold, 2006], показавшему, что как психиатры, так и методы лечения способствовали положительным результатам в случае депрессии. Учитывая, что психиатры были ответственны за большую часть различий в результатах, можно сделать вывод, что эффективные психиатры могут усилить действие антидепрессантов, а также эффект плацебо.

В другом исследовании [Ankarberg & Falkenstrom, 2008] утверждалось, что имеющиеся эмпирические данные указывают на то, что терапия депрессии с использованием антидепрессантов — это в первую очередь психологическое лечение. Этот вывод имеет далеко идущие последствия для научного статуса современных методов лечения депрессии. Еще это влияет на то, на чем врачу следует сосредоточиться при лечении антидепрессантами и как действовать, когда клиент устойчив к лечению. Для достижения результатов, полученных в ходе клинических испытаний, количество и качество поддержки со стороны врача важнее, чем фармакологические нюансы, например адекватные дозы лекарств. Когда вы сталкиваетесь с устойчивым к лечению человеком, в центре внимания должны быть факторы взаимоотношений, а не фармакологические факторы.

Риск быть привлеченным к ответственности за халатность, по-видимому, имеет очень мало общего с тем, сколько ошибок совершает профессионал. Анализ судебных исков о недобросовестной практике показывает, что есть высококвалифицированные врачи, на которых часто подают в суд, и врачи, которые совершают много ошибок и никогда не привлекаются к ответственности.

Другими словами, клиенты не подают иски в суд из-за того, что им причинили вред из-за некачественной медицинской помощи. Они подают иски в суд, потому что некачественное медицинское обслуживание и что-то еще, происходящее с ними, нанесло им вред. Были записаны сотни бесед между группой врачей и их клиентами. Примерно на половину врачей никогда не подавали в суд. На другую половину подали в суд по меньшей мере дважды, и только на основе этих бесед удалось обнаружить явные различия между двумя группами. Хирурги, на которых никогда не подавали в суд, проводили с каждым клиентом более чем на три

минуты больше времени, чем те, на кого подали в суд (18,3 мин. против 15 мин.). Они с большей вероятностью делали комментарии вроде “Сначала я осмотрю вас, а затем обсудим проблему”, что помогает клиентам получить представление о цели и структуре визита. Эти врачи активно слушали, говоря что-то вроде: “Продолжайте, расскажите мне об этом подробнее”. И они были гораздо более склонны смеяться и шутить во время визита. Интересно, что не было никакой разницы в количестве или качестве информации, которую они предоставляли клиентам; они не предоставляли более подробной информации о лекарствах или состоянии. Разница была исключительно в том, что они разговаривали с людьми [Gladwell, 2005].

Потом из этих записей на каждого врача выбрали по две беседы. Затем из каждого разговора составили два 10-секундных ролика с разговором врача, так что в общей сложности получилось 40 с. Затем из речи убрали высокочастотные звуки, которые позволяют распознавать отдельные слова. То, что остается, — это своего рода искажение, которое сохраняет интонацию, высоту звука и ритм, но стирает контекст. Используя только эти данные, удалось предсказать, на каких врачей подали в суд, а на каких нет.

Судьи, просматривавшие записи, ничего не знали ни об уровне квалификации хирургов, ни об их опыте, подготовке или обычных процедурах. Они даже не знали, что врачи говорили своим клиентам. Все, что они использовали для прогнозирования, — это анализ тона голоса. На самом деле все было еще проще: если голос оценивался как доминирующий, то врач, как правило, оказывался в группе, на которую подавался иск. Если голос звучал более мягко и озабоченно, врач, как правило, принадлежал к группе без исков. Злоупотребление служебным положением звучит как одна из таких сложных и многомерных проблем. Но в конце концов все сводится к вопросу уважения, и самый простой способ выразить уважение — это тон голоса.

В еще одном исследовании [Estrada, Isen, & Young, 1994] изучалось, влияет ли стимулирование положительного аффекта у врачей на творческое решение проблем и удовлетворение от медицинской практики. Врачи (терапевты), случайным образом отнесенные к группе с положительным аффектом, получили небольшую упаковку конфет; контрольная группа ничего не получила. Врачам сказали, что целью исследования было проанализировать, как терапевт решает клинический случай. Группе с положительным аффектом сказали, что пакетик конфет был небольшим зна-

ком признательности за их готовность добровольно участвовать в исследовании.

Группа с аффектом набрала больше баллов по показателю креативности, чем контрольная группа. Что касается удовлетворенности практикой, то все врачи считали гуманизм более важным источником удовлетворения от врачебной практики по сравнению с внешней мотивацией. Однако значительное взаимодействие между аффектом и источником удовлетворения показало, что группа с аффектом придавала большее значение гуманизму и меньшее относительное значение — внешней мотивации по сравнению с контрольной группой. Напротив, врачи, читающие фразы о гуманистическом удовлетворении от медицинской практики, не отличались от контрольной группы ни в тесте на креативность, ни в опроснике удовлетворенности практикой. Исследователи пришли к следующим выводам.

- Стимулирование положительного аффекта у врачей улучшает их творческий подход к решению проблем и влияет на то, о каком источнике удовлетворенности практикой они сообщают.
- Стимуляция положительного аффекта в клинических условиях представляется возможной, несмотря на серьезный характер работы. Ощущение успеха и компетентности, приятное общение с коллегами и клиентами, ощущение того, что помогаешь людям и тебя ценят, а также повседневные события, которые приносят удовольствие во многих рабочих условиях, — это лишь некоторые из способов, с помощью которых положительный аффект может быть внедрен в клинических условиях.
- Через творчество позитивный аффект влияет на способность клинициста видеть взаимосвязь между концепциями, идеями и симптомами, позволяя ему сформулировать соответствующий диагностический список и улучшить медицинский диагноз и процесс принятия решений.
- Стимуляция положительного аффекта повышает чувствительность врачей к гуманистическим соображениям.

Эмпатия клинициста по отношению к пациентам с обычной простудой позволяет в значительной степени предсказать последующую продолжительность и тяжесть заболевания и связана с изменениями иммунной системы [Rakel et al., 2009]. Пол Хершбергер [Hershberger, 2005], семейный

врач, также подчеркивал важность ментального и эмоционального благополучия. В рамках укрепления здоровья или первичной профилактики семейный врач часто может поощрять пациентов к физической активности. Хотя в настоящее время это не является частью культуры семейной медицины, все же разумно подумать об укреплении психического здоровья и повышении удовлетворенности жизнью. В то время как некоторые из наиболее распространенных стратегий общения между врачом и пациентом сфокусированы на негативных эмоциях, благодаря аналогичным стратегиям можно помочь пациентам поделиться хорошим опытом и положительными эмоциями. Счастливые люди лучше живут. Исследователи в области поведенческих, социальных и медицинских наук продолжают выявлять другие преимущества счастья, включая улучшение здоровья. Укрепление психического и эмоционального благополучия на законных основаниях можно рассматривать как синергию с укреплением физического здоровья. Одним из, возможно, наиболее значимых связующих факторов между позитивным мировоззрением/настроением и улучшением физического здоровья является здоровое поведение. Это было обнаружено во взаимосвязи между оптимизмом и здоровьем, а также в лонгитюдных исследованиях, демонстрирующих, что люди с позитивным отношением к старению, как правило, живут дольше. Возможно, семейные врачи, которые начнут уделять больше внимания собственному счастью, удовлетворенности и смыслу жизни, с наибольшей вероятностью поспособствуют тому же в уходе за пациентами.

Выводы

Подводя итог, можно сказать: для того чтобы клиент достиг выздоровления, роста и жизнестойкости перед лицом неблагоприятных событий, ему стоит подумать о следующем.

- Личные достоинства, благодаря которым удалось пережить травмирующие события. Даже если имели место какие-то ошибки или сожаления, сделано то, что должно было быть сделано, чтобы выжить, и есть чем гордиться.
- Ценности, которые придают жизни смысл здесь и сейчас, будь то отношения, работа, вера или забота о своей семье. Это повседневное счастье в той жизни, которая есть сейчас.

- Опыт в результате пройденных трудностей, который мог бы пригодиться для помощи себе и другим или придания личной и общественной ценности.
- Рост и надежда могут сосуществовать с горем; будут взлеты и падения. Придется научиться лучше предвидеть их и справляться с ними, а также проявлять сострадание к самим себе в те дни, когда увидеть позитив слишком трудно.

В следующей главе мы более подробно рассмотрим рекомендации по выполнению домашних заданий, призванные привлечь внимание клиентов к наиболее полезным аспектам их опыта и ситуаций для достижения целей.

Резюме

- Когда у клиентов есть четкое представление о том, чего они хотят достичь (цель), и когда они уже смогли в какой-то степени достичь этого (исключения из проблемы), им легче определить следующие шаги.
- Акцент на сильных сторонах и решениях часто дает лучшие результаты для обеих сторон терапевтического процесса, чем акцент на слабостях и проблемах.
- Язык важен, поскольку это основное средство в психотерапии.
- Помогая клиентам изменить отношение, основное внимание мы уделяем мышлению.
- Прогресса в терапии можно добиться, предложив клиентам переписать свои негативные истории в позитивном ключе или использовать позитивные образы.
- Изменить взгляд на проблему можно пятью способами.
- Работа с повторяющимися паттернами и наблюдение за тем, что делают клиенты, когда дела идут лучше, меняют поведение.
- Уменьшение негативных эмоций клиентов и формирование позитивных напрямую связано с благополучием. Это также относится к работе в медицинских учреждениях.

Предложения по домашнему заданию

Во многих формах психотерапии домашняя работа считается важным этапом. Например, самомониторинг — самое популярное дополнение к КПТ — почти неизменно используется как на начальном этапе оценки, так и для мониторинга последующих изменений. Но в рамках ОРКТ самомониторинг и другие домашние задания важны только в том случае, если клиенты считают их полезными. Некоторым трудно пользоваться терминами “домашняя работа” или “задание”, потому что не у всех сохранились положительные воспоминания о выполнении домашних заданий в школе. Поэтому рекомендуется термин *предложения*. Представление предложения по домашнему заданию в виде (небольшого) эксперимента облегчит клиентам его выполнение, поскольку снизится необходимость успешного выполнения задания. Прежде чем выступать с этими предложениями, полезно спросить клиентов, хотят ли они вообще делать что-то дома. Если клиенты отказываются от домашних заданий, вероятно, для этого есть веская причина. Возможно, они не считают это нужным или полезным, либо у них нет времени. В этих случаях терапевтам не стоит предлагать домашнее задание.

Значение домашней работы в традиционной психотерапии и в ОРКТ не одно и то же. Можно получить столько же информации, когда клиенты *не* выполняли домашнее задание, сколько и в случае прилежного выполнения заданий. Принятие неэффективности как способа ведения дел клиентами (а не как признака сопротивления; см. главу 4) позволяет наладить сотрудничество. Это может удивить, если вы считаете, что работа дома почти всегда необходима для перемен в поведении [De Shazer, 1985].

В этой главе описаны общие рекомендации по выполнению домашнего задания, исходя из рабочего альянса между терапевтом и клиентом. Объ-

ясняются четыре положительных предложения по выполнению домашнего задания. Подробно описаны несколько форм самоконтроля и множество поведенческих экспериментов, а также терапевтические ритуалы как способ двигаться дальше по жизни или выработать новые привычки.

Общие рекомендации по домашнему заданию

В конце каждого сеанса у терапевтов есть возможность предложить клиентам домашние задания. Они предназначены для того, чтобы направить внимание клиентов на наиболее полезные аспекты их опыта и ситуаций. Предлагая эти рекомендации, терапевтам важно иметь в виду следующие три вопроса.

1. Есть ли у клиента четко определенная цель?
2. Это отношения с посетителем, заявителем или потребителем (см. главу 4)? Помните, что до тех пор, пока что-то не является частью решения, это часть проблемы.
3. Существуют ли спонтанные или преднамеренные исключения, связанные с целью клиента?

В *отношениях с посетителем*, когда терапия обязательна, никаких предложений не дается. В конце концов, проблема еще не определена, и нет никаких разговоров о цели или исключениях. Возможно, у людей из окружения клиентов есть какие-то проблемы с ними или они беспокоятся. С этими людьми часто возникают отношения как с заявителем. Терапевты соглашаются с мировоззрением клиента, выражают признательность и хвалят его за сильные стороны и ресурсы, а также за смелость прийти в кабинет специалиста. Они предлагают еще одну встречу, чтобы продолжить выяснять вместе, что сделать было бы лучше всего.

В *отношениях с заявителем*, когда клиенты не видят себя частью проблемы и/или решения, но думают, что кто-то другой или что-то еще должно измениться, уместны только предложения, основанные на наблюдении. Клиентам, которые не могут назвать исключения или цель либо имеют неопределенные жалобы, терапевты предлагают следующее.

- Обратите внимание на то, что в жизни дает вам ощущение: эта проблема поддается влиянию и может быть устранена.
- Подумайте о том, чего вы хотели бы достичь с помощью сеансов.

- Обращайте внимание на то, что идет хорошо и должно оставаться неизменным. Что происходит в вашей жизни и что вы хотели бы и дальше в ней видеть?
- Отмечайте положительные моменты в жизни, чтобы обсудить их при следующей встрече.
- Фиксируйте моменты, когда дела идут лучше, чтобы поговорить о них в следующий раз.
- Заметьте, что вы и/или (значимые) другие люди делаете по-другому, переходя выше по шкале. (Если использовался вопрос о шкале; см. главу 6.)
- Что обнадеживает вас в том плане, что ваша проблема может быть решена?

Предложение понаблюдать подразумевает, что исключения повторяются и обнадеживают, а полезная информация сосредоточена в сфере собственного опыта клиентов [De Jong & Berg, 2002].

Стив де Шейзер [De Shazer, 1988] добавил элемент предсказания к своим предположениям. Он считал, что ценность таких предложений таится в их внушительной силе. Если есть исключения, прогноз таков: они произойдут снова, возможно, даже раньше, чем предполагают клиенты. Если клиенты предсказывают лучший день, они будут искать признаки подтверждения (*позитивное самореализующееся пророчество*). Клиентам, способным описывать спонтанные исключения, прогнозирование будет весьма полезно.

Упражнение 61. ПРОГНОЗ

Это задание предназначено для выяснения того, что работает. Предложения по прогнозированию (также в кризисных ситуациях) подразумевают, что исключения могут повториться. Предложите клиентам следующее.

- Предсказать, как пройдет следующий день.
- Объяснить в конце дня, почему он сложился именно так, и сделать новый прогноз на следующий день.
- Если предсказание сбылось: откуда клиент знал, что это произойдет? Что способствовало такому результату?
- Если предсказание не сбылось: что изменилось и что способствовало такому результату?

В отношениях с потребителем, когда клиенты видят себя частью проблемы и/или решения и мотивированы к изменениям, есть место для рекомендаций по поведению и наблюдениям. Если клиенты способны четко сформулировать свою цель и найти исключения, уместны следующие рекомендации.

- Продолжайте делать то, что эффективно, и обратите внимание на то, что еще делаете полезного, чего раньше не замечали (комбинация поведения и наблюдения).
- Продолжайте выяснять, что подходит для вас лучше всего (комбинация поведения и наблюдения).
- Делайте больше того, что работает.
- Делайте самое простое из того, что работает.
- Подумайте о том, что еще могло бы помочь.
- Воплотите частичку чуда или цели.
- Узнайте больше об исключениях.
- Спрогнозируйте исключения и объясните результат.

Если клиенты мотивированы, но (пока) не имеют четкого представления о чуде или цели и не могут найти исключения, или если между двумя или более клиентами идет борьба за власть, предложите сделать что-то еще, желательно что-то неожиданное, и обратите внимание, что это значит. Если клиенты действительно четко представляют чудо или цель, но не могут найти исключений, терапевты говорят следующее.

- Сделайте вид, что чудо уже произошло. На предстоящей неделе притворитесь, что в течение дня (или части дня) чудо произошло, и посмотрите, что это меняет.
- На следующей неделе притворитесь на один день, что вы на один или два пункта выше по шкале прогресса. Обратите внимание, что это меняет для вас и как реагируют дорогие вам люди.

В результате можно предотвратить ненужные баталии между терапевтами и клиентами (сопротивление или неподчинение). Если клиенты не выполнили согласованную домашнюю работу, многие терапевты, ориентированные на решение проблем, попытаются объяснить, как это важно, и захотят узнать, что клиентам помешало.

Однако сотрудничество с клиентами усиливается, когда терапевты осторожны и обосновывают предложения. Вот хорошая стратегия: пусть клиенты объяснят, какие *веские причины* были у них для того, чтобы не выполнять домашнюю работу. За тридцать лет работы психотерапевтом я заметила, что один из лучших способов разрушить альянс с клиентом — оставить без внимания характер отношений и давать домашние задания или предложения, к выполнению которых пока или больше нет мотивации.

Важно, чтобы предложения по домашнему заданию были выполнимыми и реалистичными. Главное, чтобы все было просто. Достаточно дать одно или максимум два предложения. Возможно, их следует записать. Предложение о домашнем задании часто заканчивается фразой “Чтобы вы могли сказать мне, *что* в следующий раз будет лучше” (в отношениях с потребителем) или “Чтобы вы могли рассказать мне что-нибудь об этом в следующий раз” (в отношениях с заявителем). Терапевты подразумевают, что клиентам будет о чем рассказать на следующем сеансе.

Четыре положительных предложения по домашнему заданию

Джон Уолтер и Джейн Пеллер [Walter & Peller, 1992] описали четыре положительных предложения по выполнению домашнего задания.

Первое предложение — понаблюдать за положительными моментами и заметить с сегодняшнего дня и до следующего сеанса, что происходит в жизни клиента (браки, семья, работа и т.п.), что хотелось бы видеть неизменным. Или предложите клиентам выполнять больше положительных действий и опираться на исключения, если есть возможность. Пусть клиенты продолжают заниматься полезными делами и обращать внимание на выгоду от них.

Посоветуйте клиентам выяснить, как происходят спонтанные исключения. Попросите их притвориться, что они чувствуют себя по-другому в нечетные дни недели, и посмотрите, что произойдет, даже если они чувствуют себя по-старому. Попросите делать то, что они обычно делают в четные дни, и снова ищите, что изменилось. Или предложите небольшую часть гипотетического решения и посмотрите, что это меняет.

Уолтер и Пеллер призывают терапевтов предлагать клиентам скорее *наблюдать*, чем *делать* что-либо, когда они не могут решиться на измене-

ния (например, в отношениях с заявителем). Мысль о том, чтобы что-то сделать, может показаться слишком большим шагом. А наблюдение не так угрожающе. Терапевты могут спросить: “Я хотел бы предложить, чтобы с этого момента и до следующего сеанса вы заметили, что делаете или что изменилось, когда вы ведете себя хотя бы немного не так, как хотелось бы. Делайте мысленные заметки, если не хотите письменные, чтобы рассказать мне об этом в следующий раз”. Эта задача предполагает, что клиенты уже делают кое-что из того, что они хотят, и не требует от них усилий в тех областях, где нет уверенности. Без давления люди с большей вероятностью будут наблюдать за тем, что уже делают. Это возможность найти больше исключений, особенно для тех, кто любит обдумывать изменения, прежде чем предпринимать что-либо.

Пример 24. Что должно продолжиться

Это вопрос для первого сеанса в ОРКТ. Психолог предлагает клиенту *понаблюдать за позитивными моментами*: “С этой минуты и до нашей следующей встречи я бы хотел, чтобы вы понаблюдали за тем, что происходит в вашей жизни и что вы хотели бы сохранить неизменным”.

Это вмешательство используется для ориентации терапии на настоящее и будущее, а не на прошлое. Задание дает клиенту понять, что терапевт ожидает изменений и уверен в том, что они произойдут. То есть терапевт ожидает, что произойдет что-то стоящее, а это противоположно ожиданиям клиента. Это простое задание, поскольку не требует ничего особенного: просто наблюдать, что происходит в любом случае.

Пример 25. Хотя бы десять вещей

Клиент был тяжело ранен в автомобильной аварии и страдает от воспоминаний и навязчивых мыслей. Терапевт предлагает следующее: “Обратите внимание по крайней мере на десять вещей, которые ведут вас в правильном направлении. Мы вернемся к ним в следующий раз”.

Благодаря упражнению клиент успокоится и сможет трезво мыслить. С заданием можно попросить помощи близких. Это сложная задача (и часто интересная), но обычно удается найти куда больше хороших идей, чем кажется вначале.

Упражнение 62. НАЧАТЬ СО ВТОРОЙ ГЛАВЫ

Скажите клиенту: «Книга состоит из многих глав. Ваша жизнь такая же. Если бы вы написали историю своей жизни в качестве упражнения, то могли бы начать со второй главы вместо того, чтобы начинать с первой. Любые проблемы, с которыми вы сталкиваетесь в данный момент, можно опустить. Какие положительные изменения вы внесете в свое повествование? Как будете чувствовать себя по-другому? Каких людей не станете упоминать, а каких обязательно перечислите, чтобы сделать их частью второй главы? Какими сильными сторонами и ресурсами располагаете во второй главе? Какие хорошие идеи из второй главы осуществимы уже сейчас?»

Самомониторинг

Самомониторинг можно рассматривать как форму экспериментов по наблюдению, описанных выше. В таких видах психотерапии, как КПТ, самомониторинг симптомов нужен для более точного описания поведения в отличие от того, чтобы полагаться на воспоминания. Это помогает увязать вмешательство с прогрессом клиента. С помощью этого средства клиенты занимают активную позицию в терапии, ищут и оценивают свои реакции на события (физиологические реакции, когниции, поведение и чувства). Самомониторинг часто вводится в терапию — как на сеансах, так и в домашних заданиях.

Однако самомониторинг в посттравматическом успехе связан не с симптомами и трудностями клиентов, а с их сильными сторонами и исключениями из проблемы. С самомониторингом люди часто чувствуют себя более сильными и ведут себя эффективнее, чтобы изменить ситуацию к лучшему. Если самомониторинг происходит регулярно, это влияет на то, как часто возникает желаемая ситуация или поведение (когниции или чувства). Например, как часто клиенту удастся сохранять спокойствие или даже просто обрести немного уверенности в стрессовых ситуациях, которые в противном случае вызвали бы приступ паники? Как удастся получить (больше) полезных знаний в этих ситуациях? Дальше уместны дополнительные вопросы о способностях, например: «Как у вас получилось это сделать?» Другими словами, цель — найти исключения. Если самомониторинг относится к *интенсивности*, клиента просят оценить положительные эмоции, связанные с желаемой ситуацией или поведением/когницией, вместо отрицательных эмоций, связанных с нежелательным поведением/когницией.

Упражнение 63. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПИСЬМА

Чтобы помочь клиентам выйти за рамки состояния просто выжившего (см. главу 7), понадобятся *терапевтические письма* Ивонн Долан [Dolan, 1991]. В качестве домашнего задания попросите клиентов написать четыре письма и принести их на следующий сеанс. В *первом письме* будут указаны все неразрешенные чувства, которые клиенты испытывают по отношению к кому-то или чему-то, что с ними произошло. *Второе письмо* содержит страхи клиентов, поскольку это ответ либо от нападающего, либо от кого-то, у кого нет добрых намерений защитить их. *Третье письмо* — желанное послание-подтверждение, которого добиваются клиенты, а также извинения (если нужно). Третье письмо следует написать сразу после второго, чтобы не усугубить травму, а облегчить ее. *Четвертое письмо* может быть написано когда угодно. Это отражение надежд клиентов на лучшие времена — будущее, в котором травма действительно осталась в прошлом, а клиенты не просто пережили ее, а продолжили полноценную жизнь (процветают).

Исследуя самоконтроль (см. главу 7), ученые обнаружили, что он состоит из двух основных этапов [Baumeister & Tierney, 2011]. Первый — поставить перед собой *четкую цель*. Составление плана — это совсем другое дело. Самоконтроль без целей был бы не более чем бесцельным изменением, все равно что пытаться соблюдать диету, не зная, от каких продуктов толстеют. Второй этап — *мониторинг поведения*. Отслеживать — это нечто большее, чем просто знать, как что происходит. Это означает знать, как все на самом деле есть и как должно быть. Люди, которые приспосабливают свои действия к определенным стандартам, живут лучше, чем те, кто не замечает собственных социальных ошибок. При самомониторинге поведения клиенты думают о том, как далеко продвинулись (т.е. сосредоточенность на эффективных действиях; см. главу 6). Это приносит удовлетворение и мотивацию к будущим свершениям (т.е. сосредоточенность на прогрессе; см. главу 7), что порождает амбиции.

Первый метод самомониторинга — *записывание мыслей*, как показано в табл. 8.1. В ориентированных на проблему методах терапии, таких как КПТ, клиенты записывают мысли, чтобы понять, какие автоматические мысли (мысли, которые возникают автоматически в ответ на данную ситуацию) или образы запускают их проблемное поведение. В ОРКТ клиенты записывают мысли, чтобы выяснить, какие мысли и образы запускают желаемое поведение. Терапевты, работающие с проблемой и решением

одновременно, предлагают клиентам заполнить таблицу как для проблем, так и для сильных сторон и решений.

Таблица 8.1. Запись мыслей

Ситуация	Чувства (10–0)	Мысли (образы)	Поведение

Второй метод изменения фокуса с негативного на позитивный во время самомониторинга — *наблюдение за позитивными изменениями*. Клиентам предлагается ответить на следующие вопросы.

- Укажите область вашей жизни, где вы больше всего желаете перемен.
- Предположим, что когда-нибудь все изменится и все в этой области вашей жизни будет так, как вы хотите (ваша цель). Опишите, как вы и другие люди будете знать, что все идет хорошо.
- Оцените текущую ситуацию по шкале от 10 до 0 (10 означает “очень хорошо”, 0 — “очень плохо”).
- Опишите вкратце, что происходит в этой области. Что побудило вас выбрать именно эту отметку, а не более низкую? Что сработало?
- Подумайте, что можете сделать в ближайшем будущем, чтобы оценка по шкале повысилась хотя бы на один балл (указывая на то, что ситуация стала немного лучше). Прибегните к максимально конкретным действиям.
- Когда вы предпримете эти действия, что изменится в этой сфере вашей жизни? Как это поможет вам и/или другим людям в вашей жизни?

Третий метод самомониторинга — это *мониторинг исключений* из проблемы (табл. 8.2). При использовании этого метода особое внимание следует обратить на то, чем это исключение отличалось от проблемных слу-

чаев. В то время как в традиционной психотерапии исследуют, кто, что, когда и где решает проблемы клиентов, ОРКТ-терапевты интересуются: кто, что, когда и где является исключением. Вопросы для поиска исключений включают, среди прочего, следующее.

- Когда проблема не проявилась, хотя были все признаки, что она даст о себе знать?
- Что происходит, когда проблема заканчивается или начинает устраниваться?
- Может ли проблема быть еще хуже? Почему она не усугубилась?
- Когда проблема была менее серьезной (хотя бы чуть-чуть)?
- Что уже стало лучше?

В приложениях к книге есть журнал для мониторинга исключений.

Таблица 8.2. Форма наблюдения для поиска исключений из проблемы

Дата	Событие	Что изменилось в желательном направлении?	Что вы сделали для этого?	Какие мысли и чувства привели к изменению?	Что еще можно сделать

Обратите внимание, что исключения либо преднамеренны, либо примерны. Чтобы узнать о том, как происходит исключение, терапевты задают вопросы о том, кто, что и когда сделал, чтобы это произошло. Если клиенты в состоянии описать, как произошло исключение, значит, оно преднамеренно. Но если клиенты в ответ пожимают плечами и говорят, что не знают, то это примерное исключение. Важность этого различия объясняется в главе 6, поскольку оно влияет на природу рекомендаций по выполнению домашнего задания.

Дополнительно для самомониторинга см. упражнения 64–68, а также упражнение 6 и упражнение 16.

Упражнение 64. САМОМОНИТОРИНГ СИЛЬНЫХ СТОРОН

Ранее упоминалось, как настроить систему отслеживания впечатлений в течение дня. Попросите клиентов час за часом отслеживать одну или несколько сильных сторон (см. главу 6 о 24 сильных чертах характера); им может понадобиться сигнал тревоги или другой внешний сигнал, чтобы напомнить себе о необходимости внимательно фиксировать сильные стороны, задействованные в тот или иной момент.

Упражнение 65. ФОРМУЛА ПЕРВОГО СЕАНСА

Это домашнее задание нужно для того, чтобы переключить внимание клиентов с прошлого на настоящее и будущее, а также повысить ожидания перемен. Подразумевается, что у терапевтов тоже есть позитивные ожидания. Предложите клиентам в течение недели вести дневник. Попросите обратить внимание между этим и последующими сеансами на события в их жизни (например, в семье, браке, на работе). Какие из них не нужно менять? Пусть в конце дня сделают себе комплимент, исходя из написанного за день, и тоже запишут его.

Упражнение 66. ДНЕВНИК ПОЗИТИВА

Каждый день в течение недели предлагайте клиентам записывать три хороших события, которые произошли в тот день. Пусть они незначительны и не особо важны ("Я сегодня рано легла спать, как и планировала") или же грандиозны ("Парень, который мне нравился несколько месяцев, пригласил меня на свидание"). Рядом с каждым положительным событием попросите написать ответ на такие вопросы: "Как получилось, что произошло это хорошее событие? Что оно значит для меня? Как я могу приумножить этот позитив в будущем?"

Упражнение 67. ДНЕВНИК БЛАГОДАРНОСТИ

Можно купить красивый чистый блокнот и превратить его в *дневник благодарности*. Попросите клиента каждый день писать там, за что он благодарен. Помимо простого перечисления хороших событий в жизни, эффективно также несколькими предложениями описывать причины каждого хорошего события. Это привлечет внимание к предпосылкам позитивных моментов.

Упражнение 68. ОТРАЖЕННОЕ ЛУЧШЕЕ “Я”

Клиенты должны попросить 10–20 знакомых написать три истории о том, что сработало, когда они каким-то образом пытались приблизить желаемое. Следует собрать все истории и свести их воедино, выявляя общие темы и идеи. На основе выводов составляем *лучший автопортрет* и делимся результатами с близкими. Часто это упражнение клиенты сочетают с результатами опроса VIA, чтобы получить четкое представление о сильных сторонах своего характера в действии, а также увидеть, насколько близко те сильные стороны, которые, по их мнению, у них есть, совпадают с теми, которые у них есть, по мнению других.

Обратите внимание, что 20 человек — это немало, но и влияние их на результаты будет существенным. Беседы с таким количеством людей будут наполнены позитивными, вдохновляющими комментариями, идеями и историями из разных сфер жизни — личной, социальной, рабочей и духовной. Подумайте, насколько это преобразующий опыт и для клиентов, и для людей, с которыми они общаются, и для этих отношений.

Пример 26. Быть благодарным за то, что имеешь

Сорокалетняя клиентка рассказывает терапевту, как четыре года назад она потеряла мужа в автомобильной катастрофе, в которой оказалась и сама. Восемнадцать месяцев назад ее дом сгорел дотла вместе с собакой и памятными вещами. Она подавлена и апатична и иногда подумывает о самоубийстве. Она едва может позаботиться о двух детях семи и девяти лет, которые большую часть времени проводят со своей бабушкой, живущей в том же городе. Друзья пытались помочь всем, чем могли, подбадривали и отвлекали, но при возвращении домой ее накрывает печаль. Семейный врач, направивший ее на терапию, прописал антидепрессанты, которые она вскоре прекратила принимать из-за побочных эффектов.

Терапевт выслушивает историю клиентки, признаёт влияние всего, что с ней произошло, а затем спрашивает, как она узнает, что ей больше не нужно приходить на терапию. И женщина описывает свое предпочтительное будущее: она снова будет работать и получать от этого удовольствие (сейчас она на больничном), ее дети снова будут жить с ней, и, возможно, они заведут новую собаку. Терапевт спрашивает клиентку, как ей удалось пережить эти дни, как получилось, что она все еще жива, и кто помогал ей до сих пор. Она говорит, что ее семья, друзья и соседи сделали все возможное, чтобы позаботиться о ней. Терапевт

спрашивает, что положительного увидели в ней эти люди, что заставило их захотеть помочь ей. Удивленная, она упоминает, что другие находили ее хорошим, добрым человеком, готовым помочь в беде. Терапевт просит ее написать “письмо из будущего” (см. упражнение 16).

На следующем приеме женщина уже выглядит лучше, и на ней впервые макияж. Она говорит, что много плакала, когда писала это письмо, и поняла, что хочет остаться в живых ради своих детей. Неделью спустя ее дети приезжают к ней на несколько дней, а по выходным она общается с друзьями. Она также решается на трудный шаг — впервые пойти на могилу мужа, а позже берет туда и детей. После нескольких сеансов женщина снова видит смысл в жизни, опираясь на свои сильные стороны, ресурсы и помощь дорогих людей. Мудрый и сострадательный совет, который она дала себе в конце письма из будущего: “Будь благодарна за то, что имеешь”. Все сбылось. Она рассказывает психологу, насколько яснее ей стало, как она благодарна за то, что ее дети выжили в пожаре. Терапевт хвалит ее за силу, успехи, открытия и смелость. На следующем сеансе четыре месяца спустя выясняется, что у женщины все хорошо. Она организует ужин, чтобы поблагодарить свою семью, друзей и соседей за поддержку.

Поведенческие эксперименты

Поведенческие эксперименты — это запланированные эмпирические вмешательства, основанные на экспериментах или наблюдениях, совершаемые клиентами во время сеансов терапии или между ними [Bennett-Levy et al., 2004]. Их основная цель — получить информацию, чтобы проверить обоснованность убеждений клиентов о себе, других людях и окружающем мире. Еще с помощью поведенческого эксперимента создают и проверяют новые, более адаптивные убеждения и когнитивные формулировки.

Существует три типа поведенческих экспериментов.

1. *Экспериментальное манипулирование окружающей средой.* Здесь требуется делать что-то, отличающееся от того, что человек обычно делал бы в конкретной ситуации (т.е. что-то другое для разнообразия). Например, клиенты должны ответить: “Если я пойду в супермаркет один, без привычных мер предосторожности, упаду ли я в обморок (как предсказывает мое убеждение) или просто почувствую беспокойство (альтернативное предсказание)?”

2. *Эксперименты по наблюдению*, в которых либо невозможно, либо нет необходимости манипулировать ключевыми переменными. Вместо этого клиенты приступают к наблюдению и сбору доказательств, имеющих отношение к их конкретным негативным мыслям или убеждениям. Речь идет о форме самомониторинга. Например: “Люди сочтут меня неряхой, увидев, как я сильно потею?”
3. *Эксперименты, ориентированные на открытие*, в которых клиенты практически не представляют, что произойдет, когда эксперимент состоится, и нуждаются в информации, чтобы предсказать итог. Уместен такой вопрос: “Что произошло бы, если б я вел себя так, будто другие ценят меня?” Или можно опробовать различные способы поведения, например попытаться выяснить: “Как мог бы поступить в таких обстоятельствах человек, которого ценят?”

С позитивным фокусом эти эксперименты становятся другими.

1. *Экспериментальное манипулирование окружающей средой*. Клиентам предлагается изучить исключения из проблемы: что они делали (хотя бы немного) по-другому раньше? Насколько это было полезно? Это хорошая идея: снова сделать так?
2. *Эксперименты по наблюдению*. Клиенты наблюдают и собирают доказательства, имеющие отношение к конкретным позитивным представлениям и убеждениям. Например: “Меня доброжелательно встретят на вечеринке?” Когда клиенты обращают внимание на свои позитивные представления или убеждения, велика вероятность того, что они найдут доказательства в их пользу, а когда обращают внимание на негативные мысли или убеждения, велика вероятность того, что доказательства в их пользу тоже найдутся. То, на чем вы фокусируетесь, приумножается и подкрепляется.
3. *Эксперименты, ориентированные на открытие*. Клиентам предлагается вести себя так, как будто чудо произошло (когда задается вопрос о чуде), как будто (часть) желаемого будущего уже наступила или как будто они на один или два пункта выше по шкале прогресса. Во время сеанса отдельным лицам, парам или семьям советуют заранее улучшить или исправить что-то и показать терапевтам (в течение нескольких минут), как изменилась их жизнь и отношения.

Отмычки

Идея *отмычек* как ключей, которые подходят к различным замкам, принадлежит Стиву де Шейзеру [De Shazer, 1988]. Он исходит из трех типов поведенческих экспериментов. Наличие другого ключа (решения) для каждого замка (проблемы по оси I и II в DSM-5) не требуется, и нет необходимости сначала анализировать замок; вмешательства запускают изменения, даже если терапевты не знают в деталях, в чем проблема. Единственное, что необходимо обеспечить при вмешательстве, — это возможность появления новой модели поведения. Ключ к новой привычке или положительной зависимости (см. главу 7) — многократное повторение поведения. Ряд отмычек описан в упражнениях с 69 по 89.

Упражнение 69. ПИШИТЕ, ЧИТАЙТЕ, СЖИГАЙТЕ

Это предложение пригодится, если клиентов мучают навязчивые или депрессивные мысли. Стив де Шейзер описал клиентку, которая была одержима своим бывшим партнером через несколько месяцев после разрыва отношений [De Shazer, 1988, p. 120]. Женщина чувствовала вину и продолжала спрашивать себя, что сделала не так. Мысли даже переросли в кошмары. После нормализации проблемы терапевт предложил клиентке упражнение, чтобы помочь ей двигаться дальше. Каждый день в одно и то же время она должна была уединяться в удобном месте по крайней мере на час, но не более чем на полтора. В течение этого времени во все нечетные дни она должна была сосредоточиться и записать все свои хорошие и плохие воспоминания о бывшем партнере. Она должна была продолжать писать, даже если в конечном итоге ей придется повторяться. В четные дни клиентка должна была читать свои записи за предыдущий день, а затем сжигать их. Если нежелательные мысли приходили к ней не в назначенный час, она говорила себе: «Сейчас у меня есть другие дела, я подумаю об этом, когда наступит время». Она даже установила напоминание: думать о бывшем партнере в назначенное время. Всего через несколько дней навязчивые мысли практически исчезли.

Упражнение 70. ОТСТУПИТЬ НАЗАД И СПРОСИТЬ ПОЧЕМУ

Письменное упражнение для того, чтобы “быть счастливым после всего плохого” и сделать жизненные неудачи более понятными и предсказуемыми [Wilson, 2011]. Это простое действенное упражнение, не требующее особых навыков. Есть два условия. Во-первых, между неудачным опытом и нынешним временем должно пройти достаточно времени, чтобы клиенты могли думать, не переполняясь негативными эмоциями. Еще клиенты должны быть в состоянии проанализировать, почему произошло то или иное событие, вместо того чтобы размышлять над тем фактом, что оно действительно произошло.

Предложите клиентам писать о своем опыте не менее 15 мин. в течение трех-четырех дней подряд. Важно, чтобы они написали о пережитом как *беспристрастный наблюдатель*, сообщающий о событии, а не обосновывали свои чувства. Следует не проживать событие заново, а сделать шаг назад, реконструировать его и объяснить.

Упражнение 71. СТРУКТУРИРОВАННЫЙ ПОЕДИНОК

Это задание уместно, если два клиента жалуются, что их аргументы ни к чему не приводят. Проходит все в три этапа.

1. Бросаем монетку, чтобы определить, кто будет первым.
2. Победитель может ругать другого человека в течение 10 мин. без перерыва.
3. Затем это делает другой.

Дальше соблюдаем 10 мин. молчания, прежде чем начинается следующий раунд.

Упражнение 72. СДЕЛАТЬ ЧТО-ТО ДРУГОЕ

Это задание для клиентов, которые жалуются на другого человека и утверждают, что уже все перепробовали. Решение может быть в совершенно новом, неожиданном действии. Вот пример. Десятилетний мальчик был задержан за то, что бродил по своей школе. Он проник в здание, чтобы взять свою домашнюю работу, которую забыл; однако он отказался отвечать на вопросы полицейского. Полицейский перепробовал все, но мальчик как воды в рот набрал. Тогда полицейский пригрозил, что будет задерживать дыхание до тех пор, пока мальчик не объяснит, почему вломился в школу. Для ребенка это был перебор. Он рассказал, что хотел забрать свое домашнее задание, чтобы не получить плохую оценку [De Shazer, 1985, p. 124].

Упражнение 73. БЛАГОДАРНОСТЬ ОТ СЕБЯ БУДУЩЕГО

Предложите клиентам каждый день делать что-то такое, за что их будущее "я" будет благодарно. Попросите хорошенько заботиться о себе уже с сегодняшнего дня, например прогуляться, съесть здоровую пищу или сделать доброе дело.

Упражнение 74. НАЙТИ СМЫСЛ И ЦЕЛЬ

Когда человек ожидает чего-то от нового дня, чего-то значимого для себя или других, ему легче активно участвовать в жизни. Предложите клиентам каждый день делать что-нибудь простое, например выражать признательность другим улыбкой, прикосновением или комплиментом; сделать что-нибудь для благотворительной организации или приюта для животных или просто позвонить кому-нибудь, чтобы пожелать хорошего дня.

Упражнение 75. ВНИМАТЕЛЬНО ОТНОСИТЬСЯ К ДЕЙСТВИЯМ В ОТВЕТ НА ЖЕЛАНИЕ

Это задание можно использовать в качестве альтернативы упражнению 72. Хотя клиенты часто говорят, что проблемное поведение (например, употреблять алкоголь или наркотики, играть в азартные игры, грызть ногти) имеет место всегда, существуют обстоятельства, при которых проблемное поведение никак не проявляется. На эти исключения следует опираться, потому что это уже часть поведенческого репертуара.

Разумеется, клиенты время от времени борются с желаниями. Значит, у них есть действенные способы сделать это и в рамках задания. Внимание клиентов направлено на поведение, а не внутренние ощущения. Не помешает также подумать о поведении других людей в подобных ситуациях.

Упражнение 76. МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ВАРИАНТЫ

Если у клиентов есть несколько вариантов и они не могут выбрать, придется понаблюдать. Пусть каждый вечер перед сном клиент подбрасывает монетку, загадав несколько опций, а на следующий день выполняет то, что выпало. Орел может означать: клиент притворяется, что принял решение А (например, остаться со своей женой). Решка — он притворяется, что принял решение Б (уйти от жены). Иногда это проявляет чувства, и принять настоящее решение легче.

При решении проблем выбора *полезны техники, ориентированные на будущее* (см. главу 5): клиенты представляют, как у них будут обстоять дела в будущем (через шесть месяцев, год, пять или даже десять лет), если решат сделать А или Б (или даже В). Полезно оглянуться из будущего в настоящее и проанализировать, что помогло принять решение (см. главу 7).

Упражнение 77. МЕДИТАЦИЯ ЛЮБЯЩЕЙ ДОБРОТЫ

Это упражнение на *осознанность*. Предложите клиентам найти тихое место, чтобы удобно расположиться и не отвлекаться. Попросите положить руки на колени ладонями вверх, закрыть глаза и сделать несколько глубоких вдохов, а затем дышать нормально. Скажите им: "Просто оставьте все как есть и продолжайте наблюдать за своим дыханием. Цель — практиковать присутствие здесь и сейчас. Нет необходимости подавлять свои мысли; просто позвольте им быть и осознайте их по мере того, как они приходят и снова исчезают".

Упражнения на осознанность (см. главу 6) развивают *любящую доброту*. Это похоже на управляемые образы, где клиенты размышляют о положительных чувствах к окружающим людям. Предложите сначала поразмышлять о человеке (или животном), к которому они относятся тепло и сострадательно. Как только эти чувства окрепнут и освободится место для позитива, попросите мягко отпустить образ и просто удерживать чувство. Затем это чувство следует распространить на самого себя, заботясь о себе так же глубоко и преданно, как о своем ребенке. Затем попросите клиентов излучать доброту к другим, сначала к кому-то, кого они хорошо знают, затем постепенно вспоминая других друзей и членов семьи, а затем и всех людей, даже плохо знакомых. В конечном счете чувство любви и доброты охватывает всех людей и существ на земле: пусть все они будут счастливы [Fredrickson, 2009, p. 209].

Упражнение 78. УПРАЖНЕНИЕ НА СОСТРАДАНИЕ

Это упражнение развивает *сострадание*. Для сострадательного взаимодействия с различными проблемными частями своего "я" задействуются *образы* (см. главу 6). После небольшой практики клиенты смогут сосредоточиться на сострадательном "я". Скажите: "Предположим, вы чем-то очень обеспокоены. Сядьте спокойно и сосредоточьтесь на дыхании, а затем представьте себя сострадательным человеком. Почувствовав, как это видение расширяется и растет внутри вас, представьте, как встречаете свое встревоженное «я». Посмотрите на выражение его лица; обратите внимание на чувства, пронизывающие его. Просто сядьте и почувствуйте сострадание, пошлите добро встревоженному «я». Попробуйте окружить его состраданием и пониманием мучительной тревоги. Не пытайтесь сделать ничего, кроме как принимать свою тревогу и сострадать. Представьте, что даете этой части себя столько, сколько ей нужно, чтобы успокоиться" [Gilbert, 2010].

Упражнение 79. ПИСЬМО НА ЧЕРНЫЙ ДЕНЬ

Когда человек теряет покой, ему трудно вспомнить или представить, как себе помочь. *Письмо на черный день* [Dolan, 1998] должно содержать утешение, когда человек больше всего в нем нуждается. Желательно всегда иметь письмо при себе, поскольку в нем заложена мудрость человека, который знает клиента лучше всего: сам клиент. Чтобы создать письмо, сперва ищем спокойное место. Далее следуем инструкции.

- Перечислите приятные виды деятельности.
- Запишите имена и номера телефонов отзывчивых друзей и членов семьи.
- Напомните себе о своих сильных сторонах и достоинствах.
- Напомните себе о своих особых талантах, способностях и интересах.
- Напомните себе о надеждах на будущее.
- Дайте себе особенный совет или перечислите важные для себя аспекты жизни.

Упражнение 80. РАССЛАБЛЕНИЕ

Предложите клиентам отвлечься от стресса и заменить его образом, вызывающим чувство спокойствия. Чем реалистичнее мечты наяву (цвета, зрелища, звуки и прикосновения), тем лучше удастся расслабиться. Попросите визуализировать мирную ситуацию или пейзаж из сна. Это может быть любимое место отдыха, остров фантазий, роскошный дом или что-то осязаемое, например ощущение любимого свитера.

Упражнение 81. БЕЗОПАСНОЕ МЕСТО

Это визуализация безопасного места. Упражнение также используется в гипнозе и EMDR и отлично уменьшает стресс и тревогу. Предложите клиентам выбрать какое-либо реальное или вымышленное место, где к ним приходит умиротворение, спокойствие, безмятежность, уверенность и безопасность. Например, собственная кровать, остров фантазий или хранилище в банке.

Пусть клиенты на протяжении двух-трех минут в день как можно теснее связываются со своим безопасным местом. Попросите продумать все детали, что нравится и какие чувства приходят. Упражнение можно выполнять с открытыми или закрытыми глазами, описывать детали и переживания вслух или про себя.

Упражнение 82. РУБИКОН ПЕРЕЙДЕН

Пережить травмирующее событие — все равно что переправиться через реку: заботясь о себе, вы развиваете новые навыки, нужные в будущем. Предложите клиентам выделить один час на это упражнение. На примере болезненного переживания нужно ответить на следующие вопросы.

- Чему вы научились, пережив этот опыт?
- Какие сильные стороны или таланты пригодились тогда или были развиты позже, чтобы пережить это?
- Какие сильные стороны и таланты максимально полезны для вас сейчас?

Упражнение 83. ПРЕКРАСНЫЙ ДЕНЬ

Любой день недели может стать прекрасным днем для себя. Пусть клиент запланирует на какой-то день, скажем, субботу, приятные занятия. Пусть распланирует этот день, где будет и с кем. Попросите спланировать прекрасный день или даже прекрасную половину дня таким образом, чтобы задействовать сильные стороны и таланты. Если, например, клиент отличается любознательностью и желанием учиться новому, день может состоять из походов по музеям или просто чтения книги. Эти часы следует прожить осознанно, с наслаждением и удовольствием. Упражнение можно приспособить для двоих, когда партнеры отправляются на свидание и показывают пять главных сильных сторон характера (см. главу 11).

Упражнение 84. ВИЗИТ БЛАГОДАРНОСТИ

Инструктируйте клиентов: "Закройте глаза. Вызовите в памяти лицо кого-то, кто много лет назад сделал или сказал что-то, что изменило вашу жизнь к лучшему, — человека, которого вы так и не поблагодарили должным образом, кого-то, с кем можете встретиться лицом к лицу сейчас. Вспомнили? Напишите письмо с благодарностью этому человеку и доставьте его лично. Письмо должно быть конкретным и состоять примерно из 300 слов: расскажите о том, что этот человек сделал для вас и как повлиял на вашу жизнь. Расскажите о себе и упомяните, как часто вспоминаете о его поступке. Как только напишете, позвоните этому человеку и скажите, что хотели бы навестить его, но не уточняйте цель встречи; это упражнение гораздо интереснее, когда происходит спонтанно. При встрече не торопитесь читать свое письмо. Обратите внимание на реакцию человека так же, как и на свою. Если он перебивает вас во время чтения, скажите, что вам важно, чтобы он слушал, пока вы не закончите. После того как прочтете письмо (каждое слово), обсудите его содержание и ваши чувства друг к другу. Исследования показывают, что через месяц вы будете счастливее и менее подавлены" [Seligman, 2011, p. 30].

Визит благодарности можно осуществить и виртуально, особенно если человека больше нет в живых или он находится слишком далеко, чтобы его навестить.

Упражнение 85. ЧЕТЫРЕ ЭТАПА БЛАГОДАРНОСТИ

Вот еще одно упражнение на благодарность, которая тесно переплетается с удовлетворением и благополучием.

1. Сосредоточьтесь на неблагодарных мыслях.
2. В ответ сформулируйте несколько благодарных мыслей.
3. Замените первые вторыми.
4. Переведите внутреннее позитивное чувство в действие: сделайте что-нибудь.

Упражнение 86. ИССЛЕДОВАТЬ И ПРИМЕНЯТЬ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Предложите клиентам пройти онлайн-опрос о сильных сторонах их характера на веб-сайте www.authentichappiness.org. Там же будет отчет с рейтингом 24 сильных сторон. В отчете также указаны пять главных сильных черт и более практическая информация о них (см. главу 6). (Это упражнение сочетается с упражнением 68.) Как только клиенты узнают о своих сильных сторонах, попросите их перестроить свою работу и жизнь так, чтобы пользоваться ими каждый день.

Упражнение 87. ГОВОРИТЬ О СИЛЬНЫХ СТОРОНАХ

Предложите клиенту обсудить с другими людьми его выигрышные черты: как благодаря им удалось чего-то достичь или усовершенствоваться в лучшие времена. Во время разговора тоже следует задействовать эти стороны. Например, если человек хочет развивать любопытство, пускай задает вопросы с чувством неподдельного интереса.

Исследование *капитализации* — рассказывания другим о позитивных событиях в своей жизни — показывает, что это вызывает дополнительный аффект, помимо позитивного, связанного с самим событием. Существует несколько возможных механизмов позитивного аффекта. Во-первых, чтобы поделиться хорошим событием с другими, требуется пересказать его, а это возможность пережить событие заново. Более того, акт коммуникации включает репетицию и проработку; и то, и другое, по-видимому, продлевает и усиливает переживание, делая его более заметным и доступным для запоминания. Капитализация создает личные и социальные ресурсы [Gable, Reis, Impett, & Asher, 2004].

Упражнение 88. ТРЕНИРОВКА ОПТИМИЗМА

Мартин Селигман [Seligman, 2011] перенес свое исследование с *выученной беспомощности* на *выученный оптимизм*. Клиенты учатся мыслить более оптимистично, даже когда настроен пессимистичный. Селигман боролся с собственным пессимистическим мировоззрением. Он называл себя закоренелым пессимистом и считал, что только пессимисты могут писать трезвые и осмысленные книги об оптимизме. Селигман каждый день использует методы, о которых писал в книге *Learned Optimism* (Выученный оптимизм). Он принимает собственное лекарство, и оно ему помогает.

Предложите клиентам каждый вечер перед отходом ко сну записывать предложение о *самом приятном событии дня*, как если бы оно было вызвано чем-то общим, глобальным, находящимся в их власти (например: "Сегодня мой коллега предложил мне помощь, потому что я отзывчивый человек, который всегда помогает другим, и он это знает").

Пусть клиенты каждый вечер записывают по предложению о *самом неприятном событии дня*, как если бы оно было вызвано чем-то конкретным, временным, находящимся вне их контроля (например: "Из-за задержки автобуса я не смог попасть на прием к стоматологу вовремя").

Упражнение 89. ТРИ ВОПРОСА ДЛЯ СЧАСТЛИВОЙ ЖИЗНИ

Предложите клиентам уделять несколько минут каждый вечер или когда им захочется, чтобы поразмышлять над такими тремя вопросами.

1. Что я сделал сегодня такого, от чего мне стало хорошо?
2. Какими действиями другого человека я доволен? Отреагировал ли я так, чтобы человек повторил позитивные действия?
3. Что приятное я вижу, слышу, чувствую, обоняю, пробую на вкус [Isebaert, 2007]?

Терапевтические ритуалы

Выполнение *терапевтических ритуалов* может быть одним из упражнений, которые психологи предлагают в качестве части любого домашнего задания. Различного рода ритуалы характерны почти для всех известных человеческих обществ как в прошлом, так и в настоящем. Они включают в себя не только богослужебные обряды религий и культов, но и обряды перехода в определенные общества, обряды очищения, клятвы верности, церемонии посвящения, коронации, браки и похороны, выпускные вечера, клубные собрания, спортивные мероприятия, парады ветеранов, рождественские покупки и многое другое. Ритуалы — театральная рамка вокруг действий, символов и событий, которые формируют опыт участников и упорядочивают мир. Этот фрейм помогает упростить хаос жизни и накладывает на него более или менее стройную систему категорий смысла.

Иногда исцелению клиентов препятствует отсутствие ритуалов, облегчающих переход от одного жизненного цикла к другому. В данном случае можно прибегнуть к терапевтическим ритуалам, помогающим мобилизовать свои ресурсы для исцеления, роста и изменений. Также терапевтический ритуал имеет место в разрешении конфликтов и отказов; согласовании новых ролей и границ взаимоотношений; поиске новых общих смыслов жизни с дорогими людьми. Существует два различных типа ритуалов: обряды перехода и обряды стабильности.

Обряды перехода — это ритуалы, отмечающие переход человека из одного состояния в другое, включая рождение, совершеннолетие, женитьбу и смерть. Этот тип ритуала специфичен и временен, но эффективен, потому что люди активно действуют, а не пассивно размышляют. Часто выбирается символ, связанный с травмирующим событием, например фотография погибшего или фрагмент автомобиля после инцидента. Во время терапевтического ритуала, разработанного клиентом и терапевтом совместно, этот символ сжигают или хоронят.

Обряды стабильности часто становятся привычками и предназначены для предотвращения проблем, укрепления стабильности и связи после травмирующего жизненного события или перемены. Эти ритуалы выполняются в одиночку или вместе с другими. Их цель — объединять нас позитивным образом. Примерами ритуалов стабильности могут служить записи в дневнике или совместная вечерняя прогулка (см. упражнение 90).

Дополнительные рекомендации по выполнению домашних заданий для детей и их семей приведены в главе 10. В следующей главе мы рассмотрим последующие сеансы, на которых клиенты и терапевты тщательно исследуют то, что удалось улучшить. Терапевты просят предоставить подробное описание положительных отличий, говорят комплименты и подчеркивают личный вклад клиентов в поиск решений.

Упражнение 90. РИТУАЛ СТАБИЛЬНОСТИ

Наверное, есть что-то, что клиенты регулярно делают в одиночку, с партнером или членом семьи: походы в кино, чтение вслух, вечерняя прогулка или массаж.

Учитывая текущие обстоятельства, спросите, какой ритуал можно совершить сейчас. Попросите записать это и предложить другим принять участие. Через месяц проверьте, подходит ли этот ритуал клиентам и другим участникам. Если нет, нужно усовершенствовать его или создать другой ритуал. И через месяц снова сравнить результаты.

Резюме

- Описаны общие рекомендации по выполнению домашнего задания, призванные направить внимание клиентов на наиболее полезные аспекты их опыта и ситуаций.
- Объяснены четыре домашних задания:
 - ♦ понаблюдать за положительными моментами (обратить внимание на то, что происходит в жизни и что хотелось бы сохранить в том же виде);
 - ♦ создать больше позитива или исключений;
 - ♦ выяснить, как происходят спонтанные исключения;
 - ♦ выполнить небольшую часть гипотетического решения.
- Самомониторинг в посттравматическом успехе связан не с симптомами и трудностями, а с сильными сторонами и исключениями из проблемы. Существуют три формы самомониторинга:
 - ♦ запись мыслей;
 - ♦ наблюдение за положительными изменениями;
 - ♦ мониторинг исключений из проблемы.

- Описаны три формы поведенческих экспериментов:
 - ♦ манипулирование окружающей средой;
 - ♦ наблюдение;
 - ♦ открытие.
- Объяснена концепция *отмычек*. Это ключи, которые подходят к разным замкам. Не обязательно иметь другой ключ (решение) для каждого замка, и нет необходимости в предварительном анализе замка; вмешательство запускает изменения, даже если специалисты не знают в деталях, в чем суть проблемы.
- Терапевтические ритуалы помогают двигаться дальше по жизни или выработать новые привычки.

Последующие сеансы

На последующих сеансах клиенты и терапевты тщательно изучают, что улучшилось. Терапевты просят подробно объяснить положительные исключения, делают комплименты и подчеркивают личный вклад клиентов в поиск решений. В конце каждого сеанса клиентов спрашивают, считают ли они, что по-прежнему есть необходимость встретиться еще раз, и если да, то когда они хотели бы вернуться. Во многих случаях клиенты считают, что нет необходимости возвращаться или назначать встречу на более поздний срок, как это обычно происходит в других формах терапии.

В этой главе описываются цели каждого последующего сеанса, а также то, как измерять прогресс и почему термин *поддержание поведения* кажется более подходящим, чем термин *предотвращение рецидивов*. Затронуты неудачи в терапии, а также пути завершения лечения и празднования успехов.

Размышляя о прошлых сеансах и предлагая клиентам высказать свое мнение, психологи узнают, что клиенты думают о сеансах. Что сделать по-другому или лучше на следующем сеансе?

Еще мы поговорим о том, как стать “супертерапевтом” и как сделать терапию более приятной. Музыкант Майлз Дэвис однажды сказал, что не он руководит своими музыкантами, а они руководят им. Он советовал внимательно прислушиваться к музыкантам, с которыми работаете, и узнавать, что у них получается лучше всего. Терапевты должны делать то же самое в работе с клиентами.

Цель последующих встреч

По мнению Стива де Шейзера [De Shazer, 1994], цели каждой последующей встречи таковы.

- Задавать вопросы о времени между сеансами таким образом, чтобы определенно увидеть некоторый прогресс. Если подойти внимательно и творчески, то (практически) всегда можно найти улучшения.
- Узнать, была ли совместная работа в прошлый раз полезной и эффективной для будущего.
- Выяснить, что из их действий или повседневных событий ведет к улучшениям, и делать это делать чаще.
- Понять, привели ли улучшения к общему благополучию, чтобы исчезла необходимость в дальнейших сеансах.
- Убедиться, что терапевт и клиент не будут делать больше того, что не работает, если клиенты не видят никаких улучшений, и найти новый подход.

Измерение прогресса

Вступительный вопрос на каждой последующей встрече касается прогресса: “Что стало лучше?” (см. упражнение 91). Неявно предполагается: что-то уже лучше и нужно обращать внимание только на это. Следовательно, вопрос в корне отличается от вопроса “Сегодня лучше? Как вы сегодня?” или “Как дела со времени нашей последней сессии?” Задавая такой вводный вопрос, терапевты в какой-то степени определяют ответ.

Упражнение 91. ЧТО СТАЛО ЛУЧШЕ?

Начните следующие десять или двадцать последующих сеансов с вопроса “Что стало лучше?” Осмейтесь задать этот вопрос! Вы заметите, что клиенты начнут предвосхищать его и продумывать наперед, что улучшилось, чтобы рассказать вам об этом. И если — к сожалению — ответ таков, что лучше ничего не стало или дела обстоят еще хуже, просто признайте свое разочарование, взгляните на возможности, описанные в разделе “Четыре модели реагирования”, и узнайте, как не растерять позитивный настрой.

В начале терапии клиенты обычно реагируют на вопрос с удивлением, потому что не ожидают его. Иногда клиенты сначала отвечают “Ничего”, потому что это на самом деле то, что они переживают со своей точки зрения; они еще не думали ни о чем лучшем. В этом случае есть вопросы о недавнем прошлом и временах, когда проблема отсутствовала или была

менее серьезной. Исходя из предположения, что всегда можно найти исключения, если только поискать их, терапевты задают вопросы не о том, существуют ли исключения, а о том, *когда* они проявляются. По моему опыту, если терапевты начинают каждый сеанс с этого вопроса, клиенты начинают предвосхищать его и размышлять над ответом до начала сеанса.

На каждом последующем сеансе возможны четыре основных вопроса краткосрочной терапии, представленных в главе 3. Эти вопросы могут относиться к каждому отдельному сеансу (например: “Чего хорошего вы ожидаете от этого сеанса?”), ко всей терапии или даже ко всей жизни клиента.

Был разработан акроним EARS для обозначения мероприятий на последующих сессиях [De Jong & Berg, 2002].

- **E (elicit)** — *выявлять* (вытягивать истории прогресса и исключений).
- **A (amplify)** — *усилить* (клиентов просят подробно описать различия между моментом, когда произошло исключение, и проблемными моментами. Впоследствии терапевты и клиенты исследуют, как произошло исключение и какую роль в нем сыграли клиенты).
- **R (reinforce)** — *подкрепить* (терапевты закрепляют успехи и факторы, приведшие к исключениям, тщательно изучая исключения и поощряя клиентов).
- **S (start again)** — *начать заново* (терапевты продолжают задавать вопрос: “Что еще стало лучше?”).

Четыре модели реагирования

У клиентов могут быть четыре различных варианта ответа на вопрос “Что стало лучше?” От того, насколько хорошо справляются клиенты и подходит ли им домашнее задание, зависит, следует терапевтам продолжать идти по тому же пути или заняться чем-то другим. Нужно тщательно адаптировать свои вопросы и домашние задания к отношениям с клиентом (будь то посетитель, заявитель или потребитель; см. главу 8). Важно иметь в виду, что клиенты хотят решить проблему, какими бы пессимистичными или скептически настроенными они ни были. По этой причине важно внимательно слушать и изучать, как клиенты хотят измениться. На последующих встречах жизненно важно оптимизировать отношения с клиентами, сохранить уже достигнутые результаты и развивать их.

Кроме того, необходимо проверить, было ли домашнее задание полезным, и зафиксировать любой возможный регресс. Четыре ответа таковы.

- “Дела идут лучше”.
- “Мы не достигли согласия” (если клиентов несколько).
- “Все по-прежнему”.
- “Дела обстоят хуже”.

Когда *дела идут лучше*, уже во внешнем виде клиентов заметны изменения. Они обычно выглядят лучше и часто указывают на многие вещи, которые изменились. Следует расспросить подробнее об улучшениях, подчеркнуть разницу между тем, как обстоят дела сейчас, и тем, как они были раньше, и поощрить. Для этой категории клиентов пригодятся такие вопросы.

- Как вам удалось это сделать?
- Почему стал возможен такой прыжок?
- Как вам пришла в голову эта замечательная идея?
- Что вы сказали себе, чтобы подтолкнуть себя к этому?
- Что продолжить делать, чтобы это случилось снова?
- А в чем отличия от предыдущих времен?
- Предположим, мы снова увидимся через месяц. О каких еще изменениях вы сможете мне тогда рассказать?
- Как я пойму, что у вас достаточно уверенности, чтобы прекратить сеансы прямо сейчас?
- Какие новые идеи у вас есть сейчас (например, о себе)?
- Что бы вам пришлось сделать, чтобы вернуться к исходной точке?
- Можете ли вы оценить себя по шкале от 10 до 0, где 10 означает, что все хорошо так, как есть?
- Как будете праздновать победу над проблемой?
- Кого пригласите разделить свой триумф?
- Что скажете в праздничной речи?

В конце каждого сеанса можно спрашивать: “Как думаете, полезно было бы встретиться еще раз?” Если да, то: “Когда бы вы хотели вернуться?” Если у клиентов нет предпочтений, постепенно увеличиваем время между сеансами, чтобы продемонстрировать уверенность в способности

клиента во всем разобраться. Вот предложения по домашнему заданию для клиентов, которые сообщают, что дела идут лучше.

- Продолжайте делать то, что работает.
- Делайте больше того, что работает.

Если есть несколько клиентов и они *не согласны с достигнутыми ими успехами* или обеспокоены тем, что нет достаточного прогресса, разумно нормализовать ситуацию. Терапевты разъясняют, что прогресс — три шага вперед и один или два назад. В любом случае это хорошая идея — начать с того, чтобы вместе с клиентами подумать, что улучшается, даже если в очень незначительной степени. Моменты, когда дела улучшаются, приумножаем через комплименты. Более того, даже небольшие различия могут привести к значительным изменениям в дальнейшем.

Полезный вопрос для клиентов, которые не согласны с этим, звучит так: “Предположим, мы снова увидимся через четыре недели, каких изменений вы хотели бы добиться к тому времени?” Если кто-либо из клиентов по-прежнему обеспокоен, терапевты обращаются к их способностям.

- Могла ли ситуация быть хуже?
- Почему все не стало еще хуже?
- Что вы предприняли, чтобы убедиться, что ситуация не ухудшится?
- Что еще помогает гарантировать, что ситуация не ухудшится?
- Что меняется?

Есть вопросы и для специалистов.

- Поддерживаю ли я нужные отношения с этим клиентом?
- Есть цель? Она четко сформулирована?
- Какие предложения по домашнему заданию лучше всего подошли бы этим клиентам?
- Я могу рекомендовать клиентам несколько домашних заданий на выбор?

Вот несколько советов по домашнему заданию для этой категории клиентов.

- Если клиент пытается подорвать попытки другого клиента добиться желаемого поведения, терапевты могут предложить упражнение по наблюдению. В течение недели или дольше каждый из клиентов

наблюдает за желаемым поведением другого и фиксирует важные моменты. Клиенты приносят свои заметки на следующий сеанс. Просматривать вместе записи перед началом сеанса не разрешается.

- Если предложение о домашнем задании было полезным, но один или оба клиента не сочли это упражнение приятным, можно общими усилиями изучить, как усовершенствовать это задание.
- Если требуется больше исключений, можно предложить *задание на сюрприз* — игровой способ бросить вызов устоявшимся идеям человека. Клиенты соглашаются: они сделают что-то (либо незаметное, либо очень заметное), чтобы приятно удивить другого. Что именно — на усмотрение каждого клиента. Затем другой может догадаться, в чем заключался сюрприз, и рассказать об этом на следующем сеансе. Дети и подростки получают огромное удовольствие от заданий на сюрпризы.
- Если оба клиента застряли в схеме негативного взаимодействия, тоже *выполняем что-то другое*. Здесь клиенты снова сами решают, что будут делать по-другому. То, что они делают, несущественно; цель — разрушить устоявшийся шаблон. Например, во время курса семейной терапии клиенты часто серьезно спорят, если дети-подростки не следуют правилам родителей. Во время следующей ссоры оба родителя ложатся на пол и перестают разговаривать. Дети настолько шокированы, что идут на последующие сеансы, потому что беспокоятся о своих родителях.
- Другая возможность — это задание *“Притворись, что чудо произошло”*. Все клиенты проинструктированы притворяться в течение дня или двух (или более короткого периода времени, если это еще слишком сложно, например часть дня или час), что чудо произошло. Никто из клиентов не знает, какой день выбрали остальные. Каждого человека просят обратить внимание на эффект перемены. Каждый может догадаться, в какие дни остальные решили притвориться, что чудо произошло. Выводы следует держать при себе до следующего сеанса с профессионалом.
- И конечно, *прогнозирование*: каждый день клиенты предсказывают, как будет выглядеть следующий день. Так мы выясняем, что работает. После этого клиенты проверяют, сбылось ли предсказание, и как этому поспособствовать. В варианте этого домашнего задания клиенты каждое утро предсказывают, удастся им реализовать предсказание или нет.

Есть различие между заданиями для клиентов в рамках отношений с потребителем и заявителем. Делать что-то по-другому и притворяться, что чудо произошло, — это задачи, в которых клиенты должны делать что-то другое, в то время как прогнозирование — это вариант наблюдения. Значит, прогнозирование полезно в отношениях с заявителем, поскольку там (пока) не нужно менять свое поведение.

Некоторым кажется, что *все осталось по-прежнему* и что в ситуации ничего не изменилось. В этом случае полезно выяснить, когда все же были заметны хоть малейшие перемены. Пригодится любое небольшое улучшение, чтобы повторить это исключение. Иногда стабильность — сама по себе уже отличный результат; прогресс не всегда достижим.

Вопросы для клиентов, у которых все остается по-прежнему.

- Как вам удавалось сохранить ситуацию?
- Что бы рассказал ваш хороший знакомый, описывая, что у вас стало немного лучше?
- Как бы вы оценили свою текущую ситуацию по шкале от 10 до 0?
- Что нужно, чтобы сохранить эту отметку на шкале в ближайшее время?
- Кто из самых дорогих вам людей больше всего беспокоится о вас?
- Насколько обеспокоен этот человек по шкале от 10 до 0?

Возможно, будет полезно расширить сеансы, пригласив в кабинет важного человека из жизни клиента, чтобы помочь найти решение проблемы. Если клиенты сохраняют негативный настрой и не называют исключений, терапевты задают больше вопросов: “Как вы справляетесь? Как вам удастся продолжать занятия?” И снова есть вопросы и для самих психологов.

- Какие отношения у меня с этим клиентом?
- Нужно ли нам пересмотреть цель терапии?

Ниже приведены рекомендации по домашнему заданию для клиентов, которые сообщают, что все обстоит так же.

- Если задание *сделать что-нибудь по-другому* еще не назначено, введите его в качестве эксперимента, особенно если клиенты застряли.
- Модель взаимодействия можно изменить через новый элемент или путем преднамеренного преувеличения модели.

- Если клиенты указывают, что никак не могут контролировать проблему, представляем процесс экстернализации проблемы (см. главу 7).

Клиенты, у которых дела идут все хуже, часто имеют долгую историю неудач или годами боролись с большими проблемами. Слишком оптимистичные терапевты, как правило, не смогут помочь таким клиентам. Им часто требуется много пространства, чтобы рассказать историю своей проблемы, включая любой (негативный) опыт общения с предыдущими терапевтами. В этом случае применяем технику *греческого хора* [Parr, 1983]. Греческий хор предупреждает о потенциальных опасностях в перерывах между сценами. Используя этот прием, терапевт занимает позицию в пользу перемен, в то время как его команда коллег выступает против них. Работая в одиночку, применяем эту технику, представив пессимистично настроенного супервизора. Клиентам предлагается доказать неправоту команды или супервизора.

Можем прибегнуть к таким вопросам.

- Как вы справляетесь в таких обстоятельствах?
- Как получилось, что вы до сих пор не сдались?
- Почему все не становится хуже, чем есть на самом деле?
- Что такого незначительного вы могли бы сделать, чтобы хоть немного пошатнуть ситуацию?
- С чего начать этот процесс прямо сейчас?
- Что раньше помогало и как применить это сейчас?
- Что больше всего помогло бы справиться с трудностями?
- Как вам удалось встать с постели этим утром и добраться сюда?

Пусть клиенты представят себя экспертами и скажут, как должно выглядеть их лечение. Вопросы для клиентов-экспертов таковы.

- Чего не хватало психологам, с которыми вы работали ранее?
- Что в их личности, поведении или подходе показалось самым неприятным?
- Что еще я мог бы для вас сделать?
- Какими качествами обладает идеальный терапевт и что бы он делал?
- Какие вопросы задал бы идеальный терапевт, и чему, по вашему мнению, ему лучше всего следовать?

- Если бы я работал с другими клиентами, которые оказались в такой же ситуации, как вы, какой совет вы бы мне дали, чтобы я сумел им помочь?
- Какой вопрос, на ваш взгляд, позволил бы мне помочь *вам* больше всего?

А себя профессионалы спросят о следующем.

- Какие у меня отношения с этим клиентом?
- Нужно ли нам пересмотреть цель терапии?

Вот несколько советов по домашнему заданию для клиентов, у которых дела идут хуже.

- Возможно, будет полезно, если крайне пессимистичный клиент *подробно прогнозирует, когда и как произойдет следующий кризис*. В результате кризис может и не наступить, или клиент найдет лучшие способы справиться с ним.
- Еще можно попросить *преувеличить проблему*. Это парадоксальное задание: как правило, серьезность проблемы сразу же уменьшается, потому что клиентам не хочется выполнять такое задание. В то же время упражнение возвращает им контроль над неприятностью.
- Изучаем предыдущие успехи клиентов в решении проблем, чтобы понять, какие стратегии попробовать снова.

Пример 27. *Греческий хор*

Это пример техники *греческого хора*. Двадцатипятилетний клиент, ветеран войны, вернувшийся домой с боевых действий год назад, выкуривает по несколько косяков каждый день. Он говорит, что хотел бы избавиться от этой привычки, поскольку не представляет, как сможет найти работу, если не сделает этого. Терапевт приглашает на сеанс своего коллегу-пессимиста, который предсказывает, что у клиента, несомненно, случится рецидив, если он бросит курить марихуану, потому что это случалось с другими. Мужчина расстраивается и объясняет: он знает, во что ввязывается, и, безусловно, будет придерживаться принятого решения! На следующем сеансе он сообщает, что едва притронулся к косяку. Терапевт хвалит его за целеустремленность. Клиент расцветает, когда в ответ на вопросы терапевта рассказывает, что это не первый раз в его жизни, когда он проявляет такую решимость.

С этой группой клиентов терапевты могут применять те же стратегии, что и с клиентами, которые сообщают, что дела обстоят по-прежнему. Иногда полезно пригласить коллегу принять участие и дать обратную связь. Уместна будет и экстернализация проблемы (см. главу 7). Наконец, можно признать неудачу, объяснив клиенту, что, по-видимому, мы не понимаем его или не обладаем достаточным опытом, чтобы помочь ему. Иногда лучше направить человека к другому специалисту со свежими идеями. Как правило, клиенты соглашались с этим предложением или начинают формулировать более реалистичные ожидания, после чего сотрудничество может наладиться.

Лечение ветеранов с ограниченными возможностями — отдельный вид терапии [Duncan, Hubble, & Miller, 1997]. Это клиенты с большим негативным опытом в терапии. Часто их обвиняют, а их терапевтов критикуют. Представления ветеранов о проблемах иногда ошеломляют. Сеансы наполнены обсуждением неприятностей настолько, что терапевт чувствует себя подавленным. Отправная точка — увязать проблему с описанием любой теоретической возможности, что проблема изменчива и что положительные результаты достижимы.

Неудачи в лечении учат трем моментам [Duncan et al., 1997].

1. Все теоретические модели ограничены в применимости.
2. Терапевтические отношения значат больше, чем квалифицированное вмешательство.
3. То, что клиенты знают, думают, чувствуют и чего хотят, имеет гораздо большее отношение к разрешению проблем, чем излюбленные академические концепции.

Поддержание поведения

Как психолог помогает клиентам моделировать устойчивые изменения и процветание? В традиционной психотерапии *профилактика рецидивов* — стандартное вмешательство в конце курса. Но что предлагают или даже предсказывают терапевты, когда говорят с клиентами о рецидивах? Вы уже догадались — что они обязательно произойдут! Но всегда ли необходимо поднимать эту тему, или вместо нее лучше обсуждать профилактику рецидивов только в том случае, если клиенты хотят этого? Лучше всего спросить клиентов, заинтересованы ли они в том, чтобы узнать, как сохранить изменения, сделанные в ходе терапии.

Конечно, поддерживать с таким трудом достигнутые изменения не всегда легко, и нужно упорно трудиться. Так что вместо бесед о рецидивах и способах их предотвращения предпочтительнее говорить о прогрессе и о том, как сохранить эти позитивные изменения. В этом ключе профилактика рецидивов становится *поддержанием поведения*.

Поэтому фокусируемся на том, что клиенты (и другие люди) сделали для содействия выздоровлению или профилактики в прошлом [O'Hanlon & Rowan, 2003]. Когда планы профилактики терпят неудачу или не воплощаются на практике, составляем *план восстановления* — особенно для клиентов, страдающих серьезными психическими проблемами (психоз, глубокая депрессия или мысли о самоубийстве). Как человек восстановил равновесие после предыдущего кризиса? Ответы на этот и другие вопросы дадут зацепки.

- Что вы делали, когда почувствовали себя лучше?
- Что обычно происходит, когда депрессия отступает?
- Чему вы научились благодаря госпитализации? Как это применить к нынешней ситуации?

Установка на рост

Инициировать и поддерживать изменения можно через установку на рост [Dweck, 2006]. Люди (включая терапевтов), придерживающиеся фиксированного мышления, верят, что их способности в основном статичны. Они верят, что могут немного усовершенствоваться в различных навыках или что-то потерять, но что в основном их способности неизменны. Люди с фиксированным мышлением склонны избегать трудностей, поскольку боятся, что другие воспримут их неудачу как признак истинных способностей и навесят ярлык неудачников. Они чувствуют угрозу из-за отрицательной критики, им кажется, что критикующие превозносятся за счет клиентов, думая, что более одарены, чем они.

Напротив, люди, настроенные на рост, верят, что способности подобны мышцам — их можно нарастить с помощью практики. Люди с установкой на рост склонны принимать больше вызовов, несмотря на риск неудачи. Они ищут более сложные задания и принимают критику, потому что в конечном счете усовершенствуются. Если хотите полностью раскрыть свой потенциал и быть более успешным практически во всем, нужна установка на рост!

Если неудача — необходимая часть изменений, то понимание клиентами неудачи имеет решающее значение. Парадокс установки на рост заключается в следующем: кажется, что она направляет внимание на преграды и побуждает людей искать трудности, но на самом деле это оптимистичный настрой, потому что в конце концов люди добиваются успеха.

Исследование показало, что студенты с фиксированным мышлением чаще жалуются на депрессию, чем студенты с установкой на рост. Студенты с фиксированным мышлением застывали после поражения, не справляясь со своими ошибками, и чем более подавленными они становились, тем больше сдавались, не предпринимая попыток решить свои проблемы. Напротив, на поведение студентов с установкой на рост депрессия влияла не так. Чем в большей депрессии, по их словам, они находились, чем больше действий предпринимали для решения проблем, тем упорнее работали и тем активнее организовали свою жизнь. Подводя итог: когда люди верят, что их личные качества можно изменить, тогда вопреки боли от неудач они не становятся пессимистами, поскольку неудачи не определяют их характер. Перемены и рост остаются возможными, открывая пути к успеху.

Идею установки на рост клиентам подают так же через вопросы.

- Как вы это сделали?
- Как вы подготовили почву для этих перемен?
- Чем эти действия отличаются от того, что вы делали раньше?
- Что можно сделать (еще) лучше в следующий раз?
- Что вам в этом нравится?
- Что вы уже понимаете и что пока не разгадали?

Ожидание — лучшая защита [Menninger, 1959]. Но чего именно ожидать? Ожидание опасности рецидивов и неудач. Но через фокус на позитиве их можно предвосхитить путем анализа и прогнозирования. Что может пойти хорошо и что клиенты должны сделать, чтобы преуспеть? Предвосхищение через фокус на негативе тоже достигается путем анализа и прогнозирования. Что может пойти не так и что клиенты должны сделать, чтобы избежать рецидива, справиться и выжить? Во втором случае, скорее всего, увеличится количество негативных представлений и чувств, поскольку это касается цели избегания (см. главу 5). Клиенты сосредоточатся на том, чего они боятся больше всего, стараясь сохранить

как можно большую дистанцию между своей нынешней ситуацией и пугающим исходом. И напротив, при поддержании поведения — цели приближения — клиенты разовьют больше позитивных когниций и чувств. Клиенты сосредоточатся на том, чего они хотят больше всего, стараясь сократить расстояние между их нынешней ситуацией и желаемым будущим как можно меньше.

Во время терапии рекомендуется подумать, как сохранить ее результаты, составив *ментальную дорожную карту* клиента. Например, через представление лучшего будущего и активацию сильных сторон и ресурсов, чтобы это будущее стало реальностью. Как уже было сказано, люди, преисполненные надежд, способны придумать больше альтернативных маршрутов, чем люди, не питающие надежд, если первоначальный маршрут заблокирован. Обсуждая альтернативы, мы приближаемся к решениям, прежде чем эти трудности вообще возникнут. Так формируются стратегии совладания, расширяется мышление, что еще больше снижает риск рецидива или, что еще лучше, увеличивает шансы на сохранение поведения.

Если происходит откат назад, терапевт нормализует ситуацию: прогресс часто означает три шага вперед и один-два — назад (и было бы стыдно отказаться даже от одного шага). Позитивное отношение к неудаче приветствуется; в конце концов, это же возможность попрактиковаться и снова встать на ноги.

Кроме того, не всегда необходимо заикливаться на причине рецидива и его последствиях. Терапевтам было бы полезно поделиться своими знаниями с клиентами, показав, что они понимают, насколько неприятен рецидив. После этого нужно изучить, как клиентам удавалось вернуться на правильный путь после рецидива в прошлом. Совместными усилиями ищем нужный путь.

Можно справиться с рецидивом в более легкой манере. Терапевт спрашивает: “Что требуется для низкой оценки по шкале или как можно быстрее вернуться к исходной точке?” Это сразу указывает на неправильный подход и часто придает разговору легкий тон.

Объединяющие вопросы

Это эффективное средство заставить клиентов говорить о положительных различиях. Вот несколько вопросов, гарантирующих, что достигнутые результаты сохранятся.

- Что бы вам нужно было сделать, чтобы вернуться назад?
- Что следует сделать, чтобы предотвратить рецидив?
- Что нужно продолжать делать, чтобы убедиться: изменения продолжаются?

Мэтью Селекман [Selekman, 1993] предложил клиентам воспользоваться тем, что он назвал *воображаемым хрустальным шаром*, чтобы рассказать ему, какие изменения они видят в себе в будущем. Он выразил недоверие к психоаналитической гипотезе о *резком выздоровлении* клиентов, когда они прекращают лечение после быстрых изменений в начале терапии. Он считает, клиенты должны определить не только цель терапии, но и время ее окончания.

Как терапевт, ориентированный на решение проблем, я считаю, что моя работа заключается не в том, чтобы лечить людей, а в том, чтобы помогать им пережить больше приятных ситуаций. Если клиенты звонят, чтобы отменить запланированные встречи, поскольку чувствуют, что на данный момент дела идут лучше, я всегда даю им знать, что мои двери открыты, и, если нужно, они могут смело звонить [Selekman, 1993, p. 156].

Когда клиенты возвращаются к терапии, полезный вопрос таков: “Как вам удалось обходиться без нее так долго?”

Многие терапевты ставят перед собой цели гораздо выше, чем большинство клиентов. Если бы терапевты ориентировались на цели клиентов, лечение стало бы более коротким и, вероятно, более успешным. В терапии, ориентированной на решение проблем, принято назначать несколько сеансов для профилактики рецидивов. Часто кажется, что они нужны для спокойствия терапевтов, а не для нужд клиента.

Основной критерий изменений в поведении отличается от критериев его сохранения. Решения, касающиеся поведения, зависят от благоприятных ожиданий относительно будущих результатов. Это можно концептуализировать как систему саморегулирования, согласованную с целью продвижения, когда прогресс определяется тем, насколько текущее состояние приблизилось к желаемому. Решения относительно поддержания поведения зависят от *предполагаемой удовлетворенности полученными результатами*. Это может быть концептуализировано как система саморегулирования, согласованная с целью избегания, когда прогресс определяется устойчивым расхождением между текущим

и нежелательным исходным состоянием. Другое исследование [Ross & Wilson, 2002] показало, что поддержать личностные изменения можно с помощью воспоминания о себе прежнем до изменения, с точки зрения *стороннего наблюдателя* (см. главу 7). Большие перемены — когда люди видят ситуацию со стороны — приводят к большей удовлетворенности своими усилиями на данный момент, и, следовательно, им легче активировать ресурсы, необходимые для поддержания своих усилий. Отдаление от негативного прошлого образа себя и приближение к позитивному прошлому образу себя психологически связано с благополучием. Как всегда, спрашиваем.

- Как удалось добиться долговременных изменений в других сферах жизни? Какая из стратегий могла бы быть полезна сейчас?
- Насколько вы удовлетворены позитивными изменениями по шкале от 10 до 0?
- Как изменится ваше состояние, если подниметесь на одну отметку выше?
- Что сделать, чтобы подняться на один балл выше по шкале?
- Спрогнозируйте, каким будет завтрашний день, и в конце этого дня найдите объяснение, почему все сложилось именно так, как есть. Если предсказание сбылось, спросите себя, как вы узнали об этом. Если предсказание оказалось ошибочным, то как же так вышло?
- Обратитесь за поддержкой к людям, которые помогут вам в поддержании этих изменений. Кого выберете? Как будете держать их в курсе? Как отблагодарите за помощь?
- Представьте себя наблюдателем. Если оглянетесь на свое прошлое “я” до изменений, что заметите? Что стало лучше?

Упражнение 92. ПЯТЬДЕСЯТ СПОСОБОВ СОХРАНИТЬ ПОЗИТИВНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ

Проинструктируйте клиентов.

- Подумайте о пятидесяти *веских причинах* для сохранения позитивных изменений.
- Подумайте о пятидесяти *способах* сохранить эти позитивные сдвиги.
- Подумайте о пятидесяти *положительных последствиях* этих перемен (для себя и других).

Клиентка тяжело вздыхает и говорит: “Я не знаю, смогу ли успевать за всем, что происходит в моей жизни”. Терапевт предлагает записать пятьдесят способов, как она справляется прямо сейчас. “Вы имели в виду пять способов?” — устало спрашивает клиентка. “Нет, не пять, я имею в виду пятьдесят способов, — отвечает терапевт. — Хотели бы вы начать здесь или предпочтете выполнить задание дома?” Клиентка недоверчиво смотрит на специалиста, но все равно приступает к работе. Поскольку она с легкостью видит, что уже эффективно для нее (ложиться спать пораньше раз в неделю, по очереди с сестрой возить детей на спортивные занятия и т.п.), ее поза меняется. Во время сеанса ей удается найти сорок три способа, и когда она уходит, то совершенно уверена, что сможет найти и остальные семь. Описывая задание, она заявляет: “Я увидела, что вопрос не в том, смогу ли я за всем поспевать, а в том, как я могу это сделать”.

Застой и неудача

Как объяснялось в главе 3, отсеивается проблемой. Среднестатистический клиент после лечения пребывает в лучшем состоянии, чем 80% людей, не посещавших терапию [Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010]. Большинство клиентов чувствуют позитивные результаты, но все же остаются и те, кто не получили никакой выгоды. Иногда люди возвращаются и говорят, что дела идут хуже, а не лучше, или что ничего не изменилось. Это шокирует как терапевтов, так и самих клиентов, особенно когда все усердно работали на терапии. Сообщать о неудачах стыдно и неловко. Как сохранить лицо, описано ниже.

Еще один повод для беспокойства — непостоянство терапевтов. Некоторые специалисты гораздо лучше добиваются положительных результатов, чем другие. На самом деле эффективность психолога колеблется от 20 до 70%. Более того, даже очень эффективным клиницистам, по-видимому, редко удается предвидеть, что у клиента дела ухудшатся [Duncan, 2010].

Клиенты и терапевты часто готовы принять отсутствие проблемы как достаточно хорошую цель, но отсутствие проблемы никогда не может быть доказано, и, следовательно, никто в терапевтическом процессе не может знать, добились ли они чего-то [De Shazer, 1994]. До тех пор пока параметры не будут четко установлены заранее, даже наличия положительных изменений недостаточно, чтобы доказать отсутствие проблемы.

Поэтому вопросы типа “На что вы больше всего надеетесь?” и “Что это изменит?” считаются необходимыми для определения четких целей в терапии.

Некоторые неудачи связаны с трудностями перехода от разговора, ориентированного на решение проблем, к разговору о краткосрочной терапии. Здесь никто не виноват; тут неправы все! Когда это происходит, чаще всего терапевты не в состоянии помочь клиентам увидеть исключения из проблемы как различия, которые могут иметь значение, т.е. как предпосылки для достижения целей клиентов.

Специалист тоже иногда оказывается причиной неудач. Есть такая техника — *ментальное противопоставление* при постановке целей [Oettingen, 1999; Oettingen et al., 2000] (см. главу 5). Это путь, основанный на ожиданиях, когда человек ментально противопоставляет фантазии о желаемом будущем негативным аспектам как препятствиям нынешней реальности, подчеркивая необходимость изменения негативной нынешней реальности ради желаемого будущего. С необходимостью действовать активизируется ожидание успеха, которое предвосхищает достижение цели. Изменение этого порядка (т.е. обратное ментальное противопоставление) путем сначала проработки негативной реальности, а затем желаемого будущего — свойственно традиционной терапии — не приводит к достижению цели, соответствующей ожиданиям успеха [Oettingen et al., 2001].

Пути к невозможному

В литературе описаны четыре пути к невозможному [Duncan et al., 1997]. Первый заключается в *ожидании невозможного*, как будто это есть в клиенте с самого начала. В хорошо известном эксперименте психолог Дэвид Розенхан [Rosenhan, 1973] набрал и обучил группу коллег с целью проверить психиатрическую госпитализацию. Они должны были изображать слуховые галлюцинации, чтобы быть госпитализированными. Клиницисты диагностировали у псевдопациентов психическое заболевание и госпитализировали их на срок от 7 до 52 дней. Во время госпитализации у псевдопациентов не было никаких признаков психоза, но первоначальный диагноз оставался в силе. Розенхан также продемонстрировал, как первоначальные ожидания клиницистов послужили подтверждающими предубеждениями. В одном случае персонал взял правдивую информацию, предоставленную псевдопациентом, и привел ее в соответствие с

преобладающими теоретическими представлениями о шизофрении. Следовательно, ожидание терапевтами невозможного, вероятно, исказит новую информацию, чтобы она соответствовала их ожиданиям.

Второй путь — это *традиции и условности терапевтов*. Терапевты часто стремятся подтвердить свою теорию с каждым клиентом, иногда слишком усердно.

У клиентов есть свои теории о жизни и проблемах, и когда терапевт игнорирует или отвергает их точку зрения, сопротивление предсказуемо. Для терапевта вид, чувства и действия клиента становятся невозможными; на клиентов же терапевт производит впечатление безразличного или незаинтересованного человека. Терапия превращается из полезных отношений в столкновение культур, где нет победителя. Ответом может стать терапия, ориентированная на клиента и результат.

Третий путь — это *упорство в подходе, который не работает*. Неуправляемые, т.е. хронические, проблемы не могут быть объяснены лишь врожденными чертами клиентов. Скорее всего, негибкий или неразрешимый характер проблемы возникает в самих усилиях по ее решению [Watzlawick et al., 1974]. Для того чтобы трудность превратилась в проблему, необходимы только два условия:

- 1) с трудностью обращаются неправильно, а принятые решения не работают;
- 2) когда трудность оказывается непреодолимой, применяется еще больше неэффективных стратегий, и все становится еще хуже.

По порочной нисходящей спирали первоначальная трудность превращается в тупик, темный и глухой.

Иногда кажется, что настойчивость в итоге одержит верх, даже когда все факты свидетельствуют о неэффективности стратегии. Все теоретические модели и стратегии по своей сути ограничены и при многократном применении ведут к невозможному. Когда после третьего сеанса улучшения не наступает, с 75%-ной вероятностью терапия закончится провалом. Этот показатель увеличивается до 90%, когда после шестого сеанса улучшений не наступает [Wampold, 2001]. Лечение должно быть кратким, когда на ранних сеансах достигнут незначительный прогресс или его вообще нет [Lambert et al., 2002]. Терапия не должна использоваться только для того, чтобы поддерживать клиентов. Однако до тех пор, пока есть признаки прогресса и интерес идти дальше, ее следует продлевать.

Исследование показало, что отсев можно предсказать по переменным процесса лечения, а не по переменным клиента [Piper et al., 1999]. Другими словами, только то, что происходило на сеансах, могло пролить свет на то, вернется ли клиент, а не на то, кем был клиент или что он привнес в процесс. Шкала оценки результатов и шкала оценки сеанса — отличные инструменты для измерения желаемого прогресса и изменений.

Четвертый и последний путь — *пренебрежение мотивацией клиента*. Не существуют немотивированных клиентов. Можно не разделять идей и целей своих терапевтов, но свои причины для мотивации находятся всегда. Непродуктивная терапия может быть вызвана неправильным пониманием или упущением из виду желаний клиентов, неправильным пониманием готовности клиентов к переменам или преследованием личной мотивации. Исследования показали, что важнейший результат процесса терапии — качество участия клиентов в позитивном альянсе (см. главу 4). Мотивация не только к посещению кабинета терапевта, но и к достижению собственных целей должна быть понята, уважаема и активно вовлечена в терапию. Делать меньше или навязывать что-то, исходя из личных предпочтений и теорий терапевта, — невозможно.

Успешные люди анализируют детали своей работы, определяя конкретные действия и альтернативные стратегии для достижения целей. В то время как неуспешные приписывают неудачу внешним, неконтролируемым факторам (“У меня просто был плохой день”). Эксперты точно знают, что они сделали, и чаще ссылаются на контролируемые факторы (“Я должен был сделать это, а не то”). Среднестатистические терапевты гораздо чаще тратят время на гипотезы о неудачных стратегиях — возможно, полагая, что понимание причин, по которым тот или иной подход не сработал, приведет к лучшим результатам, — и меньше времени тратят на размышления о стратегиях, которые могли бы быть более эффективными. Когда кажется, что прогресса нет, терапевт спрашивает себя следующее [Walter & Peller, 1992].

- Клиент хочет измениться (например, существуют ли отношения с потребителем терапии)?
- Какова цель клиента?
- У клиента есть цель, а не желание? Четко ли определена цель? Клиент контролирует ее?
- Не хотим ли мы с клиентом слишком многого и слишком быстро? Ищите меньшие изменения.

- Клиент выполняет домашнюю работу? Ищите материал для обдумывания, а не задачу, ориентированную на конкретные действия.
- Если все вышеперечисленное сделано, нужно ли что-нибудь еще? Иногда мы стоим слишком близко к дереву, чтобы увидеть лес, и не распознаем неэффективную схему. Возможно, время обратиться за помощью к коллегам.

Пример 29. Тупик

Мистер и миссис Браун сидят в кабинете психолога. Мистер Браун говорит: “Я не думаю, что этот курс будет успешным; прежний терапевт не очень-то нам помог. Мы действительно составили план, как изменить наши отношения, но дело так и не сдвинулось с мертвой точки. Споры между нами стало только больше”. Терапевт (чрезмерно оптимистичный) игнорирует это замечание, и вскоре терапия заходит в тупик.

Терапевту было бы лучше подтвердить сомнения мистера Брауна, признав их и задав пару вопросов по шкале относительно уверенности, надежды и мотивации: “Предположим, у вас было бы немного больше надежды, что бы это изменило?” или “Как, несмотря на предыдущий опыт, вы все же пришли сюда, в мой кабинет, сегодня?”

“Да, но...” и “Да, и...”

Выражение *да, но...* часто используется для обозначения того, что кто-то не согласен с другим человеком. Когда это говорят клиенты, их терапевты часто интерпретируют это как форму сопротивления: “Конечно, вы правы, но...” или “Да, но я вижу это по-другому...” Высказывание типа *да, но...*, исключающее или отвергающее то, что ему предшествовало, часто воспринимается как уничижительное и предполагает, что первый вопрос подчинен второму. Разговор иссякает. Вскоре начинается дискуссия исключительно вокруг того, кто прав. *Да, но* на самом деле — косвенная форма *нет*.

Потому желательно использовать выражение *да, и...*, чтобы расширить и учесть то, что ему предшествовало, создав новые возможности и значительно улучшив сотрудничество. *Да, но...*, исключает позиции других; с помощью *да, и...* они дополняют друг друга (табл. 9.1). Альянс с клиентами, которые часто используют *да, но...*, напоминает отношения с заявителем. Для терапевтов также полезно попрактиковаться говорить *да, и...* вместо *да, но...* клиентам и коллегам.

Таблица 9.1. Различия между да, и... и да, но...

Да, но...	Да, и...
В выражении исключено или отвержено то, что ему предшествует	В выражении расширено и учтено то, что ему предшествует
Отрицается, обесценивается или отменяется то, что ему предшествует	Признается то, что ему предшествует
Часто воспринимается как уничижительное	Часто воспринимается как нейтральное или позитивное
Предполагается, что первый вопрос подчинен второму	Предполагается, что существуют два равноправных вопроса, требующих решения

Пример 30. Ухудшение состояния клиента

Следует ли ожидать, что клиентам станет хуже, прежде чем они поправятся? Конечно, нет! Значительный объем клинических исследований сосредоточен вокруг идеи о том, что для улучшений состояние клиента ухудшится. Это редко ведет к выздоровлению и, по сути, предвещает окончательный отрицательный результат. Эта идея позволяет терапевтам в некоторой степени игнорировать ухудшение состояния клиента [Lambert & Ogles, 2004].

Сохранить лицо

Чувствуя себя подавленными и в тупике, клиенты склонны воспринимать свои проблемы как неразрешимые [Duncan et al., 2010]. Пролить свет может помощь извне. Одновременно это означает неспособность решить проблему самостоятельно. На самом деле острое чувство неудачи может повлиять на самооценку. В этих обстоятельствах поход к психологу может стать лишь еще одним неприятным напоминанием о том, как плохо мы справляемся со своими трудностями. К обиде добавляется унижение. Если затем терапевты предполагают или подразумевают, что точка зрения клиента неверна, или каким-то образом обесценивают клиента, начинается *сопротивление*. В конце концов, даже если вы еще не разуверились окончательно, кто хочет, чтобы ему напоминали о неудаче, критиковали, осуждали или подчиняли? То, что мы привыкли называть сопротивлением, иногда отражает попытку клиентов сохранить небольшую толику самоуважения. Так в некоторых случаях ничего не поделаешь просто потому, что лечение не позволяет клиентам *сохранить лицо*, или *сохранить*

достоинство. Вероятно, искусство терапии заключается в том, чтобы помочь клиентам достойно избавиться от своих симптомов. Желание измениться и естественная склонность защищать себя сосуществуют, если перемены (к худшему или к лучшему) ставят под угрозу личное достоинство [Rossi, 1980].

Упражнение 93. ПОХВАЛА В ОТНОШЕНИЯХ С ЗАЯВИТЕЛЕМ

Во время сеансов продолжайте обращать внимание на то, что меняется лучше или происходит по-другому и как клиенты этого добиваются. Особенно в контексте отношений с заявителем похвалите клиента как минимум три раза на каждом сеансе и задавайте вопросы о его успехах, например: “Как вы это сделали?”, “Как вам удалось?”, “Как вы решились?” и т.п. Обратите внимание, какое значение это имеет для клиентов и для вас как терапевта.

История 32. Убыток в десять миллионов долларов

Топ-менеджер IBM потерял 10 млн долл. и был вызван в кабинет начальника. Менеджер: “Полагаю, вы меня уволите”. Начальник (удивленно): “Конечно, нет. Я ведь только что потратил десять миллионов на ваше обучение” [Heath & Heath, 2010, p. 173].

Промежуточные сеансы

Количество сеансов в курсе терапии не ограничено. Сеансы прекращаются, если клиенты достигают своей цели (в достаточной степени). После второго сеанса интервал между сеансами обычно увеличивается. Одна неделя между первым и вторым сеансом — это, как правило, хороший промежуток времени (но по желанию клиентов он может быть больше или меньше). Традиционные модели терапии обычно состоят из одного или нескольких регулярных сеансов каждую неделю или каждые две недели. Однако при подходе, описанном в этой книге, каждое занятие планируется в соответствии с:

- временем, необходимым для выполнения какого-либо домашнего задания;
- надежностью решений;
- независимостью от терапии;
- ответственностью клиента за терапию.

Для некоторых домашних заданий требуется больше времени. Интервал между сессиями — это время для обдумывания решений и выработки отношения к неудачам. Интервал между сеансами в течение более длительных периодов времени, от двух до трех-шести недель, — шанс укрепиться в надежности решений, поскольку в противном случае некоторые люди подумали бы, что изменения в них самих зависят от терапии и что их терапевты ответственны за эти изменения. Интервал между сеансами определяется клиентами, а не терапевтами, которые задают вопросы типа: “Думаете, нужно запланировать еще один сеанс?” И если да, то: “Когда бы вы хотели вернуться?” Клиенты несут ответственность за терапию и вместе со специалистом определяют количество времени для домашних заданий и промежутков времени между текущим и последующим сеансом, исходя из уверенности в своих силах и решениях.

Завершение терапии

Если терапевты принимают заявление клиентов о проблеме в начале лечения, то по той же логике нужно принимать заявление клиентов о том, что они достаточно преуспели, и это причина для прекращения лечения [De Shazer, 1991]. В принципе, каждый сеанс рассматривается как последний, и даже одного сеанса может быть достаточно, если цель клиента стала ясна. Чтобы прояснить цель, во время сеанса (сеансов) клиент и терапевт должны обращать внимание на следующее.

- Намеки на исключения и зачатки предпочтительного будущего (цели), указывающие на желаемые изменения.
- Видение и описание новой жизни клиента.
- Подтверждение перемен и действительного начала новой жизни клиента.

Вопреки тому, что происходит в большинстве традиционных видов терапии, обсуждение вопроса о прекращении контакта клиентов с терапевтами происходит сразу же после начала терапии. Это видно из вопросов к клиентам о формулировании целей: “Что должно измениться в вашей жизни, чтобы вы могли сказать, что сеансы имели смысл? Что укажет вам на то, что все хорошо и больше не нужно приходить сюда?” То, что терапевты хотят услышать, — описание клиентом успешного результата в позитивной, конкретной и измеримой форме. Описание предпочтительной

будущей ситуации — большой шаг: “Что из ваших действий скажет мне, что именно такая ситуация для вас приемлема?”

Обсуждение желаемого результата с самого начала сеансов вселяет в клиентов оптимизм и надежду на то, что их проблема может быть решена (в достаточной степени). Терапевты должны выделять достаточное количество времени на формулирование цели: когда цель сформулирована четко, это уже половина работы.

Еще момент, когда сеансы можно прекратить, определяется с помощью шкалы. Клиентов спрашивают, на какой отметке им нужно быть, чтобы больше не приходить на терапию. Опыт показывает, что большинство клиентов довольны цифрой семь или восемь, и им не нужно девять или десять, прежде чем закончить лечение. Иногда достаточно и более низкой отметки, если человек уверен в том, что сможет самостоятельно дойти до той точки, где он хотел бы оказаться в конечном итоге. В любом случае должно быть ясно, что клиенты сами, в тесном взаимодействии со специалистом, решают, когда завершать терапию.

Празднование успеха

В начале терапии мы иногда уже начинаем спрашивать, как клиенты хотели бы отпраздновать достижение своей цели. Дети, в частности, очень хорошо реагируют на такое начало. На последнем сеансе этот вопрос звучит снова. Вот некоторые предложения по празднованию успеха.

- Как клиенты будут праздновать свою победу над проблемой?
- Кого пригласят на свою вечеринку в честь победы?
- Что клиенты скажут в речи, которую произнесут на вечеринке?
- Пусть каждый член семьи сделает комплимент другим членам семьи.
- Создаем сертификат успеха.
- Пишем клиентам письмо с изложением их цели, шагов, которые они предприняли для достижения этой цели, и своих успехов, а также хвалим клиентов.
- Клиенты рисуют ситуацию в начале терапии и еще одну ситуацию — в конце. Спрашиваем их, хотели бы они сохранить рисунок начала терапии или, например, в качестве ритуала сжечь его.
- Клиенты создают буклет “Рецепты успеха”, где описывают, как добились успеха в жизни.

- Клиенты празднуют завершение терапии тортом, цветами и закусками.
- Даем клиентам *переходный объект*, например камешек, талисман или “волшебную палочку”. Клиенты могут выбрать один такой объект из небольшого ассортимента.
- Просим выбрать символ победы над проблемой, который можно нарисовать или изготовить.
- Терапевты или клиенты изготавливают небольшую табличку с изречением или девизом, символизирующим успех клиентов.
- Дарим клиентам кружку, на одной стороне которой написано: “Прекратите то, что не работает, сделайте что-нибудь другое”, а на другой — “Продолжайте делать то, что работает”.
- Клиенты придумывают волшебное заклинание, гарантирующее, что дела и дальше будут идти хорошо.
- Просим сформулировать самый важный совет для следующего клиента с той же проблемой.
- Просим разрешения проконсультироваться с клиентами в качестве экспертов, если окажемся в затруднении во время аналогичного случая.
- Спрашиваем, что должны были бы сделать клиенты, чтобы гарантировать, что все будет плохо снова (профилактика рецидива).
- Пусть клиенты расскажут, что самое важное они узнали о себе. Что нужно запомнить?
- Спрашиваем клиентов, чего они достигнут за один год (пять лет, десять лет), если продолжат двигаться в правильном направлении.
- Назначаем повторный прием, чтобы клиенты могли прийти и рассказать, что идет хорошо, а что стало еще лучше.

Упражнение 94. СЕРТИФИКАТ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО УСПЕХА

Иногда терапевты к концу лечения выдают клиентам сертификаты о посттравматическом успехе, обозначая достижения и новые навыки людей. Пример такого сертификата приведен в приложении И.

Размышления о сеансе

Успешная терапия, застой или неудача — любой случай будет предметом размышлений терапевта: “Что было эффективно на этих сеансах, и что я буду делать снова в следующий раз в аналогичной ситуации? Что не сработало, и что я сделаю по-другому в следующий раз в аналогичной ситуации?” Все это можно делать в одиночку или совместно с коллегами [Bannink, 2012b].

Осмыслить свой вклад в проведение сеанса, а также развить навыки можно через следующие вопросы.

- Предположим, я снова проведу такой сеанс. Что бы я сделал по-другому в следующий раз?
- Что моему клиенту хотелось бы, чтобы я делал по-другому?
- Что это изменит для него?
- Что изменится для меня?
- Предположим, что в будущем я проведу сеансы с клиентом с подобными проблемами. Какие вмешательства я бы использовал снова, а какие нет?
- Насколько, как мне кажется, клиент удовлетворен моей работой (по шкале от 10 до 0)?
- Что мой клиент думает о том, как мне удалось достичь до этой отметки?
- Что изменилось бы в терапии для моего клиента, если бы я был на один балл выше по шкале?
- Насколько я удовлетворен своей работой (по шкале от 10 до 0)?
- Как удалось достичь до этого?
- Как все будет, если я поднимусь на один пункт по шкале?
- Как это повлияет на мои методы?
- Какие положительные аспекты этого лечения выделяются?
- Какую полезную информацию я получил от клиента?
- За какие из сильных сторон, способностей и особенностей моего клиента я могу похвалить его?
- Чего хочет достичь клиент, встречаясь со мной?
- Какие сильные стороны и умения может использовать мой клиент, разбираясь с проблемой, приведшей его сюда?

- Какие сильные стороны и ресурсы я не смог задействовать в полной мере?
- Какие ресурсы из окружения клиента полезны ему? Какие ресурсы уже доступны?
- Что я вижу в этом клиенте (этих партнерах, этой семье, этой команде), что подтверждает мою веру в то, что он сумеет достичь своей цели?

Если не было прогресса, есть отдельные вопросы [Berg & Steiner, 2003].

- Если бы я спросил своего клиента, как моя работа помогла ему, пусть даже совсем немного, как бы он ответил?
- Что мой клиент считает признаком успешного исхода?
- Насколько реалистичен такой результат?
- Что я сам считаю признаком успеха?
- Если мои взгляды и взгляды моего клиента расходятся, что нужно сделать, чтобы суметь работать над одной и той же целью?
- Где, по словам моего клиента, он находится прямо сейчас по шкале от 10 до 0?
- Что должно произойти, чтобы мой клиент поднялся по шкале хотя бы на один пункт?

На втором и последующих сеансах терапевты так же непредвзято реагируют, чтобы внимательно отслеживать свое клиническое мышление и терапевтические действия с каждым клиентом. Сеанс через несколько месяцев после окончания лечения может содержать информацию не только о текущей ситуации клиента, но и о том, что сработало и что стало лучше со времени последней встречи. Более того, клиенты, как правило, воспринимают это общение как проявление заботы со стороны специалиста. Зачастую оно происходит в приятной атмосфере лично, по телефону или электронной почте.

Обычное измерение результатов

Среднестатистический клиент, прошедший терапию, чувствует себя лучше, чем примерно 80% выборки людей, оставшихся без помощи [Duncan et al., 2010]. Многие явно преуспевают после терапии, но остаются и те, кто не почувствовал позитивных изменений. Еще одна преграда — непостоянство терапевтов. Не всем специалистам удастся добиться поло-

жительного результата. Как уже отмечалось, эффективность психолога варьировалась от 20 до 70%. Более того, даже очень эффективные клиницисты часто не могут разглядеть, когда у клиента все становится плохо [Duncan, 2010]. Было обнаружено, что, хотя терапевты знали цель, имели показатели результатов и были проинформированы о том, что базовый показатель равен приблизительно 8%, они точно предсказали ухудшение только в одном случае из 550 [Hanna et al., 2005]. Другими словами, терапевты не выявили 39 из 40 клиентов, состояние которых ухудшилось! Среди прочего, эксперты обычно переоценивали свою эффективность; только около 3% терапевтов регулярно отслеживали свои результаты.

История 33. Блестящие озарения

В 1960-х Пауль Вацлавик [Watzlawick, 1976] экспериментировал с природой обратной связи и ее влиянием на человеческую деятельность. Двум участникам показали изображения здоровых и больных клеток. Ни один человек не мог видеть другого, и каждому было дано задание различать клетки методом проб и ошибок. Обратная связь состояла из огоньков, указывающих "правильно" или "неправильно".

В эксперименте была одна загвоздка, о которой участники не подозревали. Один из них получил точную обратную связь. Когда огонек показывал, что участник сделал правильный выбор, он действительно угадывал правильно. Обратная связь для второго участника была основана на предположениях первого участника. Этому человеку сказали, что он был прав, если другой человек угадал правильно, и неправ, если другой был неправ. К концу эксперимента первый участник научился отличать здоровые клетки от больных с вероятностью 80% точности; второй продолжал угадывать с вероятностью не выше примерной.

Обратная связь оказала интересное влияние на теории участников. Участник, получивший точную обратную связь, закончил простым, конкретным объяснением. Второй разработал сложную, уточненную и тщательно продуманную теорию. Нечто более тревожное произошло, когда два участника поделились друг с другом своими теориями. Вопреки ожиданиям первый участник был впечатлен сложными, загадочными и в итоге ненадежными теоретическими формулировками коллеги. Второй отверг статистически точную теорию первого как наивную и упрощенную. В последующих повторных тестах, в ходе которых оба участника получили точную обратную связь о своих догадках, второй продолжал угадывать с вероятностью немногим выше примерной. Однако результаты первого участника, который теперь пытался применить на практике некоторые из блестящих идей коллеги, значительно ухудшились!

Ответ на эти проблемы — обратная связь. Это компас для успешного поиска уникального пути клиента к изменениям, *доказательства, основанные на практике*: поиск того, что сработает. Терапия должна быть путешествием, ориентированным на открытие и подкрепленным обратной связью как способом справляться с неопределенностью [Duncan, 2010]. Необходим постоянный мониторинг прогресса клиента и корректировка лечения по мере необходимости.

Обратная связь от клиентов важна и способствует успеху. Терапевтам нужно заранее знать, не какой подход использовать для данного диагноза, а подходят ли текущие отношения и приносят ли они пользу. Если нет, их следует адаптировать достаточно рано, чтобы максимально увеличить шансы на успех [Duncan et al., 2004].

Добавим к этому важность преобразования убеждений как терапевтов, так и клиентов, чтобы охватить возможность изменений, тем самым отвлекая внимание от убеждения невозможности изменений и от идей, которые лишают силы и искажают видение особенностей клиента (см. главу 7) [O'Hanlon & Rowan, 2003].

В традиционных методах оценка прогресса обычно проводится только в конце терапии — если она вообще имеет место. Прогресс измеряется уменьшением числа проблем, и обычно именно терапевт решает, когда прекратить терапию. Но мониторинг результатов от встречи к встрече важен. Прогресс измеряется не только победой над нежелательной ситуацией, но и созданием предпочтительных обстоятельств. Шкала оценки результатов (Outcome Rating Scale, ORS) и шкала оценки сеанса (Session Rating Scale, SRS) — средства обратной связи с клиентами.

Терапевты часто считают улучшение состояния клиента наиболее важным результатом терапии и предполагают, что тот разделяет эту точку зрения [Kuyken et al., 2009]. Однако большой опрос людей, получающих услуги в области психического здоровья, показал, что наиболее важные результаты для клиентов:

- 1) развитие положительных качеств психического здоровья, таких как оптимизм и уверенность в себе;
- 2) возвращение к обычному состоянию;
- 3) возвращение к обычному уровню функционирования;
- 4) облегчение симптомов [Zimmerman et al., 2006].

В продолжающейся дискуссии в психотерапии между теми, кто рекомендует методы лечения, подтвержденные эмпирическим путем, и теми, кто подчеркивает важность общих факторов (аспектов терапии, присутствующих в большинстве, если не во всех подходах), мониторинг результатов в итоге может стать общим знаменателем для обоих лагерей.

Терапия, ориентированная на клиента и результат

Исследователи собрали данные за сорок лет исследований результатов в психотерапии, убедительно доказав привилегированную роль клиента в процессе изменений [Miller, Hubble, & Duncan, 1996]. Клиенты — не терапевты — движут терапию. В результате все должно быть организовано с учетом ресурсов, восприятия, опыта и идей клиента. Не должно быть никаких априорных предположений о проблемах или решениях, никаких универсальных вопросов, никакой неизменной методологии, якобы предвосхищающей успех. Скорее всего, терапевтам нужно только получать указания от клиентов, следуя их примеру; перенимая их язык, мировоззрение, цели и идеи по поводу проблемы; и осознавая их опыт и склонности к процессу изменений. Самый мощный фактор успешного исхода — клиент и его способность меняться — остается за рамками медицинской модели, характерной для традиционной терапии. Однако дирижировать все равно должны клиенты, а не терапевты.

Традиционно эффективность лечения оставлялась на усмотрение врача. Но доказательством эффективности может служить восприятие и опыт клиента как полноправного участника терапевтического процесса.

В теории изменений клиента есть способы свести воедино многие аспекты терапии. Доверие к теории изменений клиента требует целенаправленных усилий по проведению терапии в контексте уникальных идей и обстоятельств человека. Исследования показали, что все факторы модели и методики представляют собой не более 15% дисперсии результатов [Duncan, 2010]. Следовательно, сосредоточить внимание надо на теориях клиента. Изучение его идей имеет ряд преимуществ.

- Клиент оказывается в центре внимания в разговоре.
- Клиент вовлечен в процесс.
- Впечатления клиентов о профессионале гарантированно будут положительными.
- Беседа обретает структуру, а процесс изменений — направление.

Согласно исследованиям значение имеет клиент: его ресурсы, участие, оценка альянса, а также восприятие проблемы и путей ее решения. Техники эксперта полезны только в том случае, если клиенты считают их уместными и заслуживающими доверия. Если, например, согласно теории изменений клиента полезно поговорить о том, кто неправ и кто виноват, терапевты спрашивают следующее.

- По вашему мнению, чем это поможет?
- Как это окажет положительное влияние на ваше предпочтительное будущее?
- Как отношения с _____ улучшатся после этого?
- Как вы узнаете, что это будет полезно? Что должно измениться к лучшему при нашей следующей встрече, чтобы мы знали, что действительно ситуация улучшилась и нам следует делать больше?

Согласно общепринятой точке зрения компетентность порождает эффективность, если вообще не равнозначна ей. Поэтому необходимо непрерывное образование, чтобы терапевты были в курсе разработок, способствующих положительному результату терапии. Подавляющее большинство тренингов не включают в себя методы оценки эффективности подхода. Акцент делается на изучении навыков или техник определенного стиля терапии.

Но такой акцент на компетентности в сравнении с результатом снижает результативность. Исследования показали, что между уровнем опыта и эффективностью специалистов нет или почти нет связи [Clement, 1994]. Данные указывают на то, что увеличение опыта большинства специалистов может даже снизить их эффективность. Эксперты успешно провели различие между наименее и наиболее эффективными терапевтами (в зависимости от результата) [Hiatt & Hargrave, 1995]. Они обнаружили, что терапевты из группы с низкой эффективностью зачастую практиковали дольше, чем те, кто был в группе с высокой эффективностью. Неэффективные терапевты не осознавали своей неэффективности. Даже больше, они считали себя такими же эффективными, как и по-настоящему успешные терапевты, участвовавшие в исследовании.

Обратная связь — возможность для клиентов быть полноправными партнерами во всех аспектах терапии [Miller et al., 1997]. Оказаться в первом ряду и наблюдать за происходящим — означает повысить уверенность клиента в том, что положительный результат не за горами. Систе-

матическая оценка восприятия человеком прогресса важна для того, чтобы эксперты могли эмпирически адаптировать терапию к потребностям и характеристикам конкретной личности. Такой процесс хорошо согласуется с тем, как большинство терапевтов предпочитают думать о себе: что они отзывчивы и заинтересованы в результатах. Информирование о результатах не только усиливает голос клиента, но и являет наиболее жизнеспособный, проверенный исследованиями метод повышения эффективности: ресурсы и стойкость клиентов + их теории изменений + отзывы о пользе и преимуществах терапии = восприятие клиентом предпочтительных результатов.

Формирование культуры обратной связи

Помимо того что терапевты просят оценить прогресс во время сеансов, есть еще шкала оценки результатов (ORS) в начале каждого сеанса и шкала оценки сеанса (SRS) в конце каждого сеанса. В центре этой системы находится опросник результатов 45 (OQ 45), состоящий из 45 пунктов касательно функционирования клиента в трех измерениях (симптоматический дистресс, межличностное функционирование и социальная роль).

ORS — клинический инструмент общего результата, не имеющий конкретного содержания, кроме оценок того, насколько хорошо у клиентов обстоят дела в следующих сферах их жизни: “Личная жизнь”, “Отношения”, “Социальная жизнь” и “В целом”.

SRS, инструмент обратной связи, разделен на три области, которые, как показали десятилетия исследований, направлены на качество отношений, ведущих к изменениям:

- 1) отношения между терапевтом и клиентом (альянс);
- 2) цели и темы;
- 3) подход или метод.

Клиентов просят поставить отметку на каждой 10-сантиметровой линии, где слева указаны низкие оценки, а справа — высокие. Инструкции гласят следующее: “Пожалуйста, оцените сегодняшнюю встречу, поставив отметку в строке, которая наилучшим образом соответствует вашему опыту”.

Каждая линия разделена на 10 отрезков, а общая вероятность — на 40. С помощью линейки можно измерить отметку клиента на каждой линии, а затем эти отметки суммируются. Более высокие баллы (выше 30) отра-

жают больший потенциал к изменениям. Однако именно терапевт всегда спрашивает: “Что я (как терапевт) могу сделать по-другому в следующий раз, чтобы вы (как клиент) получили более высокие баллы по шкале?” Подробнее об ORS и SRS рассказывается в книге *On Becoming a Better Therapist* (Как стать лучшим терапевтом) [Duncan, 2010].

SRS — это инструмент взаимодействия; он открывает пространство для выражения мнения клиента в отношении альянса. Это способ начать беседу с клиентом, чтобы улучшить терапию, а небольшое снижение (на один балл) сигнализирует о том, что эксперту необходимо обсудить отношения с клиентом.

Важен мониторинг прогресса, значительно повышающий шансы на успех. “На самом деле вам не столько нужен идеальный подход, сколько нужно знать, работает ли ваш план, а если нет, то как быстро скорректировать свою стратегию, чтобы максимально увеличить возможность улучшения” [Duncan, 2005, р. 183]. Отсутствие быстрых улучшений может существенно снизить шансы достижения большой цели. Исследования показали, что если к третьему сеансу улучшения не наступает, то прогресс вряд ли наступит в течение всего курса лечения. Более того, люди, которым терапия не помогла к шестому сеансу, с большой вероятностью не получают никакой пользы, как бы долго она ни длилась. Диагноз и тип терапии не так важны для прогнозирования успеха, как понимание того, действительно ли лечение дает результаты. Клиенты, заявившие об отсутствии прогресса, по окончании терапии оказались в лучшем положении, чем 65% тех, чьи терапевты не получали никакой обратной связи от них. В первом случае терапевты знали, что следует менять подход. Так снижается возможность ухудшения состояния и в два раза больше шансов добиться клинически значимых изменений. Было показано, что ничто другое в истории психотерапии так не повышает эффективность [Duncan, 2005].

Супертерапевты

Очевидно, что не все психологи одинаково успешны. Если не все юристы преуспевают, не все художники создают шедевры, не все студенты учатся на отлично, точно так же не все психологи добиваются хороших результатов [Wampold, 2001]. Поэтому большинство из нас полагаются на компетентность и опыт профессионала, а не на его теоретическую подготовку.

Недавние исследования убедительно демонстрируют, что отличает высокоэффективных терапевтов (*супертерапевтов*) от других специалистов [Miller, Hubble, & Duncan, 2007]. Данные показывают, что клиенты лучших клиницистов добиваются по крайней мере на 50% лучших результатов и на 50% реже бросают лечение, чем те, кто посещают обычных терапевтов. Удивительно, но обучение, сертификация, супервизия, многолетний опыт и даже использование доказательных методов не способствуют производительности. Исследования, проведенные за последние тридцать лет, подтверждают, что показатели эффективности большинства психологов достигают плато на самом раннем этапе обучения, несмотря на тот факт, что большинство терапевтов рассчитывают развиваться со временем, по мере приобретения опыта.

Несмотря на исключительную роль психологов, из исследований ясно, что в наших знаниях имеются серьезные пробелы. Мы все еще удивительно мало знаем о переменных и качествах, присущих компетентному, эффективному “супертерапевту”, и о взаимодействии этих переменных с различными подходами в терапии. Еще меньше мы знаем о взаимодействии с клиентами или клиентских переменных.

Брюс Вамполд [Wampold, 2001] представил обзор исследований в области психотерапии. Одна глава в его книге посвящена *верности*: вера терапевтов заложена в их модель лечения. Вера в лечение и в эффективность этого лечения помогает клиентам измениться — важное качество компетентного терапевта. В противном случае результат оказывается под угрозой. Приверженность методу основана на идее о том, что если терапевты благосклонно относятся к лечению и испытывают положительные его эффекты, они будут проводить его более настойчиво, позитивно, основательно и компетентно.

Исследование влияния переменных характеристик терапевтов показывает, что компетентные, творческие, преданные своему делу эксперты чаще преодолевают различные ограничения относительно возраста, пола или цвета кожи [Beutler et al., 2004]. Существует устойчивая взаимосвязь между позитивным и дружелюбным отношением психологов и положительным результатом. Критическое и враждебное отношение дает противоположный эффект. Супертерапевты ищут, добиваются и поддерживают отношения с потребителем. Еще важно быть достаточно активным и прямым, чтобы гарантировать, что клиенты просто не повторяют дисфункциональные схемы, а сеансы устроены так, чтобы стимулировать клиентов.

Хорошие терапевты гораздо чаще *просят и получают отрицательные отзывы* о качестве своей работы и своем вкладе в альянс [Miller et al., 1997]. Лучшие клиницисты неизменно получают более низкие баллы по стандартизированным показателям альянса в начале терапии. Возможно, потому, что они более настойчивы или более уверены в себе, когда говорят клиентам, что им нужны честные ответы. Так они решают потенциальные проблемы в рабочих отношениях. Посредственные терапевты, напротив, обычно получают отрицательную обратную связь позже в процессе лечения, в то время как клиенты уже отстранились и думают прекратить терапию. Значит, супертерапевты особенно внимательны к риску отсева и неудачи лечения.

Большинство аспектов стиля терапевта сильно зависят от того, *приспособливается ли эксперт к предпочтениям, надеждам и характеристикам клиентов*. Следует давать меньше указаний, если клиенты не подчиняются, и скорректировать свой стиль, чтобы поддерживать умеренное возбуждение, потому что это способствует переменам. Таким образом, гибкость и налаживание взаимопонимания — важнейшие качества терапевтов. Конкретные реакции, влияющие на позитивность альянса, варьируются в зависимости от клиента. Хорошие терапевты чувствительны к реакциям людей, с которыми работают, и в ответ корректируют свои взаимодействия [Duncan et al., 2004].

Известно, что личность психолога и его взаимоотношения с клиентами — гораздо более важные факторы, определяющие результат сеансов, чем выбор методологии [Norcross, 2002; Wampold & Bhati, 2004]. Высокий уровень комфорта терапевтов от близости межличностных отношений, низкий уровень враждебности и значительная социальная поддержка стали предвестниками более высоких оценок клиентами альянса на ранних стадиях. Исследователи обнаружили, что опыт терапевта не позволяет предсказать силу какого-либо аспекта терапевтических отношений.

Подводя итог, можно сказать, что терапевты во многом связаны с переменами. В большинстве моделей центральное место занимает эксперт. То, как механизмы изменений работают в терапевтическом процессе, тоже зависит от эксперта. Исследование роли терапевтов потенциально применимо и к другим профессионалам [Bannink, 2010b].

Упражнение 95. СЕРТИФИКАТ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Составьте собственный *сертификат компетентности*. Ответьте на следующие вопросы или побеседуйте с коллегой, а затем поменяйтесь ролями.

- Кто меня вдохновляет?
- Кто меня подбадривает?
- Что они заметили во мне?
- Какими качествами я обладаю, по словам людей, с которыми работаю?
- Какими качествами я обладаю, по мнению моих лучших друзей?
- Что самое важное мне нужно всегда помнить?

“Легко и весело”

Если терапевты работают усерднее, чем их клиенты, если они считают терапию трудным занятием или если они никогда не смеются во время сессий, им следует остановиться и заняться чем-то другим, чтобы работа начала приносить удовольствие. Может быть, следует откинуться назад и начать задавать больше вопросов. Например: “Какой самый лучший вопрос я мог бы задать вам сейчас?” Возможно, терапевты хотят достичь цели даже больше, чем их клиенты, или, может быть, цель клиента еще не ясна. Возможно, отношения с клиентами сложились не так, как следовало бы, чтобы ожидать от них мотивации к переменам. Возможно, у них более высокая или иная цель, чем у их клиентов. Или же следует время от времени шутить или расспрашивать о сильных сторонах своих клиентов и их ресурсах. Если терапевты, ориентированные на решение проблем, слишком устают и испытывают стресс в конце рабочего дня, чтобы заниматься чем-то веселым, в то время как их клиенты все еще могут это делать, то подход на основе сильных сторон и решений — хорошая альтернатива. Ответственность за надежный альянс лежит не только на клиентах, но и в равной степени на терапевтах. Если прогресса не наблюдается, спрашиваем себя следующее.

- Если бы я спросил клиента, чем я помог ему до сих пор, даже совсем немного, что бы он ответил?
- В чем мой клиент видит признак (признаки) успеха?
- Насколько реалистичен этот результат?
- В чем я вижу признак (признаки) успеха?

- Если мои идеи расходятся с идеями клиента, что нужно сделать, чтобы я мог разделить его представления о цели?
- Как мой клиент оценил бы себя по шкале от 10 до 0 сейчас?
- Что должно произойти, чтобы он смог набрать лучший балл?
- Насколько велика мотивация, надежда или уверенность у меня как у психолога в том, что эта терапия будет успешной? Предположим, что у меня было бы больше мотивации, надежды или уверенности, что бы я делал по-другому? Что это изменило бы для моих клиентов? Как бы они отреагировали?

Если терапевты больше не мотивированы, не уверены в себе или не надеются на то, что смогут привести клиентов к желаемому будущему, им следует найти способ восстановить мотивацию, уверенность или надежду. Если терапевты сами находятся в отношениях заявителя с клиентом (они раздражены или обескуражены отсутствием прогресса и считают, что сначала клиент должен что-то сделать) и если у них больше нет мотивации восстанавливать позитивный альянс, желательно прекратить терапию и направить клиента к другому эксперту.

Пример 31. Три комплимента

Поскольку клиент до сих пор практически не продвинулся вперед, терапевт начинает чувствовать раздражение. Он усердно работает, в то время как клиент говорит *Да, но...* почти на все объяснения и советы. Поскольку клиент не мотивирован меняться, психолог не хочет продолжать усердно работать с ним.

Вместо этого он планирует сделать клиенту как минимум три комплимента на следующих сеансах. Это означает, что он действительно должен внимательно следить за тем, что клиент делает хорошо, чтобы понять, где его можно похвалить. Сфокусировавшись на сильных сторонах и на том, что работает, терапевту было легко трижды похвалить клиента. Как бонус альянс улучшается, в результате чего клиент добивается некоторого прогресса.

В следующей главе рассмотрим посттравматический успех у детей. Вопреки распространенному мнению дети, получившие травму, необязательно вырастают эмоционально нездоровыми. Идея о том, что события юности определяет будущее, слишком упрощена. Как всегда, опираясь на сильные стороны и ресурсы, терапевты помогают детям воплощать собственные позитивные прогнозы.

Резюме

- Цель последующих встреч — изучить, что улучшилось, и выяснить, была ли полезна предыдущая беседа.
- Прогресс в терапии измеряется через вопрос “Что стало лучше?” Конкретные стратегии полезны для каждой из четырех возможных схем реагирования.
- Возможно, лучше сосредоточиться на *поддержании поведения*, чем на *профилактике рецидива*. Пригодятся объединяющие вопросы и установка на рост.
- В терапии существует несколько “путей к невозможному”.
- Важно позволить клиентам сохранить лицо и соответствующим образом распределить сеансы.
- Терапия может быть завершена, когда клиенты сочтут, что достигли своей цели. Существует множество способов отпраздновать успех.
- Экспертам важно анализировать каждый сеанс. Терапия, ориентированная на клиента и результат, предполагает формирование культуры обратной связи. Благодаря отзывам клиентов мы становимся “супертерапевтами”, а также делаем терапию проще и увлекательнее для обеих сторон процесса.

Посттравматическое развитие у детей

В последнее десятилетие все шире признается, что у травмированных детей может, как и у травмированных взрослых, развиться ПТСР. Виндол Фурман [Furman, 1998] заявил, что дети, растущие в трудных обстоятельствах, имеют статистически более высокий шанс развития проблем на поздней стадии, чем дети с нормальным детством. Однако взаимосвязь — это не то же самое, что причина. Рассмотрим два общепринятых утверждения.

- Если у ребенка была трудное детство, у него будут проблемы в будущем.
- Проблемы у взрослого человека объясняются трудным детством.

Ошибочны оба утверждения. Идея о том, что то, что ребенок переживает в детстве, определяет его будущее, слишком упрощена. Тогда можно было бы предположить, что дети пассивны и что детские переживания неизбежно омрачат всю жизнь. Скорее всего, именно то, как дети справляются с ранним опытом, в значительной степени определяет, каким будет результат. Мысль Эпиктета из главы 2 (“Важно не то, что с вами происходит, а то, как вы на это реагируете”) в равной степени справедлива и для детей.

В этой главе описывается ПТСР у детей и подростков. ПТСР проявляется по-разному у детей разного возраста. Однако многие выздоравливают после травмы и вырастают жизнестойкими. Мы поговорим о силе и развитии, а также важности надежды, оптимизма и благополучия у детей.

Роль родителей и воспитателей — укреплять жизнестойкость и развивать через позитивное подкрепление сострадание к себе. Позитивное рабочее предположение заключается в том, что все родители и воспитатели

хотят лучшего для детей — до тех пор, пока не доказано обратное. Защита детей, их безопасность имеет первостепенное значение.

Иногда терапия с детьми и их семьями необходима. Вместо того чтобы сосредоточиться на том, что *не так* с ребенком и семьей, терапевтам следовало бы акцентировать внимание на том, что с ними *так*, на их сильных сторонах и решениях. Предложения по домашнему заданию для детей и их близких призваны направить их к наиболее полезным аспектам опыта и ситуаций в контексте целей.

Как однажды заметил один ребенок: “Когда ты повернешься лицом к солнцу, тени будут падать позади тебя”.

ПТСР у детей

У детей и подростков может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство, если они пережили событие, связанное с гибелью или серьезным ранением близких, испытали сексуальное, физическое насилие либо стали жертвой иного жестокого преступления. Стихийные бедствия, перестрелки в школах, автокатастрофы или пожары тоже могут вызвать ПТСР. Еще в этот список попадают война, самоубийство друга или наблюдение насилия в районе.

Примерно 15–43% девочек и 14–43% мальчиков переживают по крайней мере одну травму. Из числа детей и подростков, перенесших травму, у 3–15% девочек и 1–6% мальчиков развивается ПТСР. Показатели ПТСР выше у некоторых типов людей.

Было показано, что три фактора повышают вероятность ПТСР у детей:

- 1) серьезность травмы;
- 2) реакция родителей;
- 3) нахождение в эпицентре травматического события.

Дети и подростки после наиболее тяжелых травм, как правило, имеют самый высокий уровень симптомов ПТСР. Симптомы ПТСР могут быть менее серьезными, если ребенка больше поддерживают и если родители меньше расстроены полученной травмой. Наконец, дети и подростки, которые находятся дальше от места происшествия, сообщают о меньшем дистрессе. Кроме того, чем больше травм переживает ребенок, тем выше риск развития ПТСР.

Другой вопрос заключается в том, влияет ли на ПТСР возраст ребенка на момент травмы. Исследователи полагают: возможно, дело не в том, что последствия травмы различаются в зависимости от возраста ребенка, а скорее в том, что ПТСР выглядит по-разному у детей разного возраста.

Дети дошкольного возраста (6 лет и младше) переносят многие виды травматических переживаний, что подвергает их риску развития ПТСР. Сюда относятся жестокое обращение, межличностное насилие, ДТП, стихийные бедствия, войны, нападение собаки и медицинские процедуры. DSM-5 включает новый подтип ПТСР, называемый *посттравматическим стрессовым расстройством у детей дошкольного возраста*.

Поскольку у маленьких детей формируются абстрактные когнитивные способности и способности к вербальному самовыражению, критерии для выявления ПТСР у детей дошкольного возраста должны быть более привязаны к поведению и учитывать особенности развития.

Критерий, согласно которому реакции ребенка во время травмирующих событий должны были свидетельствовать о крайнем дистрессе, исключен из DSM-5. Если дети были слишком малы, чтобы словесно остро отреагировать на травмирующие переживания, или рядом не было взрослых, которые могли бы стать свидетелями их реакций, узнать об этих реакциях практически невозможно. Этот критерий, не обладающий прогностической значимостью как для взрослых, так и для детей дошкольного возраста, также был исключен из обычных критериев ПТСР в DSM-5.

Поскольку многие симптомы избегания и негативного восприятия — явления в значительной степени интернализированные, наиболее существенные изменения в критериях для детей дошкольного возраста представлены в этом разделе. Основное изменение в DSM-5 — требование наличия только одного симптома либо в категории симптомов избегания, либо в категории негативных изменений когнитивных функций и настроения, вместо порога DSM-IV в три симптома.

У детей школьного возраста (5–12 лет) может не быть флешбэков или проблем с запоминанием отдельных частей травмы, как у взрослых с ПТСР. Однако дети иногда располагают события в неправильном порядке. Еще они иногда думают, что были признаки того, что травма должна была произойти. В результате они считают, что увидят эти признаки снова до того, как произойдет еще одна травма. Таким образом, они думают, что если будут внимательны, то смогут избежать травм в будущем.

У детей этого возраста во время игры могут проявляться признаки ПТСР. Они продолжают повторять часть травмы. Эти игры не устраняют их беспокойство и огорчение. Например, ребенку всегда может захотеться поиграть в стрельялки после того, как он увидит стрельбу в школе. Травма частично переносится в повседневную жизнь. Например, ребенок идет в школу с пистолетом после того, как увидел стрельбу в школе.

Подростки (12–18 лет) находятся где-то посередине между детьми и взрослыми. Некоторые симптомы ПТСР у подростков похожи на симптомы взрослых. Но подростки чаще, чем дети младшего возраста или взрослые, ведут себя импульсивно и агрессивно.

Однако у многих детей симптомы ПТСР проходят сами по себе через несколько месяцев. Дети часто выздоравливают и продолжают развиваться после травмы и быстро приходят в норму.

Выздоровление и жизнестойкость у детей

Жизнестойкость — это динамичный процесс развития, для которого нужны два условия:

- 1) значительная угроза благополучию ребенка;
- 2) позитивная адаптация ребенка [Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000].

Поскольку это модель реакции, жизнестойкость — это не что-то врожденное, не черта личности или атрибут. Жизнестойкость не ограничивается детьми, обладающими необычными качествами. Неправильно идентифицировать ребенка как *жизнестойкую личность*. Дети жизнестойки в той мере, в какой для этого существуют условия в семье и сообществе. В контексте жизнестойкости важна более широкая перспектива, учитывающая социальный аспект. Распространенное определение жизнестойкости — способность детей использовать свои внутренние навыки (например, быть послушным) и внешнюю поддержку (например, социальную) [Ungar, 2008].

История 34. Жизнестойкость на Гавайях

Сорокалетнее лонгитюдное исследование 698 младенцев на гавайском острове Кауаи за 1955 г. подтвердило общепринятое мнение: воздействие факторов риска (например, преждевременные роды в сочетании с нестабильной домашней обстановкой и психически больной матерью) в дальнейшем чревато проблемами с психическим и физическим здоро-

вьем и нестабильностью в семье [Werner, 2004]. Однако обнаружилось, что треть всех детей из группы высокого риска проявили жизнестойкость и превратились в заботливых, уверенных в себе взрослых, несмотря на турбулентную историю взросления. Среди защитных факторов была прочная связь с опекуном, не являющимся родителем (например, тетей, няней или учителем), и посещение церкви или общественной группы.

Исследования показали, что во время невзгод и стрессовых событий многие дети неизменно быстро приходят в себя и преодолевают трудности [Wolin & Wolin, 1993]. У детей из группы высокого риска, выросших в условиях бедности и высокого стресса в семье с насилием, родительским алкоголизмом и злоупотреблением психоактивными веществами, разводами и психическими заболеваниями родителей, исследования выявили три категории ключевых *защитных факторов*, которые определяются так: “Изменение или улучшение реакции человека на некую опасность окружающей среды, которая предрасполагает к дезадаптивному исходу” [Rutter, 1985, p. 600]. Следует поддерживать развитие, усиление и активное применение всех трех типов защитных факторов [McElwee, 2007; Selekman, 2010; Kuiper & Bannink, 2012].

Есть также *индивидуальные факторы*:

- 1) оптимистичный стиль объяснения;
- 2) хорошее чувство юмора;
- 3) самоэффективность;
- 4) хорошо развитые социальные навыки;
- 5) когнитивная компетентность;
- 6) добродушный темперамент;
- 7) самодостаточность;
- 8) надежность;
- 9) целостность;
- 10) настойчивость;
- 11) вовлеченность в творческую деятельность;
- 12) интеллект;
- 13) сильные навыки решения проблем;
- 14) регуляция эмоций;
- 15) осознанность.

Семейные факторы:

- 1) заботливые и поддерживающие родители;
- 2) прочные отношения между родителями и детьми;
- 3) низкий уровень семейных конфликтов;
- 4) оптимистические стили воспитания.

Факторы внесемейной поддержки:

- 1) надежная система поддержки (родственники, друзья, учителя, соседи и вдохновляющие значимые люди);
- 2) церковная или любая другая община;
- 3) успешный школьный опыт [Henderson & Milstein, 1996].

Термины *стойкость* и *защитные факторы* иногда путают.

- Одни исследователи и авторы утверждают, что стойкость (А) и защитные факторы (Б) — это одно и то же ($A = B$).
- Другие утверждают, что стойкость — один из защитных факторов (А является частью Б).
- Третьи рассматривают защитные факторы как способ повысить стойкость (Б способствует А).

Модель, описанная ниже, содержит практические инструменты для родителей, воспитателей и терапевтов [Grotberg, 1995].

Международный проект жизнестойкости

Обладая жизнестойкостью, дети могут победить травму; без нее травма восторжествует.

Эдит Гротберг [Grotberg, 1995] исследовала жизнестойкость детей. В 1990-х гг. она запустила Международный проект жизнестойкости. К проекту присоединились участники из тридцати стран, и приведенные здесь результаты основаны на данных за 1993–1994 гг., которые были предоставлены четырнадцатью странами (Литвой, Россией, Коста-Рикой, Чешской Республикой, Бразилией, Таиландом, Вьетнамом, Венгрией, Тайванем, Намибией, Суданом, Канадой, Южной Африкой и Японией). Обширность исследований показала, как в различных культурах повышают жизнестойкость. Опираются ли они на один и тот же набор факторов? Различаются ли они в том, какие факторы объединяются для устранения

неблагоприятных последствий? Исследователи в разных странах использовали следующие инструменты:

- 1) описания 15 неблагоприятных ситуаций, на которые взрослых и детей просили отреагировать;
- 2) контрольный список из 15 реакций, указывающих на жизнестойкость ребенка;
- 3) три стандартизованных теста;
- 4) фактический опыт неблагоприятных ситуаций, о котором сообщили респонденты (вместе с их реакциями на эти ситуации).

В общей сложности в исследовании приняли участие 589 детей вместе со своими семьями и воспитателями; 48% составляли девочки и 52% — мальчики. Чуть более половины детей были в возрасте от 9 до 11 лет; остальным было 6 лет или меньше.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что каждая культура заявленных стран опирается на общий набор факторов жизнестойкости. Взрослые и дети постарше используют больше поддержки, внутренней силы и навыков межличностного общения, чем дети младшего возраста. В целом менее половины респондентов вели себя так, чтобы повысить жизнестойкость, и даже среди них были значительные отличия, в зависимости от ситуации. Социально-экономический уровень очень мало повлиял на различия в ответах.

В ходе исследований стало ясно, что существует взаимосвязь между культурой и факторами жизнестойкости. В некоторых культурах больше учитывается вера, а не решение. Одни больше озабочены наказанием и чувством вины, в то время как другие дисциплинируют и примиряют. В третьих ожидается, что дети будут больше зависеть от помощи других в трудную минуту, вместо того чтобы становиться самостоятельными и уверенными в себе. В ряде стран родители поддерживают тесные отношения со своими детьми, в то время как в других они расстаются с детьми примерно в возрасте 5 лет. Жизнерадостные дети справляются с такого рода неприятием; неприспособленные дети замыкаются в себе, подчиняются и впадают в депрессию.

В рамках проекта детей изучали только в кругу близких. При содействии жизнестойкости любая работа с детьми должна проводиться в контексте изучения их семей, школ, сообществ и общества в целом. Родители, учителя, общины и исследователи играют важную роль в повышении

жизнестойкости детей, поэтому внимание сосредоточено на детях, но во взрослом окружении.

Результаты эксперимента выявили категории “У меня есть”, “Я могу” и “Я есть”, сочетание которых ведет к жизнестойкости. Каждая категория была разделена на пять факторов. Степень, в которой дети полагаются на факторы, зависит от их возраста. Эти факторы указывают на несколько областей, где можно что-то предпринять ради жизнестойкости.

С точки зрения ребенка, три фактора жизнестойкости формулируются следующим образом.

У меня есть люди:

- которым я доверяю и которые любят меня, несмотря ни на что;
- формирующие границы, чтобы я знал, когда остановиться, прежде чем возникнет опасность или начнутся неприятности;
- которые показывают мне, как все делать правильно, на собственном примере;
- которые хотят, чтобы я научился делать что-то самостоятельно;
- помогающие мне в учебе, или когда я болею, или в опасности.

Я:

- человек, который может нравиться людям и которого они любят;
- рад делать приятные вещи для других и проявлять заботу;
- уважительно отношусь к себе и окружающим;
- готов нести ответственность за то, что делаю;
- уверен, что все будет хорошо.

Я могу:

- поговорить с другими о том, что меня пугает или беспокоит;
- найти способы преодолеть свою проблему;
- контролировать себя, когда мне хочется сделать что-то неправильное или опасное;
- выяснить, когда настало подходящее время поговорить с кем-то или предпринять что-либо;
- найти кого-нибудь, кто поможет мне, если надо.

Ребенку не нужны все эти качества, чтобы быть жизнестойким, но одного недостаточно. Детей можно любить (“У меня есть”), но если у них

нет внутренней силы (“Я есть”) или навыков межличностного общения (“Я могу”), то не может быть и жизнестойкости. У детей может быть высокая самооценка (“У меня есть”), но если они не знают, как общаться с другими или решать проблемы (“Я могу”), и им некому помочь (“У меня есть”), они не стойки. Дети могут быть очень разговорчивыми и хорошо говорить (“Я могу”), но если у них нет эмпатии (“Я есть”) и они не учатся на примерах для подражания (“У меня есть”), то у них нет стойкости. Это качество — результат сочетания ряда характеристик. Функции могут показаться очевидными и их легко приобрести, но это не так. На самом деле многие дети не обладают жизнестойкостью, и многие родители не помогают им обрести ее. Только около 38% из тысяч ответов в рамках проекта указали на то, что поощряется стойкость. Это очень небольшой процент для такого мощного вклада в развитие детей. Слишком многие взрослые подавляют или препятствуют жизнестойкости детей либо дают неоднозначные сигналы, и слишком многие дети чувствуют себя беспомощными, печальными и не до конца любимыми. Это не обязательно предпологаемая ситуация; скорее, дело в том, что люди не знают об этом качестве или способах его развития у детей.

Подводя итог, можно сказать, что детям необходимо стать выносливыми, чтобы преодолеть многие невзгоды, с которыми они сталкиваются и будут сталкиваться в жизни; они не могут справиться в одиночку. Им нужны взрослые, которые знают, как повысить жизнестойкость, и действительно сами работают над этим. Цель — распознать невзгоды, решить, на какие факторы опираться, чтобы справиться с ними, и чувствовать себя сильнее и компетентнее по ходу дела. Чтобы быть успешными, меры должны быть направлены на улучшение (или создание) позитивных условий окружающей среды — семей, школ и сообществ, — которые, в свою очередь, укрепляют позитивное поведение.

Развитие детей после травмы

Слишком часто патологическая модель применялась для изучения развития детей. Хотя специалисты в области психологии, работающие с детьми, признают серьезные проблемы, с которыми сталкиваются в процессе развития, все чаще предлагается отойти от акцента на психологических и поведенческих недостатках, возникающих в результате проблем с развитием. Вместо этого все больше внимания уделяется способностям ребенка и его семьи, чтобы ускорить развитие [Roberts, Brown, Johnson, &

Reinke, 2005]. Однако до сих пор мало что известно о посттравматическом состоянии детей и подростков, хотя молодые люди часто подвергаются различным травматическим событиям. Недавно концепция развития была изучена с участием детей и подростков. Переменные были оценены у подростков с онкологическими заболеваниями [Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006], тех, кто пережил смерть близкого человека [Ickovics et al., 2006], у детей, пострадавших в ДТП [Salter & Stallard, 2004], студентов колледжей, подвергшихся насилию [Park, 2006], а также подростков, переживших атаки террористов [Milam, Ritt-Olson, Tan, Unger, & Nezami, 2005]. Однако ученые все еще спорят о том, является ли посттравматический успех подходящей конструкцией для изучения у детей и подростков. Дети менее устойчивы, чем взрослые, и, следовательно, с меньшей вероятностью будут заметны улучшения после перенесенного травмирующего события [Cohen, Hetter, & Pane, 1998]. Кроме того, когнитивные способности детей развиты в меньшей степени, чем у взрослых.

Взрослые могут сыграть важную роль в оказании помощи детям в развитии после травмы, обучая навыкам жизнестойкости, таким как рассказывание историй, использование позитивных навыков преодоления трудностей, поиск поддержки и помощь другим. Прежде всего, важно, чтобы родители заботились о себе и справлялись с собственными страданиями не только потому, что они моделируют для своих детей, как реагировать на травму, но и потому, что их неприятности усугубляют страдания ребенка. Моделирование чувства безопасности, заверение детей в своей любви и защите, похвала, когда дети позитивно справляются с ситуацией, и обучение уменьшают стресс и способствуют посттравматическому развитию.

Было разработано несколько показателей развития для детей [Tedeschi & Calhoun, 1996]. В одном исследовании почти 30% из 435 участников-подростков сообщили по крайней мере об умеренных положительных результатах вследствие различных негативных событий в жизни, и не было обнаружено существенных различий в показателях при различных событиях. Обнаружилось, что возраст — очень важный фактор. Эта взаимосвязь была приписана определенному уровню когнитивной зрелости, необходимой для поиска плюсов после негативного события [Milam et al., 2004]. На основе исследования детей и подростков, перемещенных в результате наводнения, вызванного ураганом “Флойд”, был разработан опросник посттравматического успеха у детей (PTGI-C) [Cryder, Kilmer, Tedeschi, & Calhoun, 2006]. Результаты показали, что данные PTGI-C были

переменными. Посттравматическое развитие было в значительной степени связано с убеждениями, а не размышлениями или социальной поддержкой. Пересмотренный опросник посттравматического успеха у детей (PTGI-C-R) — это анкета из десяти пунктов, позволяющая оценить пять областей посттравматического развития и приспособленная для детей дошкольного возраста.

Надежда, оптимизм и благополучие детей

Надежда и оптимизм — две очень важные концепции в понимании того, как взрослые и дети справляются с травмирующими событиями. Работа с надеждой и оптимизмом — фундаментальна (в терапии), потому что многие взрослые и дети пережили трудные времена, прежде чем переступить порог кабинета психолога. Возможно, они пришли из-за отчаяния и безнадежности, не веря в изменения и будущее.

Упражнение 96. КОРОБКА ПОБЕД

Предложите детям создать *коробку побед*. Они записывают на бумаге любые личные триумфы, достижения и умения в спорте, школе, дома или в сфере творчества, включая все усилия ради этих замечательных результатов, а затем кладут эти листочки в коробку. Другие знаки победы (например, медаль, завоеванная в спортивном состязании) тоже помещаются в коробку. Коробка побед — это хранилище удачных проектов и подтверждение мастерства для детей и их семей.

Надежда у детей

Надежда — важный конструкт, если кто-то хочет понять, как дети справляются со стрессовыми событиями, как предотвратить развитие у них проблемного поведения и как они используют события прошлого, чтобы жить хорошо и эффективно. Надежда и интеллект не связаны между собой: большинство детей обладают интеллектуальной способностью мыслить обнадеженно — полно и целенаправленно. Способность детей надеяться влияет на успеваемость в школе. Мальчики и девочки в равной степени демонстрируют полноту надежд. Представления детей о будущем часто чересчур позитивны, но это плюс — гарантия, что их мысли будут развиваться в позитивном ключе и они смогут сохранить их, даже если в данных обстоятельствах эти мысли нереалистичны.

Исследования [Seery, Holman, & Silver, 2010] показали, что полные надежды дети лучше справляются со стрессовыми событиями. Степень надежды положительно связана с более высокой самооценкой и меньшей склонностью к депрессии. Кроме того, самооценка у детей связана с развитием надежды. Исследование детей с серповидноклеточной анемией, серьезной генетической формой анемии, подтвердило положительную связь между надеждой и адаптацией в группе этих детей. С другой стороны, это продемонстрировало негативную связь между надеждой и страхом. Подростки, которые в детстве получили серьезные ожоги, приняли участие в анкетировании, чтобы оценить уровень их надежды, поскольку так можно предсказать поведенческие проблемы. Больше надежды было связано с меньшим количеством поведенческих проблем. Вдобавок ко всему надежда в сочетании с социальной поддержкой укрепляли чувство собственной значимости. Исследование взаимосвязи между надеждой и уровнем насилия, которому подвергались подростки (когда у них были веские основания полагать, что они сами станут жертвами), показало, что они были способны твердо надеяться до тех пор, пока были только свидетелями насилия и сами не были непосредственно вовлечены в него. Детям рекомендуется рассказывать обнадеживающие истории в школе. После их прочтения нужно обсудить, как привести надежду в свою жизнь. Таким образом, чувство надежды растет.

Оптимизм у детей

Исследователи пришли к выводу, что оптимисты лучше справляются с учебой в школе и более успешны в спорте, чем пессимисты [Seligman, Reivich, Jaycox, & Gilham, 1995]. Оптимистично настроенные подростки менее агрессивны и менее склонны к злоупотреблению наркотиками и алкоголем. Четыре фактора влияют на развитие оптимизма у детей.

1. *Генетическое определение.*
2. *Непосредственное окружение ребенка.* Родители ребенка сильно влияют на уровень его оптимизма. В частности, существует тесная связь между тем, как мать относится к событиям (ее интерпретациям и ожиданиям), и тем, как с ними справляется ее ребенок. Если мать настроена оптимистично, то, скорее всего, ее ребенок тоже будет настроен оптимистично. Дети видят в своих родителях образцы для подражания и подражают их поведению. Также существует связь между пессимистично настроенными матерями и

пессимистично настроенными детьми. То же самое относится и к развитию способности ребенка демонстрировать благодарность.

3. *Влияние окружающей среды*, например образование. Среди детей, чьи матери предоставляют им меньше самостоятельности, больше депрессии и пессимизма. Внешний контроль не добавляет оптимизма. Критика со стороны родителей, учителей, тренеров и других взрослых также играет свою роль. Если взрослый критикует знания ребенка — например, говоря: “Ты никогда этому не научишься”, — велика вероятность того, что ребенок начнет мыслить пессимистично. С возрастом важность роли, которую воспитание ребенка играет в его благополучии, снижается. Большее значение приобретает влияние друзей и сверстников. Однако даже в этом случае степень независимости от родителей остается важной.
4. *События, которые переживает ребенок*. Эти события вызывают либо чувство контроля, либо беспомощности. У оптимизма есть пределы. Дети должны уметь реалистично смотреть на себя, если хотят справляться с жизненными трудностями.

Благополучие детей

Многие факторы играют роль в благополучии, включая физическое и психическое, а также духовное и социальное здоровье. В исследованиях, проведенных с участием взрослых, благополучие определялось как *качество жизни*. С детьми исследований в этой области проводили мало. Качество раннего воспитания ребенка и особенно связь между матерью и ребенком влияют на психическое здоровье, благополучие и последующее развитие (или отсутствие) психологических проблем. Исследования показали, что благополучие взрослых связано с заботой и близостью, проявляемыми их матерями в детстве. Этот результат был одинаковым как для сыновей, так и для дочерей [Benard, 1991].

Адаптация окружающей среды к потребностям детей тоже сказывается на благополучии. Как, например, адаптировать больничную обстановку так, чтобы помочь тяжелобольным детям чувствовать себя максимально хорошо? Как обучить врачей и медсестер сосредоточиваться на эмоциональных, социальных и медицинских потребностях детей? И как эти дети могут участвовать в процесс лечения и контролировать его, хотя бы отчасти?

Роль родителей и опекунов

Как упоминалось ранее, детям необходимо стать стойкими, чтобы преодолеть невзгоды, и не получится сделать это в одиночку. Им нужны взрослые, которые знают, как стать выносливыми, развить самоконтроль, использовать позитивное подкрепление и обеспечить безопасность.

Повысить жизнестойкость детей

Родители и опекуны помогают детям стать выносливыми, когда:

- обеспечивают безусловную любовь и принятие;
- выражают эти чувства словесно;
- учат доверять надежным людям и самому себе;
- моделируют устойчивое поведение;
- соблюдают правила и устанавливают ограничения, не подавляя дух ребенка;
- хвалят за достижения;
- поощряют независимые действия;
- постепенно знакомят ребенка с невзгодами и готовят преодолевать их;
- поощряют сопереживание;
- учат ответственности.

Развитие самосострадания у детей

Считается, что акцент на самооценке отвлекает родителей от привития гораздо более важного жизненного навыка: самосострадания. Часто неправильно понимаемое как потакание своим желаниям, *сострадание к себе*, по определению Кристин Нефф [Neff, 2011], имеет три аспекта:

- 1) внимательность к собственным мыслям и чувствам;
- 2) чувство сопричастности к общечеловеческим переживаниям;
- 3) доброжелательное отношение к себе.

В то время как повышение самооценки связано с рядом проблем психического здоровья, включая нарциссизм и эмоциональную хрупкость, самосострадание связано с жизнестойкостью, повышением уровня энергии, креативностью и общим жизненным успехом. Вот пять способов,

как родителям и опекунам развить этот важнейший жизненный навык у детей.

1. *Учите детей правде о хорошей жизни.* Нет такого состояния самореализации, которое, однажды достигнутое, устранил дискомфорт, трудности и разочарования. Часто страдание — даже от старости или болезни — интерпретируется как своего рода неудача. Каким бы иррациональным это ни было, ярлык страдания как неудачи создает иллюзию, что боли можно избежать. Неприятно признавать, что мы не можем контролировать все, но это так. У детей должно быть четкое понимание того, что жизнь состоит и всегда будет состоять из взлетов и падений. Научиться принимать плохое — это часть взросления. Хорошее воспитание дает детям возможность научиться справляться со своими эмоциями и понять себя как социальных существ. Чтобы стать успешными взрослыми, дети должны не только заботиться о себе и других, но и просить других о помощи [Gilbert, 2010].
2. *Тренируйте самосострадание.* Исследователи обнаружили, что жизнестойкость — ключ к счастливой и успешной жизни. Главным ключом к жизнестойкости является самосострадание. Родители должны провести детей по этапам сострадательного самолечения, сначала помогая им осознать собственные эмоции и ответные действия. Предполагается сопереживающее слушание и помощь в поиске названий для переживаний. Пример выражения сочувствия тоже важен. Родители и опекуны указывают на универсальность этого опыта: “Испытывать разочарование когда не получаешь того, чего хочешь, — нормально”. Наконец, есть действия, чтобы почувствовать себя лучше немедленно (объятия или прогулка) или на будущее (планирование, обучение терпению или просьба поделиться).
3. *Судите по поведению, а не по ребенку.* Самая важная работа родителей заключается в том, чтобы дети чувствовали себя достойными, независимо от их достижений или неудач. Родители должны полностью принимать своего ребенка таким, какой он есть (а не таким, каким они хотят его видеть). С этой целью важна честная критика поведения ребенка, а не его характера. Так дети научатся не путать действия или достижения с самооценкой.

4. *Формируйте будущее поведение, а не наказывайте прошлое.* То, как родители или опекуны реагируют на неудачи и успехи ребенка, влияет на внутреннюю модель, которую дети вырабатывают для себя. Крайние наказания, такие как порка или домашний арест на два месяца, учат детей тому, что они должны строго относиться к себе, когда делают что-то не так, и дают мало указаний о том, как поступать иначе в подобных обстоятельствах. Дети вырастают резкими критиками по отношению к себе, что истощает энергию и мотивацию, подрывая качество их жизни. С другой стороны, дисциплина сострадания начинается с понимания точки зрения ребенка и изменения вредного поведения. Цель — сформировать здоровые привычки и социальные навыки на будущее.
5. *Будьте хорошим образцом для подражания.* Важно испытывать сострадание к себе, а не критиковать, потому что дети наблюдают за своими родителями или опекунами в поисках способов справляться с жизнью. Если они видят, как взрослые терроризируют себя, это послание запомнится больше, чем все, что проповедуют родители. Самосострадание не превратит вас в ленивого, никчемного нееряху. Напротив, уверенные в себе люди часто обладают большей невозмутимостью, их больше любят, они усерднее работают и предъявляют более высокие требования, чем те, кто критически относится к себе. Растет мотивация и позитивное настроение, налаживается социальное взаимодействие, перетекающее в счастливую, здоровую и успешную жизнь.

Положительное подкрепление

Положительное подкрепление — один из наиболее важных инструментов общения с детьми (и взрослыми). Оно очень позитивно влияет на всех, независимо от статуса, должности или характера проблемы. Положительное подкрепление помогает решать проблемы, а также улучшает самочувствие и приятные отношения. Положительным подкреплением может быть что-то материальное (сладости или прогулка на свежем воздухе) и социальное (улыбка, зрительный контакт, компания, комплименты или похлопывание по плечу). Социальное подкрепление особенно эффективно, но, к сожалению, им пренебрегают. Соотношение 5:1 наиболее эффективно для положительного и отрицательного подкрепления — дру-

гими словами, пять комплиментов, признаний и т.п. на одно неодобрение, критику или отрицательное замечание [Flora, 2000].

Однако существует разница между положительным подкреплением и позитивным подходом. Никто не укрепляет личность, только поведение этого человека. (Позитивный подход к человеку также очень полезен и влияет благоприятно.) Подкрепление должно точно следовать за поведением, если оно должно быть эффективным, и то, что для одного человека — подкрепление, не обязательно является таковым для другого. Для положительного подкрепления многого не надо, и это действенно до тех пор, пока существует достаточное разнообразие.

Положительным подкреплением может быть много чего, включая еду и напитки, занятия (например, любимая игра), различные объекты и социальная поддержка, варьирующаяся от общения до физической привязанности. Еда и тепло называется *первичным подкреплением*. Другие вещи, такие как деньги, известны как *условное подкрепление*, потому что они сами начинают функционировать как подкрепление, соединяясь с первичным подкреплением. Однако о событии или объекте можно сказать как о положительном подкреплении, только если мы видим, что поведение, непосредственно предшествовавшее им, действительно усилилось по частоте, темпу, продолжительности или интенсивности.

Эффективные подходы к воспитанию детей, обучению и другим методам руководства, как правило, ориентированы на регулярные позитивные последствия — положительное подкрепление — для формирования нового, более адаптивного поведения. Положительное подкрепление — это волшебство ради здоровой и счастливой жизни [Plaud, 2001].

Защита детей

Мы всегда исходим из предположения, что родители хотят быть добрыми к своим детям — до тех пор, пока не будет доказано обратное. Каждый год службы защиты детей в Соединенных Штатах получают около 3 млн сообщений, касающихся 5,5 млн детей. Примерно в 30% зарегистрированных случаев имеются доказательства жестокого обращения. Из этих случаев мы получаем представление о распределении различных видов жестокого обращения: 65% — безнадзорность, 18% — физическое насилие, 10% — сексуальное насилие и 7% — психологическое (умственное) насилие. Кроме того, от 3 до 10 млн детей ежегодно становятся

свидетелями насилия в семье; примерно 40–60% этих случаев связаны с физическим насилием над детьми. (Примечание: согласно исследованиям о двух третях случаев жестокого обращения с детьми не сообщается.)

Были разработаны “Признаки безопасности” для защиты детей в 1990-х гг. в Западной Австралии в сотрудничестве с более чем 150 западноавстралийскими специалистами по защите детей [Turnell & Edwards, 1999]. Сейчас подход используется в Соединенных Штатах, Канаде, Великобритании, Швеции, Нидерландах, Новой Зеландии и Японии. Эта научно-исследовательская концепция опирается на следующий вопрос: “Как специалист может наладить партнерские отношения с родителями и детьми в ситуациях предполагаемого или обоснованного жестокого обращения с детьми и при этом прекратить жестокое обращение?”

Предложен простой, но строгий формат оценки, чтобы выяснить, существуют ли проблемы или опасности, плюсы и безопасность. Система “Признаки безопасности” объединяет оценку рисков с планированием конкретных случаев и управлением рисками. Формат уравнивает привычный акцент на проблеме в большинстве оценок рисков. Мы ищем любые признаки безопасности, которые поддаются измерению, и расширяем их, чтобы можно было разработать план безопасного ухода. Правонарушители несут ответственность за свое поведение в будущем, но обвинений и конфронтации удастся избежать. Профессионал помогает определить достижимую, измеримую и этичную цель (т.е. в прагматичных и безопасных пределах). Профессионалы ищут исключения из насильственного поведения и способы решения проблем. Затем они усиливают, поддерживают и подкрепляют новое поведение. Вот шесть практических принципов концепции [Turnell & Edwards, 1999].

1. Понять положение каждого члена семьи.
2. Найти исключения из насилия.
3. Открыть сильные стороны и ресурсы, которые можно использовать в проблемной ситуации.
4. Сосредоточиться на целях всех участников ситуации, чтобы обеспечить безопасность наиболее уязвимых.
5. Измерить безопасность и прогресс.
6. Оценить готовность, уверенность и способность меняться.

Терапия с детьми и семьями

Постоянные, агрессивные эмоциональные всплески у детей и подростков, серьезные проблемы в школе, озабоченность травмирующим событием, продолжительная, крайняя замкнутость и другие признаки сильной тревоги или эмоциональных трудностей — все это указывает на необходимость профессиональной помощи.

Традиционные методы лечения ПТСР у детей и подростков (например, КПТ), как и традиционные методы лечения взрослых, основаны на медицинской модели и, следовательно, направлены на ликвидацию (симптомов) ПТСР. Но в последнее время появились более позитивные подходы, где можем рассматривать трудности клиентов (включая детей) через призму их сильных сторон и решений (см. главу 3). Лекман и Мэйс (2007) заявили, что угрозы благополучию детей — обычное дело во всем мире; поэтому повышение жизнестойкости — важнейшая задача для специалистов в области психического здоровья детей [Leckman & Mayes, 2007].

Питер де Йонг и Инсоо Берг [De Jong & Berg, 2002] дали несколько советов относительно работы с детьми и их семьями. Они заявили, что когда терапевты впервые встречаются с семьей, легко забыть, как они заботятся друг о друге, потому что все кажется такими сердитыми, обиженными и разочарованными. Обратная сторона гнева, обиды и разочарования в другом человеке — желание, чтобы он заботился о вас, уважал, ценил и любил вас. Полезно осознавать обе стороны эмоций, а не только ту, которая проявляется. Помните, что когда люди действительно не заботятся о другом человеке, они не волнуются о нем, а хладнокровно уходят от конфликта. Причина, по которой клиенты расстраиваются друг из-за друга, заключается в том, что они заботятся. Задача терапевтов — развить и выделить признаки заботы и доброжелательности между клиентами, чтобы укрепить надежды на отношения. Приглашение семей рассказать об их прошлых успехах, сильных сторонах и ресурсах, а также о том, какими они себя видят, чтобы больше не потребовалась терапия (их цель), дает возможность создавать собственные *позитивные прогнозы*. Дети, которые обращаются к психотерапевту, часто оказываются в вынужденной ситуации, или им было предписано прийти на терапию. Взрослые в их жизни определяют их успехи и проблемы. К тому времени, когда детей отправляют к эксперту, обеспокоенные взрослые уже многое перепробовали, обычно безуспешно. Понятно, что взрослые часто разочарованы

или рассержены и стремятся изменить ребенка. Дети так же часто разочарованы негативными послылами и конфликтами с важными взрослыми.

В какой-то степени конфликт — неизбежная часть взросления. Дети и подростки меняются ролями и проверяют границы взаимоотношений с

Упражнение 97. КОМИКС

Комикс — это последовательность рисунков, образующих повествование. Поскольку большинство детей любят животных, спросите, с каким животным они бы сравнили себя и каким животным они хотели бы быть. Попросите их нарисовать комикс из шести рисунков, сначала изобразив животное, которым они хотят стать (шестой рисунок), а затем животное, которым являются сейчас (первый рисунок). Далее пускай рисуют другие картинки (рисунки со второго по пятый) в любом порядке, в котором пожелают. Наконец, спросите детей, какие сильные стороны животного на первом рисунке они хотят взять с собой, когда будут превращаться в желаемое животное из шестого рисунка. Можно обсудить эти рисунки с ребенком (и его родителями) и сравнить их с его жизнью.

Упражнение 98. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА БУДУЩЕЕ

Многие подростки приходят на терапию, поскольку окружающие (родители, учителя) считают, что им следует посетить специалиста. В рамках принудительной терапии предложите клиентам ответить на следующие вопросы, ориентированные на будущее.

- Где вы надеетесь оказаться через десять лет, когда все будет хорошо?
- Что тогда увидят в вас лучшие друзья?
- Что бы они сказали о ваших успехах через десять лет?
- Кто и что для вас важно?
- Что вы будете хорошо делать через десять лет?
- В чем хотите совершенствоваться уже сейчас?
- Что или кто мог бы помочь с этим?
- Как это поможет вам (или другим)?
- Как вы (или другие) узнаете, что вам удалось сделать то, что другие (родители, учителя) считают необходимым?
- Кто из этих людей верит в ваш успех?
- Кто из этих людей будет больше всего удивлен? Кто будет удивлен меньше всего?

авторитетными фигурами и сверстниками по мере того, как растут и овладевают новыми навыками. Эмоции приближения будут мотивировать поведение, в то время как эмоции избегания будут ослаблять конфликт и способствовать периодам стабильности, когда сохраняется статус-кво отношений и авторитета. Хотя родители, учителя, а иногда и молодежь обращаются за терапией для устранения такого рода конфликтов в развитии, обычно они представляют собой не столько психопатологию или эмоциональную дисфункцию, сколько неизбежные трудности взросления.

Хороший способ начать терапию с детьми (и их семьями) — спросить, как бы они хотели отпраздновать достижение цели, когда больше не нужно будет приходить на терапию. Детям, в частности, это доставляет большое удовольствие, но и родителям нравится вопрос, поскольку он обнадеживает, что все может измениться к лучшему и в конце ожидает триумф (см. главу 9).

Позитивные рабочие предположения

Инсоо Берг принимал участие в разработке ОРКТ и перечислил ряд позитивных рабочих предположений о детях и родителях. Терапевтам они нужны, чтобы сохранять позитивный настрой. Например, пока не доказано обратное, все *дети* хотят: нравиться своим *родителям*, быть принятыми как часть социальной группы, чему-то учиться и делать выбор, когда есть возможность. Касательно родителей считается, что, пока

Упражнение 99. ДЕТЕКТИВ СЧАСТЬЯ

Чтобы повысить жизнестойкость во время занятия, предложите небольшой группе детей стать *детективами счастья*. Их миссия — отслеживать действия других, которые, по их мнению, улучшают атмосферу в группе, несут больше счастья и благополучия. Перечисляем все, что замечают дети. Через неделю группа снова собирается вместе, и участники делятся своими открытиями. Впоследствии проводятся регулярные ежемесячные собрания, на которых обсуждается все увиденное во время занятий, что ведет к благополучию. Такая группа может стать поддержкой для определенного ребенка в трудный момент или вообще не иметь какой-либо конкретной причины.

Организаторы программы “детективы счастья” обнаружили, что дети, которые какое-то время были детективами счастья, овладели лучшими социальными навыками и большой уверенностью в себе [Young, 2010].

не доказано обратное, все *родители* хотят: гордиться своим ребенком, положительно влиять на ребенка, дать ему хорошее образование и чувствовать себя хорошими родителями.

Сосредоточиться на сильных сторонах и решениях

В терапии с детьми применяются те же принципы, что и на сеансах со взрослыми. Основной акцент делаем на их сильных сторонах и эффективных решениях, а не на слабостях и преградах. Как упоминалось в главе 5, важно различать проблемы и факты или нарушения. Для проблем можно найти решение, в то время как к фактам или нарушениям (например, аутизм или умственная отсталость) дети и их семьи должны научиться адаптироваться; для фактов или нарушений не существует решения. Терапевтам было бы неплохо ограничить *обсуждение проблем* в беседах с детьми в еще большей степени, чем при общении со взрослыми. Родители часто так расстраиваются, что терапевты должны сначала признать их разочарование и как можно быстрее переходить к *разговору о сильных сторонах и решениях*, акцентируя на лучшем в детях. Создавая атмосферу сотрудничества и принятия при работе с детьми и их семьями, опыту и знаниям клиентов следует придавать по меньшей мере такой же вес, как и опыту терапевтов [O'Hanlon & Rowan, 2003]. Семьи много знают о том, что сработает, а что нет.

Позитивность вполне может быть величайшим ресурсом во времена кризиса, потому что мы трансформируем нисходящую спираль негативных эмоций в восходящую спираль положительных, поэтому была разработана *теория расширения и развития положительных эмоций* (см. главу 1) [Fredrickson, 2009]. В связи с этим есть восемь рекомендаций терапевтам, работающим с детьми и их семьями [Kuiper & Bannink, 2012].

Терапевты должны переключиться с негативного на позитивное. Вместо того чтобы спрашивать, что с человеком *не так*, лучше исследовать, что с человеком *так*. Это подход с точки зрения достоинств, а не дефектов, чтобы вселить надежду и организовать оптимальное функционирование. Вместо того чтобы обращать внимание на риски, мы ищем возможности. Желательно сначала искать возможности, а затем разбираться с рисками. Если в первую очередь акцент делается на рисках, позже труднее увидеть возможности [Bannink, 2010c]. Фокус на возможностях притягивает положительные эмоции и повышает внутреннюю мотивацию [Isen & Reeve, 2005]. Здесь тоже пригодятся вопросы.

- Что самое лучшее (неожиданное) может произойти?
- Что изменит это событие?
- Как оно повлияет на ребенка и его окружение?
- Какие намеки на это событие уже были в прошлом (хоть немного)?
- Как сделать это снова?
- Кто и чем может помочь?
- Как терапевт может гарантировать, что шансы на такие неожиданные и позитивные сюрпризы возрастут?
- Как гарантировать, что ранее упущенные возможности найдутся снова?
- Какие возможности были в прошлом и как их использовали?
- Как это удалось?

Терапевты должны не только искать сильные стороны и решения внутри ребенка, но и помогать создавать позитивную среду для ребенка в семье, школе и обществе, чтобы приумножать положительные эмоции и укреплять соответствующее поведение.

Позитив должен характеризовать также *профилактические* программы. Акцент на жизнестойкости направляет нас на работу над своими сильными сторонами. Если сосредоточиться на том, что не работает, шока не избежать. Потому, помимо работы с проблемами и негативными эмоциями, терапевты должны поощрять положительные эмоции, спрашивая, чем дети и их окружение хотели бы заместить проблему (цель), что эффективно и чем представлен прогресс (см. главы 5–7).

Баланс между уязвимостью и жизнестойкостью должен быть изменен либо путем уменьшения подверженности факторам риска и стрессовым событиям, либо путем усиления защитных факторов в жизни уязвимых детей. Нужно верить, что дети выживут (а иногда и преуспеют) в трудных ситуациях. Если психологи теряют надежду или больше не верят в то, как дети и их близкие справляются с трудностями, терапия может оказаться неоптимальной. Не забываем также, что дети и их родители или опекуны — эксперты своей ситуации. Нужно найти способ открыть и использовать этот опыт. Возможно, в будущем появится больше анкет и других диагностических инструментов для измерения жизнестойкости (www.authentic happiness.org).

Упражнение 100. КОРОБКА ДЛЯ КОМПЛИМЕНТОВ

Для сосредоточенных на негативном поведении семей действенной стратегией иногда бывает *коробка для комплиментов*. Ежедневно члены семьи пишут на листочках бумаги один или несколько комплиментов для других членов семьи и кладут их в коробку (например, обувную) с прорезью в верхней части. Во время ужина они по очереди вынимают записки и зачитывают вслух комплименты друг другу. Благодаря этой стратегии уменьшается количество обвинений и негатива. В доме царит более позитивная атмосфера.

Коробку с комплиментами используют и во время групповой терапии с детьми (и взрослыми тоже). В конце занятия каждый член группы кладет в коробку анонимную или подписанную записку с комплиментом для другого участника. Эти заметки зачитываются вслух на следующей встрече.

Другой способ оценить сильные стороны детей и их семей — описать ранее модель жизнестойкости. Вместе с детьми и их родителями эксперты выясняют, какими из пятнадцати факторов в категориях “У меня есть”, “Я могу” и “Я есть” ребенок уже обладает, а какие полезно было бы еще развить. Здесь же пригодится *шкала психологического благополучия* (см. рис. 2.1); например, детям предлагают нарисовать разные смайлики в точках шкалы.

В 1990-х гг. в Финляндии действовала программа *Kids' Skills* (Навыки детей) [Furman & Aloha, 2007]. Это научно-популярный метод помощи детям родителями, друзьями и другими близкими ребенку людьми в преодолении эмоциональных и поведенческих проблем, состоящий из пятнадцати этапов. Главное преимущество детских навыков заключается в том, что, поскольку дети избегают говорить о проблемах, им нравится совершенствовать свои навыки, а этот процесс можно сделать полезным и приятным. Кроме того, организаторы *Kids' Skills* подключали к сотрудничеству родителей, рассматривая их как партнеров, которые хотят и способны поддержать своих детей.

Первый шаг в развитии навыков у детей — преобразование проблем в навыки, которые необходимо усвоить или усовершенствовать. После соглашения навыка изучаются его преимущества. Ребенок может выбрать помощником *могущественное существо* (животное, мультяшного персонажа). Затем ребенку предлагается привлечь *поддержку* (родителей, братьев и сестер, друзей) и укрепить доверие.

Упражнение 101. ПОДДЕРЖКА

Предложите клиентам — как детям, так и взрослым — ответить на следующие вопросы.

- Кто ваша главная поддержка?
- Как вас поддерживают?
- Что положительного о вас могут сказать эти люди?
- Как вы поддерживаете людей, которые поддерживают вас?

Упражнение 102. ИГРА С ВОЗДУШНЫМ ШАРИКОМ

В этой игре у детей есть две минуты, чтобы записать (или нарисовать) то, в чем они хороши. Затем формируются пары, и каждая пара надувает по одному воздушному шару. Правила игры таковы.

1. Игра длится до тех пор, пока один из пары не наберет пять очков; он выигрывает игру.
2. Можно ударить по воздушному шару руками, но только после ребенка озвучит, в чем он хорош (например, в игре в теннис или чтении комиксов).
3. Воздушный шар должен оставаться в воздухе. Очки начисляются, когда партнер промахивается и шарик падает на пол или когда он не может сказать, в чем хорош.
4. Можно проверять друг друга. Разрешается дважды остановить игру и попросить партнера продемонстрировать заявленный навык.

Это хорошее упражнение для детей, потому что обычно они придумывают гораздо больше идей, чем когда составляли бы список в начале игры. Еще упражнение полезно взрослым с низкой самооценкой.

Затем вместе с ребенком составляем план празднования. Ребенок демонстрирует навык (в ролевой игре или в ситуациях реальной жизни), а затем практикуется, разыгрывая навык снова и снова. Затем ребенок отмечает свой успех и благодарит группу поддержки. Ребенок может обучить этому навыку другого ребенка. При необходимости переходим к освоению следующего навыка.

Предложения по домашнему заданию и обратная связь

Рекомендации по выполнению домашних заданий для детей и семей делятся на две категории: задания *делай больше того, что работает*,

которые выполняются чаще, и задания *делай что-то другое*, предлагаемые только в экстремальных обстоятельствах, особенно когда речь идет о подростках [Berg & Steiner, 2003].

Эксперимент должен быть связан с тем, чего хотят клиенты. Это должно быть выполнимо и обычно как-то связано с главной целью терапии клиента. Основная цель эксперимента — вызвать различные реакции у тех, кто играет важную роль в жизни ребенка. Сам по себе эксперимент или домашнее задание редко что-то меняют; важна реакция других людей на то, как ребенок справляется. Если только ребенок осведомлен о своем новом поведении, эффект не полный. Важно создать волновой эффект, включающий наблюдения и реакции людей, важных для ребенка.

Если терапевты не могут придумать идею для эксперимента, им не следует заставлять себя его проводить. Большинство экспериментов относятся к первой категории (*делай больше того, что работает*); количество заданий *делай что-нибудь другое* для детей должно быть небольшим. Так разрушаются хронические стереотипы, которые приводят всех в отчаяние.

В категории *поведенческих экспериментов* дети бросают монетку. Происходит это следующим образом. Когда ребенок просыпается, он подбирает монетку, а когда выпадает решка, он занимается новым тайным занятием. Если выпадет орел, это будет обычный день, и ребенок не делает ничего особенного. Каждое утро родители гадают, какой стороной упала монета, и ребенок должен хранить эту информацию в секрете. На следующем сеансе терапии родители сравнивают свои записи друг с другом и с ребенком.

Упражнение 103. ШАРИКИ В БАНКЕ

Предложите родителям и ребенку составить список занятий, доставляющих ребенку удовольствие или впечатляющих его. Каждый раз, когда ребенок выполняет просьбу родителей или ведет себя так, как они хотят, взрослые кладут шарик в стеклянную банку. Вечером родители и ребенок кратко обсуждают, что означает каждый шарик и что прошло хорошо в тот день. Когда банка наполняется, ребенка вознаграждают.

Другим поведенческим экспериментом является задание “Сюрприз”. Вместе с ребенком терапевт выясняет, что по-настоящему удивительно для родителей ребенок может сделать (приготовить завтрак, убрать комнату). Это и будет сюрпризом. Ребенка просят обратить внимание

на реакцию окружающих. Это метод разрушения шаблона. Родители, которые утверждают, что уже “перепробовали всё”, часто добиваются прогресса с помощью этого задания. Предсказуемые реакции родителей на ребенка разрушаются, если взрослые поступят по-другому. Например, они могут неожиданно поцеловать ребенка или сделать что-то доброе вместо того, чтобы сердиться.

Иногда для задания-сюрприза изготавливают чудо-мешочек. Ребенок и родители записывают по пять желаний, каждое на отдельном листке бумаги. Пожелания помещаются в отдельные мешочки, которыми следует обмениваться. Каждую неделю все члены семьи достают по желанию, и у каждого человека есть неделя, чтобы осуществить это желание.

Еще один поведенческий эксперимент — заранее убедиться в том, что чудо произошло (или цель достигнута). После четкого описания чуда (или желаемого будущего) ребенка просят выбрать день или часть дня, когда произойдет чудо. В этот день ребенок притворяется, что чудо произошло. Ребенок следит, кто заметил, что он ведет себя так, будто произошло чудо. Терапевт говорит ребенку обращать внимание на выражение лица мамы каждый раз, когда он начинает делать домашнее задание без просьбы. Или родителям говорят обращать внимание, когда дома все идет хорошо (или лучше, хотя бы чуть-чуть), когда не нужно ничего менять.

Делать что-то веселое вместе с ребенком — хороший способ позитивно подкрепить желаемое поведение. Есть три дополнительных вида деятельности. Первое предложение называется *волшебные пять минут*. Родители проводят с ребенком по пять минут каждый день, независимо от того, как он себя вел. Ребенок сам определяет, как будут потрачены эти пять минут. Второе предложение — *играть и шутить* с ребенком каждый день, а в качестве третьего родители просят ребенка взять на себя *большую ответственность*, например готовить еду или выполнять поручения. Так дети чувствуют себя важными и вносят позитивный вклад в семейную жизнь.

В распоряжении родителей и учителей есть неиссякаемый ресурс, полный хитростей, хотя они часто даже не подозревают об этом. Впрочем, часто бывает достаточно *делать больше того, что работает*.

Еще вспомним здесь три техники, заимствованные из гипнотерапии. Техника *рука на руке* — это форма формирования сигнала, когда ребенок переносит позитивное чувство из предыдущей ситуации в ситуацию, где положительная эмоция необходима. Возникает связь между позитивным

чувством и прикосновением к руке ребенка. Родители демонстрируют это ребенку, дотрагиваясь до его руки своей. И в будущем ребенок сможет вызвать положительную эмоцию, легко прикоснувшись к своему запястью. Например, для внимательности на уроке детям пригодится техника концентрации, например потирание большого и указательного пальцев друг о друга. А воображение безопасного места — это предвестник защищенности. В этой технике дети мысленно посещают реальное или придуманное место всякий раз, когда им нужно почувствовать себя в безопасности и расслабиться.

Есть и другие упражнения для детей и подростков:

- “На пике” (упражнение 32);
- “Прекрасный день” (упражнение 83);
- “Три вопроса для счастливой жизни” (упражнение 89);
- “Три пожелания, или В поиске хорошего” (упражнение 6);
- “Старше и мудрее” (упражнение 17);
- “Дневник благодарности”, “Визит благодарности”, “Четыре этапа благодарности” (упражнения 67, 84 и 85).

Как упоминалось в главе 9, в терапии крайне важно формирование культуры обратной связи. Для работы с детьми были разработаны шкала оценки результатов работы с детьми (CORS) и шкала оценки сеансов с детьми (CSRS). В шкале оценки результатов для детей младшего возраста (YCORS) и шкале оценки сеансов для детей младшего возраста (YCSRS) используются смайлики, а не слова. Шкалы можно найти на сайте www.scottdmiller.com.

Многие стратегии в работе с детьми доказали свою эффективность и в работе с клиентами с *ограниченными интеллектуальными возможностями* [Roeden & Bannink, 2007, 2009; Roeden, Maaskant, Bannink, & Curffs, 2011, 2012].

В следующей главе мы рассмотрим *социальную устойчивость*, которая расширяет кругозор исследователей и терапевтов, чтобы перейти от фокуса на индивидуальных способностях к изучению организации адаптивной социальной среды для людей, групп, организаций и сообществ.

Резюме

- Не только взрослые, но и дети могут страдать от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое проявляется по-разному у детей разного возраста.
- Большинство детей выздоравливают, а некоторые прекрасно развиваются после травмы; многие дети жизнестойки.
- Особенно для детей важны надежда, оптимизм и благополучие.
- Задача родителей, опекунов и учителей — с помощью позитивного подкрепления повышать жизнестойкость и воспитывать самосострадание у детей.
- Приступаем к работе с позитивным рабочим предположением, что все родители и воспитатели желают добра детям, пока не доказано обратное. Защита детей (обеспечение безопасности) имеет первостепенное значение.
- Иногда терапия с детьми и их семьями — необходимое условие. Вместо того чтобы искать, что *не так* с ребенком и семьей, подход, описанный в этой книге, направляет нас к исследованию всего, что с ними *так*. Психолог фокусируется на сильных сторонах и эффективных решениях. В домашнем задании рекомендуем поощрять клиентов изучать наиболее полезные аспекты их опыта, чтобы достичь важных целей.

ЧАСТЬ III

.....

СОЦИАЛЬНАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ

Позитивные отношения

Исследователи, изучающие людей после несчастных случаев, опыта военных действий, серьезной болезни или тяжелой утраты, обнаружили, что социальная поддержка и отношения с другими людьми в период после события — ключевые факторы, позволяющие предсказать психологическое восстановление. Эти переживания могут укрепить связь с семьей и друзьями и дать возможность увидеть, насколько люди заботятся друг о друге. Люди по-новому смотрят на свои отношения и осознают, что могут доверять другим, их услышат, защитят и поддержат. Когда семья и друзья игнорируют или предают доверие, наступает противоположный эффект; люди чувствуют себя одинокими и недостойными любви. Но даже в этих случаях люди в итоге способны сформировать новые, более здоровые отношения в результате терапии. Они узнают, что одним все же можно доверять, даже если другим нельзя.

Основной фактор защиты от развития ПТСР — пребывание в отношениях, где о нас заботятся и беспокоятся, любят и доверяют, а также поощряют как внутри семьи, так и за ее пределами. Исследователи обнаружили, что социальная поддержка была основным фактором жизнестойкости ветеранов войны во Вьетнаме [King, King, Fairbank, Keane, & Adams, 1998].

В социальную устойчивость объединены сильные стороны и ресурсы, способствующие позитивной адаптации, а не источники уязвимости, подвергающие людей риску [Masten & Wright, 2009]. Термин *социальный* означает, что исследователям и клиницистам нужно отойти от индивидуальных особенностей и переключиться на создание более адаптивной социальной среды для отдельных лиц, групп, организаций и сообществ.

Социальная устойчивость — это способность развивать и поддерживать позитивные социальные отношения, а также переносить стрессоры, социальную изоляцию и восстанавливаться после такого рода проблем [Seligman, 2011]. Это клей, который удерживает группы вместе, дает цель,

большую, чем одиночное “я”, и позволяет целым группам противостоять вызовам.

Изучая концепцию одиночества, исследователи [Cacioppo & Patrick, 2008] заявили, что люди — ничем не примечательные существа. Они не обладают преимуществами естественной защиты, силы, скорости, умения летать, скрываться по сравнению с другими видами. Именно способность рассуждать, планировать и работать сообща отличает нас в мире животных. Выживание людей зависит от их коллективных умений, способности объединяться в достижении цели, а не от индивидуальной мощи. Таким образом, сплоченность и социальная устойчивость группы крайне важны.

Социальная устойчивость зависит от развития осведомленности о связях с другими людьми и способности к социальным действиям, которые приведут к воплощению как личных ожиданий, так и социальных целей. Выбор, основанный на социальных связях, а также личных ценностях, приводит к результатам, устойчивым по отношению к социальным мирам людей, а также их личной мотивации к успеху и долгой жизни.

В этой главе основное внимание уделено влиянию ПТСР на взаимоотношения и тому, как строить позитивные отношения — с терапией и тренингами или без них — с парами, группами и командами. Терапевты и целые бригады профессионалов, работающие с травмированными людьми, подвержены риску вторичной травматизации. Однако, как и клиенты, эксперты живут и процветают.

История 35. Кто вернул вам улыбку

Не имеет значения, кто причинил вам боль или сломал. Важно, кто поставил снова улыбнуться.

Автор неизвестен

Упражнение 104. ШКАЛА ОТНОШЕНИЙ

Подумайте о собственных связях с другими людьми каждый день. Каждый вечер вспоминайте три самых продолжительных социальных взаимодействия за день и оценивайте их от 10 до 0 в зависимости от того, насколько вы были настроены на коммуникацию и насколько близки с этими людьми. При желании спросите себя, как бы выглядели отношения, если оценить их на балл выше. Что в ваших силах сделать, чтобы поднять их по шкале?

Упражнение 105. ХОРОШО ПРОВЕСТИ ВРЕМЯ С ДРУЗЬЯМИ

Позитивные отношения в жизни человека просто необходимы. Чтобы помочь или подтолкнуть клиентов приятно пообщаться с друзьями, предложите им ответить на эти вопросы.

- Когда вы в последний раз по-настоящему близко и доверительно общались со своими друзьями?
- Когда в последний раз занимались чем-то сообща с ними?
- Когда в последний раз делали что-то для своих друзей?
- Как уделять больше внимания своим друзьям?
- Что сделать, чтобы найти (больше) друзей?

Взаимоотношения и ПТСР

Травмированным людям с (симптомами) ПТСР тяжело поддерживать близкие семейные отношения или дружбу. Симптомы ПТСР негативно сказываются на доверии, близости, общении, ответственности, уверенности и умении решать проблемы. Симптомы формируют поведение травмированных людей среди окружающих. Кроме того, на них влияет реакция близких. Этот замкнутый круг иногда вредит отношениям.

В первые недели и месяцы после травмы приходит гнев, отстраненность, напряжение или беспокойство. Со временем большинство людей вырабатывают стойкость и способны восстановить прежний уровень близости в отношениях. Тем не менее у 5–10% жертв развивается ПТСР и начинаются проблемы в отношениях.

Клиенты с ПТСР чувствуют себя оцепеневшими и отрезанными от других. Они меньше заинтересованы в социальной или сексуальной активности. Поскольку жертвы чувствуют себя раздражительными, напряженными, нервными или обеспокоенными, нет возможности расслабиться и поддерживать близость. Иногда они чувствуют повышенную потребность защищать близких и всегда кажутся напряженными или требовательными. Часто возникают воспоминания о негативных событиях. Люди готовы пойти на многое, чтобы избежать подобных воспоминаний, для начала избегая любых действий, вызывающих воспоминание. Если возникают проблемы со сном или снятся кошмары, как клиенты, так и их партнеры будут плохо отдыхать. Происходит постоянная борьба с сильным гневом и импульсами. Чтобы подавить гневные чувства и

соответствующее поведение, они могут избегать близости, отталкивая или придираясь к близким и друзьям. Кроме того, алкоголь и наркотики как средство справиться с ПТСР порой разрушают близость и дружбу. Может иметь место словесное или физическое насилие. В других случаях клиенты слишком зависимы от своих партнеров, членов семьи и друзей, а также разного рода профессионалов.

Борьба с симптомами дорого обходится травмированным людям. Возможно, они не в состоянии сосредоточиться на своих партнерах или семье. Может, им трудно внимательно слушать и принимать решения сообща. Партнеры приходят к выводу, что разговаривать вместе и работать в команде невозможно.

Окружающие чувствуют себя обиженными, отрезанными или подавленными из-за того, что их любимые люди не смогли преодолеть травму. Близкие сердятся или отдаляются, страдая от давления, напряженности и контроля. Симптомы, проявляющиеся у клиентов, заставляют дорогих им людей жить как на пороховой бочке, под постоянной угрозой. Жизнь с человеком, страдающим ПТСР, иногда заканчивается возникновением таких же симптомов у окружающих. Неудивительно, что социальная поддержка усложняется, если травмировано более одного человека (семья, группа беженцев, группа солдат).

Подводя итог, можно сказать, что людям после травмы присущи определенные общие реакции. Эти реакции влияют на семью, друзей и людей вокруг. Они отвечают на реакции клиента, и это, в свою очередь, отражается на нем.

У многих людей, переживших травму, ПТСР не развивается. Кроме того, у многих людей с ПТСР нет проблем в отношениях. Отношения с другими людьми могут компенсировать чувство одиночества и повысить самооценку, а потому уменьшается депрессия и чувство вины. Отношения для травмированных людей — шанс помочь кому-то еще. Так они преодолевают чувство неудачи или изолированности. Наконец, отношения — это источник поддержки в преодолении стресса.

Позитивные отношения

Когда одного из основателей ПП попросили описать в двух словах, что такое позитивная психология, он ответил: “Другие люди имеют значение”. Очень мало из того, что есть положительного в жизни, связано с

одиночеством. Есть ли в вашей жизни кто-то, кому вы можете спокойно позвонить в четыре часа утра, чтобы рассказать о своих неприятностях? Если ваш ответ “Да”, вы, скорее всего, проживете дольше, чем тот, чей ответ “Нет”. В исследовании Гранта (см. главу 3) обнаружилось, что главная сила человека — это способность быть любимым. Способность любить и быть любимым была единственной силой, наиболее четко связанной с субъективным благополучием в возрасте 80 лет [Isaacowitz, Vaillant, & Seligman, 2003].

Упражнение 106. ПРОЯВЛЕНИЯ ДОБРОТЫ

Проявление доброты приводит к единственному наиболее надежному мгновенному улучшению самочувствия из всех протестированных упражнений ПП. Рекомендуется совершать пять добрых поступков за один день [Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005].

Предложите клиентам немного меньше заботиться о том, что им нужно, и немного больше — о том, что они могут дать. Посоветуйте совершить пять добрых поступков в день (не нужно повторять их ежедневно, так как это скучно и менее эффективно) в течение следующих шести недель. Попросите стремиться к действиям, действительно важным и стоящим определенных затрат, например сдать кровь, помочь соседу в уборке двора или найти лучший способ облегчения хронической боли отца. Попросите проявить творческий подход и вдумчиво оценить, в чем больше всего могут нуждаться окружающие. Пускай добрые поступки в течение одного дня станут правилом. В конце дня следует обратить внимание на приятные чувства. Чтобы добиться долговременного эффекта, попросите превратить день доброты в повторяющийся ритуал и устраивать его каждую неделю. Это новый способ внести позитивный вклад в жизнь других людей. Упражнение выполняем в течение нескольких месяцев, чтобы понаблюдать за изменениями.

Есть еще один вариант — найти одно совершенно неожиданное занятие на завтра — “Просто сделать это!” — а затем понаблюдать, что происходит с настроением.

Американская психологическая ассоциация (АРА; www.apa.org) описала десять способов повышения жизнестойкости (см. главу 2). И первый способ — наладить связи. Важны хорошие отношения с близкими членами семьи, друзьями и другими людьми. Принятие помощи и поддержки от тех, кто заботится о вас и готов выслушать, укрепляет жизнестойкость. Некоторые люди считают, что гражданская активность, членство в религиозных организациях или других местных группах — тоже

источник социальной поддержки, возвращающий надежду. Помощь другим в трудную минуту, несомненно, приносит пользу.

Из добродетелей, описанных в главе 6, добродетель *человечности* — это набор сильных сторон, направленных на заботу о других и дружбу с ними. Три сильные стороны, связанные с человечностью, — это любовь, доброта и социальный интеллект. Человечность отличается от справедливости тем, что существует определенный уровень альтруизма по отношению к другим, в большей степени, чем честность, присущая правосудию. Другими словами, человечность, проявления любви, альтруизма и социального интеллекта, как правило, проявляются как сильные стороны одного человека по отношению к другому, в то время как справедливость чаще распространяется на всех сразу.

История 36. Что отдаете, то и получаете

В 1850-х гг. иммигранты в Соединенных Штатах получали бесплатные земельные наделы, если были готовы сделать их пригодными для жизни. Семья, живущая на Восточном побережье, несколько месяцев провела в пути и, наконец, прибыла в центр континента. Они остановились у ручья, чтобы покормить своих животных и детей, и встретили старого фермера, жившего в этом районе много лет. Они спросили его: "Как живется в этом регионе? Это хорошее место, чтобы собирать урожай, строить ферму и растить детей? Какие здесь люди? Добрые? Помогают друг другу?"

Фермер ответил: "Какими были люди на Востоке, откуда вы приехали?" Глава семьи ответил: "Ой, они были ужасны и совсем не сговорчивы!" Старый фермер сказал: "Мне жаль сообщать вам, что здесь все именно так. Было бы лучше продолжить ваше путешествие и поискать новый дом в другом месте".

Затем прибыла еще одна семья, и они тоже приехали с Востока и долго путешествовали. Случайно они остановились на том же ручье, чтобы покормить животных и детей, и встретили того же старого фермера. Как и первая семья, они спросили: "Как здесь живется? Здесь можно работать, строить дом и растить детей? Какие здесь люди?" Фермер ответил: "Какими были люди на Востоке?" Семья ответила: "Ой, они были очень добры, всегда заботились друг о друге и помогали". Старый фермер сказал: "Здесь все точно так же. Мои дорогие соседи, добро пожаловать в ваш новый дом!" [Peacock, 2001, pp. 135-136].

Цели приближения и избегания

Большинство людей стремятся налаживать связи, стараясь избежать одиночества. В этом стремлении мотивы и цели приближения и избегания связаны с различными социальными результатами (см. главу 5). Социальные отношения влекут за собой как удовольствие, так и боль. Потенциальные социальные стимулы включают принадлежность, привязанность, близость, дружбу и любовь. Преимущества позитивных социальных отношений многочисленны и хорошо задокументированы. Исследователи определили самых счастливых людей (т.е. 10 %), и единственным аспектом их жизни, который всех объединял, были прочные позитивные социальные отношения [Diener & Seligman, 2002]. С другой стороны, отношениям присущи потенциальные угрозы, включая конфликты, отвержение, унижение, конкуренцию и ревность.

Социальные цели приближения тесно связаны с результатами, определяемыми социальными вознаграждениями, такими как принадлежность и близость. Для людей, в значительной степени ориентированных на приближение (устанавливают связи) или оказавшихся в среде, богатой вознаграждениями, приятные взаимодействия и отношения обеспечивают такие вознаграждения, как товарищество и понимание; болезненные отношения не дают таких вознаграждений. *Социальные цели избегания* тесно связаны с результатами, определяемыми наличием наказания, такими как отвержение и конфликт. Для людей, которые в первую очередь ориентированы на избегание (избегают одиночества) или оказавшихся в небезопасной среде, приятные взаимодействия и отношения характеризуются отсутствием неопределенности, разногласий и тревоги; а в болезненных отношениях все это проявляется. Социальные результаты (например, близость, конфликт) предположительно объединяются и формируют глобальные представления о социальных связях и качестве отношений. Цели приближения, как правило, связаны с лучшими результатами и повышенным благосостоянием по сравнению с целями избегания, хотя для успешной адаптации необходимы как те, так и другие. В то время как мотивация приближения связана с ростом и процветанием, мотивация избегания способствует защите и выживанию.

Люди с сильной мотивацией приближения с большей вероятностью будут стремиться к краткосрочным социальным целям (например, завести новых друзей, быть внимательными), а люди с сильной мотивацией

избегания скорее тянутся к краткосрочным социальным целям (например, не быть одиноким, избежать конфликта с партнером) [Gable, 2006]. Более того, мотивы и цели указывают на различные социальные результаты. В частности, мотивы и цели приближения ведут к позитивным социальным отношениям и большей удовлетворенностью связями. Мотивы и цели избегания подталкивают к более негативным социальным установкам и неуверенности в отношениях.

Пары

Изучая, как выглядит хороший брак, исследователи тщательно изучали, что люди думают о своем супруге: насколько он хорош собой, добр, забавен, предан и умен. Они задали те же самые вопросы о супруге ближайшим друзьям другого супруга и получили расхождения: если кто-то думал о своем супруге лучше, чем друзья, расхождение было положительным. Если кто-то видел своего супруга или супругу в точности так, как друзья, расхождение было нулевым. Если кто-то был более пессимистичен по отношению к своему супругу, чем друзья, расхождение было отрицательным. Считалось, что прочность брака напрямую зависит от того, насколько положительным было расхождение. У супругов с очень сильными радужными иллюзиями относительно своих партнеров были гораздо лучшие браки. Исследователи полагали, что это, скорее всего, связано с тем, что партнеры знали об этих иллюзиях и пытались соответствовать им. Исследователи сделали вывод, что оптимизм помогает любить, а пессимизм причиняет боль [Murray, Holmes, & Griffin, 2003].

Любимой песней американских солдат, служивших во Вьетнаме, была песня группы *Animals* под названием *We Gotta Get Out of This Place* (Мы должны выбраться из этого места). Песня о необходимости покончить с войной, потому что в других местах солдатам и их партнерам жилось лучше, и это хороший пример мотивации приближения, ведущей к большему позитивному аффекту и удовлетворенности отношениями. Связи между приближением и избеганием, мотивами и результатами (см. главу 5) также были исследованы в романтических отношениях [Impett, Gable, & Peplau, 2005]. Готовность пар к ежедневным компромиссам в отношениях (принятие нежелательного поведения партнера, например сопровождать его на скучную работу, не проводить время с друзьями или заниматься сексом, когда нет настроения) изучались в ходе исследования

повседневного опыта с учетом длительности отношений. Результаты показали, что в те дни, когда люди жертвовали собой ради сближения (например, для содействия близости), отношения казались им более удовлетворительными. Но в те дни, когда они руководствовались избеганием (например, чтобы избежать конфликта), возникало больше конфликтов, а отношения казались менее удовлетворительными. Компромиссы из-за мотивов избегания были особенно вредными для поддержания отношений с течением времени: чем больше люди жертвовали ради избегания в ходе исследования, тем менее они были удовлетворены своими отношениями шесть недель спустя и тем выше вероятность разрыва связи. Эти результаты сохранились и после контроля первоначального уровня удовлетворенности.

Во многих исследованиях подчеркивается ценность положительных эмоций, ориентированных на приближение, с целью расширить осознанность и наладить социальные сети [Fredrickson, 1998].

Любовь можно определить как отклик позитива, совместное переживание положительных эмоций. Исследования с участием пар показали, что в стабильных отношениях партнеры, как правило, выражают в пять раз больше положительных эмоций по отношению друг к другу, чем отрицательных, включая как гнев, так и избегающие эмоции [Gottman, 1994]. Был даже рассчитан коэффициент положительности брака (см. главу 7), и обнаружилось, что среди успешных браков соотношение переживаний составляло примерно 5:1 в пользу положительных. Резко контрастируя с этим, в неудачных браках соотношение оценок было ниже 1:1.

Активное и конструктивное реагирование

Считается: то, как люди празднуют что-либо, показывает прочность отношений в большей степени, чем то, как люди ссорятся [Gable et al., 2004]. Партнеры могут рассказывать друг другу о победе, триумфе или хороших событиях. Реакция же либо укрепляет отношения, либо подрывает их. Существует четыре способа реагирования.

1. Активное и конструктивное.

- Вербально: “Это здорово, поздравляю! Знаю, как это важно для тебя”.
- Невербально: поддержание зрительного контакта, проявление положительных эмоций, улыбка, смех.

2. *Пассивное и конструктивное.*

- Вербально: “Это хорошая новость”.
- Невербально: практически полное отсутствие эмоционального выражения.

3. *Активное и деструктивное.*

- Вербально: “Похоже, это большая ответственность. Хочешь сказать, тебя еще чаще не будет дома?”
- Невербально: проявление негативных эмоций, хмурость, плач.

4. *Пассивное и деструктивное.*

- Вербально: “Что у нас на ужин?”
- Невербально: практически нет зрительного контакта, отдаление, уход из комнаты.

Только первый способ ведет к позитивным отношениям. Каждый раз, когда кто-то небезразличный рассказывает нам о чем-то хорошем, что с ним произошло, мы должны внимательно слушать и реагировать активно и конструктивно. Чем больше времени мы тратим времени и усилий на повторное переживание события с другим человеком, тем лучше. Стоит начать слушать подобным образом, и мы станем больше нравиться другим людям, они будут проводить с нами больше времени и чаще делиться сокровенными подробностями своей жизни. Люди, которые активно слушают, чувствуют себя лучше, и все это укрепляет навык активного, конструктивного реагирования [Seligman, 2011].

Делиться позитивными событиями в жизни — причина для другого человека реагировать активно и позитивно и новый положительный эффект, связанный с самим событием. Акт коммуникации может состоять из повторения и проработки, чтобы продлить и усилить переживание. Так формируются личные и социальные ресурсы.

Упражнение 107. АКТИВНО-КОНСТРУКТИВНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ

Предложите клиентам выражать искреннюю радость, возбуждение и активно задавать вопросы своему партнеру, когда тот делится хорошими новостями. Это позволит другому человеку вновь испытать удовольствие от события, а отношения станут более крепкими и позитивными.

Однако то, что мы воспринимаем и получаем в плане социальной поддержки, отличается друг от друга. Здесь разные психологические преимущества. Воспринимаемая социальная поддержка имеет решающее значение. Многие люди, пережившие стихийные бедствия, пользуются тем, что другие люди готовы им помочь. С другой стороны, полученная социальная поддержка может быть более неоднозначным благом. Иногда люди получают социальную поддержку, хотя на самом деле они в ней не нуждаются. Следовательно, ответственность других людей заключается не только в том, чтобы предложить помощь, но и в том, чтобы предложить ее в то время и таким образом, чтобы это было воспринято как поддержка. Иногда разумнее воздержаться от советов и просто подтвердить чувства.

История 37. Это не безумный мир

Один мужчина воевал во время Второй мировой войны. Однажды его жена сказала ему: "Я хочу, чтобы ты мог поговорить со мной о войне, потому что это может помочь нам понять друг друга. Ты действительно убил семнадцать человек?" Ее муж кивнул. Жена спросила, не хочет ли он поговорить об этом, но он отказался. Мужчина сказал, что предпочел бы думать о будущем — как купить новую машину, вместе съездить куда-то и немного повеселиться. Они пришли к выводу, что это не совсем безумный план, и решили, что по крайней мере их маленькая вселенная может быть нормальной [Wilson, 1955, p. 57].

Семейная терапия

Пары часто приходят на терапию с опытом деструктивных и болезненных взаимодействий, неспособные работать вместе, чтобы измениться. Обычно у них мало надежды на то, что в будущем их ждет что-то лучше, чем было в прошлом.

В терапии важно не увековечивать чувство неудачи, неадекватности, вины и безнадежности, сосредоточиваясь на том, что пара делает неправильно. Вместо этого мы думаем о том, что они делают правильно; их будущие возможности, прошлые успехи, а также сильные стороны и ресурсы связаны с большими надеждами и помогают парам опираться на то, что работает, и двигаться вперед (см. главы 6 и 7).

Лучшим показателем успеха, видимо, будет то, начинают ли оба партнера на раннем этапе отношений проявлять свои индивидуальные сильные стороны и сильные стороны отношений. Они мотивированы усердно

работать вместе, чтобы добиться обоюдных желаемых изменений [Ziegler & Hiller, 2001]? Эти изменения происходят, если терапевт способен помочь паре превратиться в команду, способную задействовать свои лучшие ресурсы и надеяться, что все могло бы быть лучше. Если партнеры чувствуют, что работают как команда во имя правильных решений и общих целей, их надежда, мотивация и эффективность в осуществлении изменений возрастают. И по мере того, как они с большей надеждой смотрят в будущее, они еще лучше работают сообща как в терапии, так и в повседневной жизни.

С точки зрения традиционной КЛТ пары, которые чувствуют себя подавленными, нуждаются в помощи, чтобы исправить неправильные интерпретации, развязать узлы в общении и настроиться на сигналы своих партнеров [Beck, 1988]. В рамках терапии с акцентом на сильные стороны и эффективные решения парам нужно помочь найти правильные интерпретации (те, что не нужно менять) и приумножать их. Вместо того чтобы развязывать узлы, партнеры выявляют полезные аспекты общения и фокусируются на них. Какими способностями они уже обладают, чтобы видеть и слышать положительные сигналы своих партнеров вместо отрицательных?

В течение многих лет трудности в отношениях объяснялись плохим общением. В ответ терапевты сосредоточили свои усилия на улучшении общения между партнерами, особенно в отношении конфликтов и выражения эмоций. В то время как в литературе эффективная коммуникация была связана с удовлетворенностью браком, была предложена альтернатива, которая иногда оказывается более эффективной: обучение *толерантности* [Gordon et al., 1999]. Партнеры становятся более терпимыми (и, вероятно, более снисходительными), адаптируя свои ожидания к тому типу общения, который у них есть. Например, избегание разговора о проблемах и обмена эмоциями имело меньшее отношение к удовлетворенности браком и счастьем в парах, которые предпочитали больше эмоционального и психологического пространства и меньше совместного принятия решений.

Парам с проблемами борьбы за власть и конфликтами дают много советов [Bannink, 2008b, 2009b, 2010b].

- Если между двумя партнерами идет борьба за власть, предложите им сделать что-нибудь еще, предпочтительно что-то неожиданное, и обратите внимание, как изменится их реакция.

- В случае несогласия спросите клиентов, в чем они действительно согласны друг с другом.
- Если возникают споры, спросите клиентов, могла ли ситуация быть хуже. Если так, то почему она не ухудшилась?
- Во время конфликта спросите обоих партнеров, как можно переубедить другого занять иную позицию.
- Если возникает конфликт, спросите обоих партнеров, какие незначительные признаки дают им надежду на то, что конфликт может быть разрешен.
- В случае трудностей предложите обоим партнерам обратить внимание на то, что полезного делает другой человек для отношений. (Это также идея для домашнего задания.)

Терапия начинается с создания позитивного альянса между специалистом и обоими партнерами. Начать выстраивать этот альянс желательно с человеком, который, скорее всего, оказался на терапии не по своему желанию. Иногда его приводят на терапию, потому что другой партнер хочет, чтобы тот изменился. Полезны следующие вопросы о сильных сторонах и ресурсах.

- В чем хорош ваш партнер?
- Что вы цените в своем партнере?
- Что вам нравится в нем?
- Какими качествами своего партнера вы гордитесь?
- Что положительного в ваших отношениях?
- Как вы познакомились? Что привлекло вас в партнере?

Этот процесс, когда клиенты делают комплименты друг другу, описывая сильные стороны друг друга, активизирует надежду и добрую волю, что станет почвой легкого и более позитивного тона последующих сеансов. Возможно, с помощью *беседы о медовом месяце* удастся отвлечься от проблем и перейти к прошлым успехам в отношениях [Elliot, 2012].

Излишне говорить, что семейная терапия — это акт уравнивания: у каждого человека должно быть равное время, чтобы рассказать свою историю и выразить свои цели и решения для лучшего будущего.

Обоим партнерам предлагается описать, что они хотят изменить в своей жизни и отношениях (их цель прихода на терапию). Так клиенты

оставят прошлые проблемы и разочарования в отношениях ради чего-то более продуктивного и удовлетворительного. Важно работать над достижением общей цели: “Что бы вы хотели изменить в отношениях? Вы бы хотели, чтобы изменился партнер? И если да, то как именно? Что будет по-другому между вами? Как изменитесь вы?”

Во время семейной терапии партнеры иногда хотят, чтобы другой человек изменился, что ставит их в положение *заявителей* (см. главу 4). Клиенты часто говорят о том, чего они *не* хотят в своей жизни [Walter & Peller, 2000]. В ситуациях взаимодействия клиенты зачастую озвучивают, чего хотят, чтобы *не* делал партнер; их единственным способом действовать была попытка заставить другого человека прекратить делать то, что они считают проблемным поведением. Другой партнер тоже находится в странном положении, поскольку у него есть выбор: либо защищать нынешнее поведение, либо прекратить то, что другой находит столь проблематичным. Разговор о том, чего действительно хотят клиенты, часто направляет общение в более позитивное русло.

Затем терапевты спрашивают об исключениях: “В какой момент отношения между вами двумя были лучше, хотя бы чуть-чуть?” Если клиенты не могут найти исключений, предложите им присмотреться к общению к следующему сеансу. Здесь уместно снова обратиться к шкале.

- Где по шкале от 10 до 0 вы хотели бы оказаться в конечном итоге (какова будет реалистичная цель), где 10 означает наилучшую ситуацию в ваших отношениях, а 0 — наихудшую?
- На какой отметке по шкале вы находитесь сегодня (и почему не ниже)?
- Как вы узнаете, что поднялись по шкале? Как изменятся отношения? Что изменится в вашем поведении?
- На какой отметке шкалы, по вашему мнению, терапию можно прекратить?

Пример 32. Спросить об исключениях

В поиске исключений специалисты интересуются наблюдениями и выводами супружеской пары. Можно различать исключения, относящиеся к желаемым результатам пары (например, предпочтительное будущее, общие цели), и исключения, относящиеся к проблеме. Вот идеи для терапевта касательно вопросов об исключениях, относящиеся к поставленной цели.

- *Спросите об исключениях.* "Итак, когда ваша цель будет достигнута (или произойдет чудо), вот что начнет происходить иначе: вы будете позитивно рассказывать друг другу о том, как прошел день. Когда это уже будет возможно? Чем это видение отличается от того, что происходит обычно?"
- *Спросите о деталях.* "Когда в последний раз вы с мужем разговаривали в позитивном ключе? Как это было? О чем говорили? Как вы вели себя? Как реагировали?"
- *Дайте положительное подкрепление.*
 - Невербально: наклонитесь вперед, поднимите брови, записывайте (делайте то, что обычно делаете, когда кто-то говорит вам что-то важное).
 - Вербально: проявляйте интерес ("Это было в новинку для вас двоих? Вас удивило, что это произошло?") и говорите комплименты ("Что вы сделали ради этого? Откуда у вас взялась идея поступить таким образом? Просто замечательный план! Вам часто приходят в голову правильные идеи в нужное время?")
- *Проецируйте исключения на будущее.* "По шкале от 10 до 0, где 10 означает очень хороший шанс, а 0 означает полное отсутствие шансов, как вы оба оцениваете шансы на то, что нечто подобное повторится на следующей неделе (в следующем месяце)? Как сделать так, чтобы в будущем это случалось чаще? Что самое важное нужно запомнить, чтобы убедиться, что вы сделали все возможное? Как бы все изменилось в ваших отношениях?"

Пример 33. Вопросы взаимоотношений

У пары на терапии есть общая цель: они хотят восстановить отношения после сильного стресса с тех пор, как оба вернулись из командировки в Афганистан год назад.

После небольшого разговора о медовом месяце терапевт решает задать ряд вопросов об отношениях и изучить другие точки зрения (см. главу 7). Сначала терапевт спрашивает мужа: "Как ваша жена сможет определить, что вы, как супружеская пара, возвращаетесь на правильный путь? Как отреагирует жена, если вы поступите по-другому?"

Затем терапевт спрашивает жену: "Как ваш муж поймет, что вы, как пара, вернулись к прежним отношениям? Как он отреагирует, если вы начнете вести себя иначе? Что, по мнению вашего мужа, привело к этому?"

Терапевт задает вопросы и мужу, и жене с позиции стороннего наблюдателя: "Как думаете, смогут ли ваши двое детей сказать, что между вами все налаживается? Что они увидят, как вы делаете по-другому вместе?"

Затем терапевт предлагает обоим партнерам заполнить анкету о сильных сторонах характера (см. главу 6) и назначать каждую неделю свидание, чтобы показать сильные стороны (см. упражнение 108). Интерес к искусству был одной из сильных сторон этой пары, потому что они решают вместе посетить несколько новых музеев.

Упражнение 108. СВИДАНИЕ, ЧТОБЫ ПОКАЗАТЬ СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

Это отличный способ укрепить отношения и усилить положительные эмоции у клиентов и их партнеров за счет понимания, признания и восхваления сильных сторон характера друг друга. Чтобы спланировать свидание, сначала дайте им заполнить анкету VIA о сильных сторонах характера (см. главу 6), чтобы найти пять или больше своих главных достоинств, исходя из которых пара составляет план совместной деятельности.

Домашнее задание и обратная связь

Многие рекомендации по выполнению домашних заданий, описанные в главе 8, применимы и в работе с супружескими парами. Своими предложениями специалист обращает внимание партнеров на наиболее полезные аспекты их опыта и повседневные ситуации. Предлагая рекомендации, имеем в виду следующие три вопроса.

1. У пары есть четко определенная общая цель?
2. Это отношения с посетителем, заявителем или потребителем (см. главу 4)? Помните: являясь частью решения, кто-то служит и частью проблемы.
3. Существуют ли какие-то спонтанные или преднамеренные исключения, связанные с целью пары?

Упражнение 109. ДОМАШНЯЯ РАБОТА ДЛЯ ПАР

Вот еще один вариант домашнего задания для пары. Скажите обоим: "На этой неделе я хочу, чтобы вы заметили по крайней мере две вещи, которые делает другой человек ради улучшения отношений. Не обсуждайте это с партнером; приберегите свои выводы к следующему сеансу". Цель — побудить партнеров наблюдать за позитивным взаимодействием, а не негативным. Люди обычно более бдительны и готовы делать что-то хорошее для другого, зная, что за этим будут наблюдать и сообщать.

Формирование культуры обратной связи важно в психотерапии, и не в меньшей степени при работе с супружескими парами. Более подробную информацию об использовании шкалы оценки результатов (ORS) и шкалы оценки сеанса (SRS) можно найти в главе 9. При терапии с парами партнерам предлагают заполнить форму SRS (www.scottdmiller.com). Если в конце сеанса еще есть время для краткого обсуждения оценок, это можно сделать немедленно. Если нет, то терапевты вернутся к результатам в начале следующего сеанса. Независимо от того, насколько высоки оценки, эксперты всегда должны спрашивать пару, что они могли бы сделать по-другому, чтобы в следующий раз получить более высокие баллы.

Исследователи изучали последствия предоставления информации о ходе лечения и альянсах как клиентам, так и терапевтам во время семейной терапии в Норвегии. Амбулаторные пациенты в местной клинике семейного консультирования были рандомно распределены на лечение в обычном режиме (TAU) или в условиях обратной связи (с использованием ORS и SRS; см. главу 9). Пары из второй группы значительно улучшили результаты в ходе терапии; их изменения происходили почти в четыре раза быстрее. Они сохранили значительное преимущество по первичному показателю в течение шестимесячного периода наблюдения, реже расходились или разводились [Anker, Duncan, & Sparks, 2009].

Второе исследование тех же ученых подтвердило как осуществимость, так и важность обратной связи. Качество альянса между специалистом и парой не просто предвещает улучшение состояния клиента; это движущая сила перемен сама по себе. Исследование показало, что те пары, чьи баллы по альянсу повысились, достигли значительно лучших результатов. В совокупности эти данные свидетельствуют о том, что не стоит оставлять терапевтический альянс на волю случая; нужно регулярно оценивать его и обсуждать с клиентами на каждом сеансе.

Группы

В краткосрочной терапии есть такой метод, как *повторное объединение*, состоящий из 12 последовательных логических этапов, чтобы люди или даже группы людей могли меняться к лучшему, легче обзаводились целями, повышали мотивацию и теснее сотрудничали, что необходимо для достижения этих целей [Furman & Aloha, 2007]. Изменение рассматривается как коллективный процесс, нечто, выполняемое совместно с

другими. В большинстве случаев люди нуждаются в помощи, поддержке и ободрении со стороны, чтобы измениться. Вот некоторые из этапов: описать свои мечты; определить и подчеркнуть преимущества своей цели; привлечь поддержку; представить себе прогресс; подготовиться к неудачам; отпраздновать успех и т.п.

Узнать больше о процессе повторного объединения можно на сайте www.reteaming.com.

Для работы в группах важны следующие шесть условий.

1. Создать атмосферу уважения, терпимости и доверия. У каждого есть право голоса, и к нему относятся уважительно и справедливо.
2. Позволить общению протекать гибко и спонтанно. Слишком много правил — контрпродуктивно. Превращайте разговоры о проблемах в разговоры о решениях, чтобы возникло взаимное доверие, признательность, стимул искать идеи и выход.
3. Сформировать контекст, когда различные моменты дополняют друг друга. Так появятся новые способы взглянуть на неприятности и выработать *беспроблемный* подход, чтобы убедиться в правильности сложившейся ситуации.
4. Создать условия, в которых можно экспериментировать с различными точками зрения и неопределенностью. Это возможность для исследования.
5. Признать, что консенсус не нужен и не имеет отношения к созданию или открытию новых возможностей. Поэтому участники группы убедятся, что существует множество способов трактовать ситуацию и один из них не более правильный, чем другой.
6. Показать, что не существует ограничений относительно действий других. Часто не нужно назначать людей для исполнения задачи или обязанности. Если члены группы заметят, что к их знаниям и опыту относятся с уважением, они будут готовы пойти на больший риск, предприняв дополнительные действия.

Групповая терапия

В групповой терапии межличностное взаимодействие внутри небольших групп — способ помочь клиентам в достижении индивидуальных целей. На самом деле термин *групповая терапия* может относиться к

любой форме психотерапии, проводимой в групповом формате, но обычно он применяется к психодинамической групповой терапии и КПТ. Существуют различные типы групп: *группы поддержки* (например, АА), *группы по обучению навыкам* (например, группы по управлению гневом) и *группы психообразования*. Помимо индивидуальных целей групповая терапия применима, когда члены группы (например, находящиеся в психиатрическом учреждении или в приюте для умственно отсталых людей) преследуют общую цель, например создать позитивную атмосферу там, где они живут [Roeden & Bannink, 2007, 2009].

Групповая терапия обычно ориентирована на решение проблем с целью дать клиентам возможность совместно находить выход из неприятностей. Цель работы с группой *с точки зрения сильных сторон и решений* — сделать группу сильной и помочь клиентам самим найти решения. Группа несет ответственность за то, чтобы поделиться своим опытом. Участники задают вопросы и готовы поделиться, оказать поддержку и посоветовать. Терапевты несут ответственность за поддержание атмосферы, взаимодействие членов группы и сам процесс работы в группе. Специалист стимулирует беседу, вовлекает и помогает. Вот несколько рекомендаций для терапевтов, работающих с группами.

- Не проводите индивидуальных консультаций в группе.
- Поддерживайте зрительный контакт со всеми членами группы и уделяйте внимание каждому.
- Предложите членам группы поговорить, ответить, отреагировать и помочь друг другу.
- Не давайте ответов сами, пусть клиенты сделают это вместо вас.
- Не работайте над индивидуальными отношениями — стимулируйте отношения в группе.
- Не вступайте в дискуссию один на один с членами группы, но поддерживайте дискуссию между членами группы.
- Воздержитесь от высказывания личного мнения.
- Найдите сильные стороны и ресурсы всех членов группы (например, предложив тест на сильные стороны VIA; см. главу 6) и ищите поддержку.

Упражнение 110. УСПЕХ, ТАЛАНТ И АМБИЦИИ

В качестве вступительного слова предложите: пусть члены группы разделятся по парам и поговорят по три минуты каждый о своем успехе, таланте и амбициях. Затем попросите каждого коротко (в течение минуты) представить своего партнера остальным членам группы, описав его достижения, таланты и амбиции, которыми тот только что поделился. (Это также тренировка навыков аудирования.)

Упражнение 111. РАУНД КОМПЛИМЕНТОВ

Предложите членам группы записать свое имя на листе бумаги и передавать этот лист бумаги друг другу. Все участники по очереди записывают, какими сильными сторонами, способностями и ресурсами этого человека они восхищаются. Лист, теперь наполненный комплиментами, наконец-то возвращается к владельцу. Бумагу можно сложить соответствующим образом, чтобы никто не смог прочитать предыдущие комментарии.

Домашнее задание и обратная связь

Когда цели всех клиентов в группе определены, терапевт поощряет их работать над их достижением в перерывах между групповыми занятиями [Metcalf, 1998]. Например, он говорит: “У всех вас есть хорошие идеи насчет того, когда проблема не так обременительна. Теперь давайте поговорим о том, что в ваших силах сделать до завтрашней встречи, чтобы держать ее под контролем”. Когда цель еще не ясна, клиентов мотивируют с толком использовать время между сеансами: им предлагается внимательно наблюдать за своей повседневной деятельностью до следующего группового занятия и обращать внимание на те моменты, когда проблема беспокоит их не так сильно.

В конце первого группового занятия можно задать такие вопросы.

- По шкале от 10 до 0, где 10 означает, что вы контролируете свою жизнь, а 1 — что проблема контролирует вас, где вы сегодня?
- Где бы вы хотели оказаться, когда мы встретимся снова?
- Что вы заметили в себе сегодня такого, что поднимет вас от этой точки на шкале?
- У кого-нибудь есть предложения для кого-то еще?

Упражнение 112. ЛУЧШЕЕ “Я” В ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ

Попросите клиентов на групповой терапии следовать этим инструкциям.

- Пускай другие члены группы напишут вам три истории о том, как вы сделали позитивный вклад в работу группы.
- Соберите истории и сведите воедино, ища общие темы, сюрпризы и идеи.
- Обобщите их в свой *лучший автопортрет*; сделайте выводы или создайте проект, исходя из заметок клиентов.
- Поделитесь результатами с другими членами группы.

Упражнение 113. ПОЗИТИВНЫЕ СПЛЕТНИ

Иногда негативные слухи становятся причиной негатива в группе или коллективе, поэтому прекращайте их, заменяя позитивными. *Позитивные сплетни* направлены на обсуждение чьих-то достоинств и успехов. Создавая позитивный образ других членов группы или коллектива, люди будут неявным образом оказывать положительное влияние на свои взаимоотношения. Можно думать о своих коллегах положительно: что хорошего в их качествах и способностях? Какие сильные стороны мы ценим? Какой вклад этих людей в работе группы? Предложите членам группы или коллектива положительно отзываться о своих коллегах перед другими в присутствии этого человека или нет. Помните, что когда кто-то указывает пальцем на другого (как в позитивном, так и в негативном смысле), на него в ответ указывают тремя пальцами!

Предложите такое упражнение.

1. Сформируйте небольшие группы по три человека.
2. Попросите двух участников позитивно посплетничать в течение двух минут о третьем, как если бы его там не было и он не мог слышать, о чем идет речь. Третий участник при желании разворачивается спиной к двум другим. Ему не разрешается говорить во время упражнения, но после можно поблагодарить.
3. Через две минуты участники меняются ролями. Кто-то отворачивается, а два других сплетничают о нем. Повторяйте упражнение для всех участников.

Хотя люди чувствуют себя немного неуютно во время этого упражнения, обычно они очень ценят то, что было сказано. Редко услышишь о себе так много положительного.

Домашнее задание снова строится вокруг наблюдения: клиенты отслеживают моменты, когда они лучше контролируют свою жизнь и проблемы (техника экстернализации проблемы описана в главе 7).

Другие полезные упражнения — коробка для комплиментов (упражнение 100) и коробка для успехов (упражнение 114).

Упражнение 114. КОРОБКА ДЛЯ УСПЕХОВ

Попросите клиентов вместе изготовить или купить красивую коробку. Затем все участники группы анонимно передают три отдельные записки с решениями, благодаря которым они успешно победили свои неприятности. Например, разговор с другом, длительные прогулки или дневник позитива. Когда все записки окажутся в коробке, их вынимают и раскладывают на столе. Все члены группы могут взять одну или две с новыми для них решениями (или которые они хотят попробовать еще раз) и устроить поведенческий эксперимент.

Формирование культуры обратной связи занимает видное место в психотерапии, и это справедливо также при работе с группами. Более подробную информацию об использовании шкалы оценки результатов (ORS) и шкалы оценки сеанса (SRS) можно найти в главе 9. Шкала оценки групповых сеансов (GSRS) — это инструмент обратной связи, разработанный специально для групповой работы. В конце каждого занятия участники комментируют свои впечатления по одним и тем же пунктам:

- взаимоотношения с лидером и/или группой;
- цели и темы;
- подход или метод;
- выводы.

Подробнее об этом можно узнать на сайте www.scottdmiller.com.

Рабочее место

Люди проводят на работе около трети своей жизни, и нет лучшей причины, чтобы сделать все возможное для создания хороших условий на работе. Говоря о здоровой рабочей среде, мы думаем как о физическом, так и о психическом благополучии. Здесь важны такие факторы, как удовлетворенность работой, ответственность и лояльность. Существует четкая связь между хорошими рабочими условиями и крепким здоровьем.

Позитивное психологическое развитие происходит на работе, где возможен высокий уровень контроля и социальной поддержки для удовлетворения определенных требований, присущих работе.

Лучший способ оздоровить рабочую атмосферу — поощрять сотрудников к активности как при решении своих задач, так и при взаимодействии с окружающими. Самостоятельность, интересные задания и возможность социального контакта — все это способствует ощущению компетентности [Turner, Spencer, & Stone, 2005]. Вот модель характеристик такой работы, в которой важны три элемента:

- 1) воспринимать работу как полезную;
- 2) чувствовать ответственность;
- 3) быть осведомленным о результатах.

Обычно людям в работе нравится ощущение смысла и целеустремленности, которые она им дает, т.е. служение цели, большей, чем они сами. Поиск способов поддерживать у сотрудников целеустремленность может мотивировать их, еще и вызывая позитивные чувства. Для этого нужно четкое видение или миссия, которую представляют на собраниях. Еще мы слышим вдохновляющие истории о том, как работа персонала влияет на клиентов. Важно найти способы оптимизировать личное профессиональное благополучие и благополучие команды.

Индивидуальное благополучие

Работа в команде создает *индивидуальное благополучие* за счет социальной сети, где можно найти поддержку и ощущение принадлежности. Внутри команды все понятно в плане ожиданий, целей и мотивации, необходимой для достижения целей, и это повышает благосостояние команды. Ее члены с четким представлением о задаче, которую необходимо решить, чувствуют себя лучше, чем работники-одиночки или члены команды, лишенные такой ясности. Социальный контекст на рабочем месте крайне важен. Члены команды с высоким уровнем командной мотивации более мотивированы работать в целом. Также существует положительная связь между хорошим отношением к организации и повышенным чувством благополучия [Turner et al., 2005].

Существует четкая позитивная связь между удовольствием от работы и достижений, а также между позитивным настроем и благополучием. Другими словами, благополучие позитивно влияет на результаты. С пра-

вильным настроем работается приятнее и качественнее, возникает восходящая спираль позитива. Концепции *благополучия терапевта* и *профессионального роста* описаны в главе 12.

Вторичный посттравматический успех

Исследователи обнаружили тревожные сведения о работе психологов. Более 60% опрошенных 500 психологов сообщили по крайней мере об одном эпизоде депрессии в течение своей карьеры; 29% имели суицидальные чувства, а 4% действительно пытались покончить с собой [Pope & Tabachnick, 1994]. В 2006 г. Консультативный комитет Совета по профессиональным вопросам Американской психологической ассоциации по оказанию помощи коллегам (АССА) опубликовал отчет о расстройствах и нарушениях в работе психологов. В отчете указывалось, что в зависимости от того, как измеряется депрессия, ее распространенность в течение всей жизни у психологов колеблется от 11 до 61%. Было обнаружено, что в дополнение к депрессии практикующие психиатры подвержены высокому уровню стресса, эмоциональному выгоранию, злоупотреблению психоактивными веществами и опосредованной травматизации. Мартин Селигман [Seligman, 2011, p. 1] заявил: “В то время как мы делаем все возможное для улучшения самочувствия наших клиентов, психология, как правило, мало что делает для благополучия врачей. Если что-то и происходит для психолога, так это личностный сдвиг в сторону депрессии”. *Вторичный травматический стресс* (ВТС), также известный как *усталость от сострадания*, или *опосредованная травматизация*, — это состояние, характеризующееся постепенным уменьшением сострадания с течением времени. ВТС — это сочетание реакций на физический и эмоциональный стресс в результате оказания помощи или желания помочь травмированным либо страдающим людям. Это распространено среди таких специалистов, работающих с пережившими травму, как медсестры, психологи, службы экстренного реагирования и члены семьи.

Симптомы ВТС похожи на симптомы ПТСР: чувство безнадежности, снижение удовлетворенности, постоянный стресс и беспокойство, бессонница или ночные кошмары, а также всепроникающее негативное отношение. Это может иметь пагубные последствия как в профессиональном, так и в личном плане, включая снижение производительности труда, нарушение концентрации, а также развитие чувства некомпетентности и неуверенности в себе.

Чтобы психологи и другие специалисты могли успешно работать даже с теми, кто пережил травму, необходимо ответить на ряд важных вопросов: как облегчить терапию не только для клиентов, но и для профессионалов? Как предотвратить ВТС и быть устойчивым или восстановиться после ВТС и даже расти после него? Как выжить и процветать, познав *вторичный посттравматический успех*?

Видимо, пришло время лучше заботиться о себе как о терапевтах, занимая позитивную позицию по отношению к психотерапии и обращая внимание на то, что мы хотим видеть в наших клиентах и в самих себе. Многие практикующие врачи ПП и ОРКТ сообщили, что у них меньше рабочей нагрузки, больше энергии остается в конце дня и в конечном счете меньше стресса.

Преподавание, исследование и использование ПП на практике в качестве тренера или терапевта, выполнение упражнений по ПП с подростками, воспитание маленьких детей с помощью ПП, обучение солдат посттравматическому росту, встречи с другими позитивными психологами и просто чтение о ПП — все это делает людей счастливее. Люди делают акцент на позитиве — на небольших сдвигах в хорошем направлении, — и улучшения усиливаются и прибавляются, а взаимодействие (с партнерами, детьми, друзьями и коллегами) растет. Тот же механизм применим и в отношениях между клиентом и терапевтом.

История 38. Поливать цветы, а не сорняки

В книге *Water the Flowers, Not the Weeds* (Поливайте цветы, а не сорняки) [Peacock, 2001] автор рассказывает, как после семинара для 250 менеджеров половина из них купила лейку. Они расставляют в офисах банки самых разных размеров и фасонов, чтобы напомнить себе, что они садовники и их работа — поливать то, что хорошо работает в их организациях и личной жизни.

Мартин Селигман [Seligman, 2011, p. 53] воспринял полив цветов еще более буквально: “Я выращиваю розы. Я трачу много времени на подготовку почвы. Сорняки мешают розам; сорняки — это инвалидизирующее состояние. Но если вы хотите, чтобы у вас были розы, недостаточно подготовить почву и прополоть сорняки. Вы должны удобрить ее, посадить хорошие черенки, поливать их и снова, снова удобрять. Вы должны создать благоприятные условия жизни для цветка, помочь ему цвести”.

Упражнение 115. УСПЕШНАЯ РАБОТА С ЛЮДЬМИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ

Опросите коллег, используя следующие инструкции.

- Попросите выбрать успешную ситуацию во время работы с травмированным человеком.
- Подробно изучите, как они это делали: что, когда, где, с чьей помощью.
- Какиегодились способности и сильные стороны?
- Что бы сказали клиенты о том, что их терапевты сделали полезного?
- По шкале от 10 до 0, насколько терапевты уверены в том, что смогут повторить это?
- На чем нужно сосредоточиться, чтобы увеличить свои шансы?
- На чем сосредоточиться, чтобы поддержать или даже повысить свое благополучие при работе с людьми, пережившими травму?

Благополучие в команде

За последние несколько лет интерес к благополучию и жизнестойкости перенесся с отдельных людей на команды. Изначально жизнестойкость не отражается ни на результатах работы команды, ни на качестве вклада каждого отдельного сотрудника. Стойкие команды — это команды, в которых ее члены реагируют и сотрудничают друг с другом определенным образом. Характеристики сотрудников в устойчивых командах следующие.

- Помогать друг другу преуспевать.
- Открыто делиться мнением.
- Внимательно прислушиваться к советам коллег.
- Приветствовать и принимать критические комментарии.
- Веселиться и наслаждаться юмором на работе.
- Поддерживать коллег в трудную минуту.
- Постоянно искать решения.
- Быть постоянным в своем мнении.
- Не избегать конфликтов, а конструктивно использовать их для глубокого диалога.
- Предоставлять друг другу достаточно пространства для творчества и успеха.
- Быть достаточно скромным, чтобы учиться у других.

Жизнестойкость команды — нечто большее, чем сумма выигрышных черт каждого отдельного члена. Она скрыта в качестве взаимодействия между участниками, как показано в истории 39.

История 39. Пять уроков, извлеченных из наблюдения за гусиной стаей

Стая гусей, летящая клином, имеет на 71% большую дальность полета, чем одна птица, летящая в одиночку. Взмах крыльев каждого гуся создает подъем для следующей за ним птицы. Урок первый заключается в том, что люди, разделяющие общее направление и чувство общности, могут быстрее и легче добраться туда, куда нужно, потому что движутся, подталкиваемые друг другом.

Всякий раз, когда гусь выпадает из клина, он чувствует сопротивление при попытке лететь в одиночку и быстро возвращается в строй. И вот второй урок: было бы неплохо оставаться в строю с теми, кто направляется туда, куда и нам нужно, и быть готовыми принять их помощь, а также помочь другим, ищущим поддержки.

Когда ведущий гусь устает, другой гусь летит во главе. Стоит по очереди выполнять сложные задания и разделять лидерство. Подобно гусям, мы зависим от навыков и возможностей друг друга; ни один человек не имеет права руководить при любых обстоятельствах и во все времена. Лидерам время от времени нужно уступать, а другие должны чувствовать себя комфортно, делая шаг вперед, и это третий урок.

Когда гусь заболевает или получает травму, два гуся спускаются за ним, чтобы защитить его. Они остаются с ним до тех пор, пока тот снова не сможет летать или не умрет, а затем они вылетают другим клином или догоняют свою группу. Урок четвертый: нам нужно поддерживать друг друга и в трудные времена, и тогда, когда мы сильны.

Гуси сигнализируют сзади, призывая тех, кто впереди, не сбавлять скорости. Наконец, урок пятый: следует убедиться, что наш сигнал сзади является поощрением, а не чем-то еще. Продуктивность намного выше в группах, где есть поощрение [McNeish, 1972].

Процветающие команды

Ранее упоминалось, что в здоровых отношениях на каждое отрицательное или неодобрительное замечание и сигнал приходится пять положительных сигналов [Gottman, 1994]. Исследование различий между *процветающими* командами и командами, у которых дела идут хуже или из рук вон плохо, показало, что в хорошо функционирующих группах коэффициент *позитивности* составляет 5:1 или даже 6:1 [Losada & Heaphy, 2004]. В каче-

стве примера таких положительных отзывов или сигналов можно привести то, что помощь коллегам в предстоящем проекте или презентации делает людей счастливее. Альтруисты в офисе с большей вероятностью будут преданы своей работе и с меньшей вероятностью уволятся с нее. Те, кто помогают другим, более счастливы на работе, чем те, у кого нет цели помогать.

Спроектировать желаемое будущее процветающей команды и пути к нему участники могут, задавая вопросы, ориентированные на будущее, например: “Предположим, мы встретимся в аэропорту, и вы скажете, что выиграли первый приз в конкурсе на лучшую команду. Ваша команда вот-вот сядет в самолет, чтобы забрать приз. Конечно, должна быть произнесена речь. Как вы объясните, почему вам удалось стать лучшей командой? И кого вы собираетесь благодарить?”

Есть такой *вопрос команды мечты*: “Как ваша команда будет функционировать в будущем, если будет работать сообща, как команда мечты?” Расспросите о формулировке цели и о том, каковы будут преимущества ее достижения, как это отразится на мотивации. Путь к цели представляется как поэтапный процесс, для которого нужно определить конкретные действия на завтра, следующую неделю и следующий месяц. Конечно, следует учитывать сильные стороны и ресурсы внутри коллектива и за его пределами, а также исключения. Вместо термина *исключения* можно сослаться на *случаи, когда продвижение к заявленной цели имело место в ходе другого проекта*. Кто приложил руку? Как насчет недавнего прогресса? Кто или что имело значение? Как все получилось?

Во время последующей встречи проводится оценка, чтобы выяснить, какой прогресс был достигнут и кто заслуживает за это похвалы. *Опрос на основе позитивной оценки* (Appreciative Inquiry, AI) [Cooperrider & Whitney, 2005] имеет много общего с ПП и ОРКТ. AI — это метод реализации позитивных изменений в организациях путем поиска лучшего в людях, коллективах и их мире. Это систематическое открытие источников жизни системы в периоды расцвета, когда она наиболее эффективна с экономической, экологической и общечеловеческой точек зрения. Это искусство и практика постановки вопросов, чтобы укрепить систему в способности воспринимать, предвосхищать и усиливать позитивный потенциал. Вместо отрицания, критики и диагноза — открытие, мечта и замысел. В AI предполагается, что у каждой системы есть множество неиспользованных, богатых, вдохновляющих примеров позитива. В отличие от модели решения проблем с ее акцентом на проблемы, AI направлен на положитель-

ные элементы внутри организации. Есть еще одно существенное отличие: благодаря AI каждый сотрудник участвует в запуске необходимых изменений. Значит, большие изменения могут быть осуществлены за очень короткий промежуток времени, поскольку ключевые принципы доведены до максимума. Например, если организация сталкивается с недовольными клиентами, вопрос AI звучит не как “Почему клиентам не нравится наша работа?”, а так: “В какой момент клиенты были довольны нашей работой?” Команду не спрашивают: “Расскажите, почему у вас так много конфликтов?” Ее приглашают рассказать о себе с *наилучшей стороны*.

Чем-то похожа на уклад стаи гусей (см. историю 39) концепция *роевого интеллекта* [Stam & Bannink, 2008; Bannink, 2010c]. Алгоритм стаи птиц использован для описания позитивной команды или организации. Человеческий разум (следовательно, и его интеллект) — это социальный феномен, возникающий в результате взаимодействия в социальном мире. Таким образом, человеческий интеллект — действительно результат человеческого общения. Это происходит путем оценки, подражания и сравнения с поведением других людей, а также путем извлечения уроков из их опыта и успешных решений. Это объясняет, как стая птиц может демонстрировать очень умное и сложное поведение, несмотря на скудные индивидуальные возможности мозга. Таким образом, рой — это система социальных процессов. Роевое поведение у людей проявляется в виде идей, религиозных убеждений, установок, поступков и всего остального, что связано с разумом. Это актуально как для команд, так и для организаций. Для моделирования поведения роя была разработана компьютерная модель и сформулированы три правила, необходимые для работы программы.

- Отступи, пока не столкнулся с другим.
- Старайся летать так же быстро, как птица рядом в стае.
- Стремись лететь в центре стаи.

Если перевести эти правила в практические советы для команд, *роевой интеллект* означает следующее.

- Знай, что происходит (будь любопытным, непредвзятым, информированным).
- Работай с другими ради улучшения ситуации (ищи и применяй решения).
- Помоги коллеге рядом делать свою работу хорошо (помоги решениям реализоваться).

Рассматривая эти правила, становится ясно, что каждое правило связывает одинокую птицу с другими. Правила вплетают отдельных людей в систему (команду или организацию). Соблюдая только эти три простых правила, пятна на экране компьютера вели себя как рой пчел, стая птиц или рыб. Миграция — способность птиц сочетать общую цель (например, луг на юге Франции) с острой чувствительностью к магнитным полям. Чувствительность команды или организации зависит не от магнитных полей, а от коммуникации, в которой применяются следующие правила ОРКТ.

- Если что-то работает (лучше), делайте это чаще.
- Если что-то не работает, попробуйте что-нибудь другое.
- Если что-либо сработало, запомните сами и научите этому других.

Каждый член команды или организации несет ответственность за качество своих личных взаимодействий. Ганди сказал: “Станьте теми изменениями, которые хотите видеть в мире”. Применительно к командам это утверждение можно адаптировать так: “Будьте теми изменениями, которые вы хотите видеть в своей команде”.

Командный коучинг

Существует множество форм командного коучинга, большинство из которых по-прежнему ориентированы на решение проблем. Однако в последние годы все больший интерес к этим моделям проявляют ПП и ОРКТ. При таких подходах отправной точкой становятся сильные стороны и решения, а не сама проблема. Разговоры о проблемах создают проблемы; разговоры о решениях создают решения. Позитивный коучинг команд ориентирован на достижение целей и повышение компетентности. Повышается оптимизм и надежда, самоэффективность и самоуважение, а команда лучше функционирует даже в случае конфликтов [Bannink, 2010b].

Если сравнить теорию позитивных эмоций “расширяй и развивай” (см. главу 1) с кратковременной терапией, обнаружится много сходств. Похоже, что коучи генерируют положительные эмоции, задавая вопросы открыто и позитивно в сочетании с воображением, воспоминаниями и ресурсами. Так возникает более широкий репертуар мыслей и действий. Члены команды не только находят больше решений для себя, но и более любопытны, открыты и готовы принимать мысли других. Команда эффективнее взаимодействует, и результаты организации улучшаются.

Теория позитивных эмоций “расширяй и развивай” не только подтверждает силу фокуса на решении, но и наталкивает на размышления относительно использования и направления ОРКТ в организациях и аспектов, на которых должны сосредоточиться терапевты, чтобы максимально задействовать то, что эффективно [Glass, 2009, p. 39].

Упражнение 116. ХОРОШИЕ И НАДЕЖНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

С помощью четырех простых рекомендаций можно наладить крепкие, надежные взаимоотношения между коллегами. Сотрудничество одним или несколькими из следующих способов создаст больше позитива. Попросите членов команды практиковать их в течение дня при любой возможности. Попросите обратить внимание на то, чем эти рекомендации отличаются от игнорирования или сплетен (в негативном ключе). Как реагируют другие, и как меняются отношения? Рекомендации заключаются в следующем.

1. Уважайте других участников; будьте рядом и уделяйте внимание.
2. Поддерживайте коллег, когда сможете.
3. Доверяйте им и дайте понять, что вы уверены в их помощи вам.
4. Веселитесь вместе и получайте удовольствие без определенной цели.

Упражнение 117. СТЕНА ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Это упражнение с командой занимает около тридцати минут и помогает людям получить четкое представление о том, какие действия эффективны, вдохновляют, укрепляет отношения и доверие. Повесьте на стену большой лист бумаги с именами всех членов команды. Напишите в верхней части листа: “Что мы ценим в каждом”. Затем предложите каждому взять фломастер и написать, что он ценит в действиях других, прямо под именами. Когда примерно через 15 минут все будет готово, обсудите вместе с командой написанное. Руководитель группы может задавать вопросы, например: “Кто написал этот комплимент? Как вы заметили, что этот человек обладает такой способностью? Что в этом хорошего?” Часто ответы восторженны. Конечно, хвалить людей напрямую и принимать их комплименты иногда бывает неловко, но с этим упражнением процесс обычно проходит легко и весело.

Моим предложением было использовать комбинацию ПП и ОРКТ в книге *Solution-Focused Leadership* (Лидерство, ориентированное на решение) [Bannink, 2010с].

Многие советы и упражнения в этой книге полезны для оказания помощи коллегам, страдающим от ВТС, которые хотят выздороветь, развиться и повысить жизнестойкость. Кроме того, многие упражнения полезны для работы с жизнестойкостью команд и организаций.

В следующей главе мы рассмотрим будущее посттравматического успеха.

Резюме

- Основной фактор защиты от развития ПТСР — отношения, где преобладает забота и поддержка, любовь и доверие, которые поощряются как внутри семьи, так и за ее пределами.
- Социальная устойчивость опирается на сильные стороны и ресурсы, формирующие модели позитивной адаптации.
- Цели приближения и избегания связаны с различными социальными результатами.
- В парах активное и конструктивное реагирование — единственный способ построить позитивные отношения.
- В семейной терапии клиентам предлагается сформулировать (общую) цель и выяснить, что работает и представляет собой прогресс.
- Существует четкая связь между благополучием на работе (индивидуальным и командным) и хорошим здоровьем.
- Профессионалы, работающие с людьми, пережившими травму, подвержены риску развития вторичного травматического стресса (ВТС), но у них тоже есть шанс выжить и процветать. Это называется *вторичным посттравматическим успехом*.
- Команды могут преуспевать, задавая вопросы, укрепляющие способность участников воспринимать, предвосхищать и усиливать позитивный потенциал. Отрицание и критику заменяют мечты и открытия.
- Описана форма коучинга, основанная на целях и способностях. Это подспорье оптимизма и надежды, самоэффективности и самоуважения. Команда лучше справляется со своими задачами даже в случае конфликтов.

Будущее посттравматического успеха

Люди чаще руководствуются будущим, чем прошлым, и поэтому наука, которая исследует ожидания, планирование и сознательный выбор, будет более действенной, чем наука о привычках, побуждениях и обстоятельствах. То, что нас влечет будущее, чрезвычайно важно и прямо противоречит наследию социальных наук и истории психологии. Тем не менее это основная и неявная предпосылка ПП и ОРКТ [Seligman, 2011]. Для дальнейшего развития науки о процветании человека и достижения полного психического здоровья, будь то в области профилактики или терапии, ученые должны изучать этиологию и методы лечения, связанные с психическим здоровьем, и развивать науку о психическом здоровье. Теоретически самая большая проблема в этой области на ближайшие годы заключается в том, удастся ли создать полезную альтернативную немедцинскую парадигму для изучения посттравматического стресса.

В этой главе мы рассмотрим, как можно сместить акцент с посттравматического стресса на *посттравматический успех* в области исследований и обучения. Это может привести к формированию качеств, нужных отдельным людям и сообществам не только чтобы выстоять, но и процветать. Французский писатель Марсель Пруст (1871–1922) считал, что единственное настоящее путешествие к открытиям состоит не в поиске новых пейзажей, а в том, чтобы взглянуть на них новыми глазами [Proust, 1992].

Исследование

Профилактика

Могут ли *профилактические методы по повышению жизнестойкости* на самом деле сделать людей более стойкими? Конечно, мы хотим про-

двигать устойчивость в широком масштабе. Но, к сожалению, некоторые профилактические методы оказались на удивление неэффективными и даже вредными. Несмотря на то что идея предотвращения развития патологии после травмы у лиц, подвергшихся воздействию таких стрессовых ситуаций, как жестокое обращение или избиение, имеет очевидные достоинства, важно предвидеть потенциальные неблагоприятные последствия этих вмешательств [Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011].

Дебрифинг стресса критических инцидентов (ДСКИ) — вмешательство, состоящее из одного сеанса, способное снизить частоту психопатологии после травмирующих событий и подчеркивающее важность соблюдения осторожности при планировании крупномасштабных психологических вмешательств. Однако многочисленные исследования показали, что ДСКИ не только неэффективен, но и на самом деле может быть психологически вредным [Bonanno et al., 2011]. Аналогично обзор других вмешательств, направленных на всех, кто подвергся воздействию конкретного травмирующего события, засвидетельствовал отсутствие достаточных доказательств эффективности вмешательств.

Был предпринят ряд попыток реализовать национальные программы, направленные на предотвращение конкретных целевых проблем, таких как самоубийства. Но крупномасштабные государственные образовательные программы тоже были относительно неэффективны в снижении риска самоубийств.

В программах профилактики самоубийств и программах терапии расстройств пищевого поведения есть две взаимосвязанные закономерности. Во-первых, это относительная неэффективность универсальных программ, основанных на учебных планах, в которых особое внимание уделяется дидактике. Во-вторых, относительно высокая эффективность интенсивных интерактивных программ, ориентированных на группы риска.

Другой непреднамеренный эффект мероприятий по повышению жизнестойкости — потенциальное усиление стигматизации в связи с проблемами психического здоровья в результате воздействия потенциально травмирующих событий. Если людей можно научить быть устойчивыми, то отсутствие надежных результатов может быть объяснено тем, что человек не извлек пользы из обучения.

Возможно, наиболее существенное ограничение этих программ — почти исключительная ориентация на человека. Жизнестойкость — это

не только область личных достоинств. Существует множество факторов риска и жизнестойкости, и лишь некоторые из них имеют отношение к личности и способности справляться с трудностями. Факторами окружающей среды, которые увеличивают или уменьшают риск развития хронических посттравматических проблем, по-прежнему часто пренебрегают.

К сожалению, медицинская модель ненамного приблизила нас к предотвращению серьезных проблем. Большинство моделей профилактики разрабатывались с целью сформировать компетенции, а не исправить недостатки. Исследования показали, что человеческие сильные стороны и добродетели, такие как смелость, оптимизм, навыки межличностного общения, надежда, благородство, настойчивость и умение погрузиться в поток, действуют как буферы против психических заболеваний. Следовательно, наука о человеческих достоинствах нужна для того, чтобы понять и научиться воспитывать эти добродетели в молодых людях. Работа со слабостями и увечьями привела к тому, что наука оказалась недостаточно подготовленной для проведения эффективной профилактики. Практикующие должны признать, что большая часть лучшей работы в кабинете для консультаций заключается в усилении сильных черт, а не в устранении слабых своих клиентов [Seligman & Csikszentmihalyi, 2000].

Терапия

Движение сильных сторон имеет два измерения. Во-первых, считается: совершенство не является противоположностью неудаче, и эксперт мало что узнает о совершенстве, изучая неудачи. Процесс изучения феномена фактически изменяет этот феномен: в процессе исследования мы создаем новые реальности. Изучение плохого, наихудшего и невозможного дает начало для волновых эффектов благодаря “эффекту простого измерения” [Morwitz & Fitzsimons, 2004]. Тот же принцип верен для исследования хорошего, более совершенного и возможного.

Моя терапевтическая модель *посттравматического успеха* нова. Это первая книга об этом многообещающем подходе, объединяющем два недавних подхода в психотерапии с позитивной направленностью: позитивная психология и ориентированная на решение краткосрочная терапия. Это означает, что до сих пор никаких исследований не проводилось. Конечно, модель нужно проверить и объективно оценить. Какие критерии следует использовать для оценки модели? Как узнать, приводит ли она к

лучшим результатам терапии? Какие механизмы изменений действуют? Чем эта модель отличается от других подходов?

Следует провести исследование конкретных элементов и того, как они влияют на определенные группы населения и могут использоваться для решения определенных проблем в конкретных условиях. Информация, полученная в результате исследований, также позволит терапевтам преуспевать в своей профессии, а не просто выживать. Для этой цели будет полезен микроанализ разговоров (см. главу 7). Необходимы первопреходцы и более масштабные исследования с рандомизированными контролируруемыми испытаниями (РКИ), поскольку это лучший способ определить эффективность того или иного подхода. Эти исследования станут доказательной базой в поддержку модели как эффективного подхода.

Хочется надеяться, что соображения экономической эффективности наряду с социальными и технологическими изменениями превратят эту новую модель (столь же эффективную по телефону, Skype или Интернету, как и в кабинете консультанта) в подход будущего, особенно потому, что в ней используются протоколы, которые легко распространять в социальных сетях.

Обучение

До недавнего времени основной упор в подготовке работников сферы психического здоровья делался на человеческие недостатки и слабости. Так психологи стали *виктимологами* и *патологизаторами*. Однако медленно, но верно наблюдается сдвиг в сторону позитива (см. главу 1). За последние 45 лет Мартин Селигман [Seligman, 2011] преподавал в психологии почти всё. Однако, по его словам, ему никогда не было так легко преподавать, и его оценки никогда не были такими высокими, как тогда, когда он работал с ПП. Рассказывая об аномальной психологии, он не мог давать своим студентам осмысленные, основанные на опыте домашние задания; они не могли стать шизофрениками на выходные. Но в ходе знакомства с основами ПП он мог предложить упражнение на благодарность, чтобы продемонстрировать свою точку зрения.

В ходе будущих программ обучения нужно найти новый и более позитивный баланс между акцентом на патологии и сильных сторонах и решениях клиентов и их окружения. Следует уделять больше внимания позитиву в дополнение к негативу, присущему традиционным подходам.

В конце концов, цель состоит в том, чтобы создать большую группу терапевтов, которые будут позитивно подходить к травме и, в свою очередь, смогут обучать этому других. Нам нужно, чтобы профессионалы осознавали: большая часть их работы заключается в усилении сильных сторон и эффективных решений клиентов, а не ликвидации слабостей и проблем.

В программах обучения также следует уделять больше внимания *измерению результатов*. Общепринято, что компетентность — залог эффективности, если эти понятия вообще не равнозначны. Потому требуется непрерывное образование, чтобы терапевты держались в курсе событий, заинтересованные в положительном результате терапии. Подавляющее большинство тренингов не включают в себя никаких методов оценки эффективности подхода. Вместо этого акцент делается на овладении навыками или техниками определенного направления либо стиля терапии. Но акцент на компетентности, а не на результате снижает эффективность. Исследования показали, что взаимосвязи между уровнем опыта и эффективностью терапевтов нет (или она незначительна) [Clement, 1994]. Освободившись от традиционного упора на модели и техники, терапевты смогут приблизиться к главной цели своей деятельности — помогать людям меняться.

Фокус на благополучии клиентов

Клиенты наделяют смыслом и определяют реальность, используя слова и разговаривая друг с другом. Способность клиентов меняться связана с их способностью видеть многое по-другому. Сдвиги в восприятии и определении реальности клиентами, являющиеся частью решений, наиболее легко происходят в разговорах об альтернативных вариантах будущего и полезных исключениях. Решения зависят от способности клиентов развивать и расширять свои представления о желаемом и способах достичь этого, а не от научного определения проблемы, технической оценки и профессионального вмешательства [De Jong & Berg, 2002, p. 349].

С навыками поддержания целенаправленных бесед терапевты позволяют клиентам по-новому представить и определить необходимые для более удовлетворительной и продуктивной жизни элементы. Строго говоря, терапевты не конструируют альтернативные смыслы; только клиенты могут сделать это. Профессионалы уважают способности клиентов и ведут с ними содержательные беседы, чтобы те могли добиться большего в жизни.

Таким образом, акцент на искусстве психотерапии добавляется к фокусу на техниках, а акцент на психическом здоровье присоединяется к фокусу на психических заболеваниях. Уменьшение страданий — это только одна сторона работы психолога. Достижение успеха, *выживание и процветание* — вторая незаменимая составляющая (отсюда и подзаголовок книги).

Если наука продолжит доказывать, что одним из важнейших компонентов благополучия является способность любить и быть любимым, заботиться и принимать заботу, то наши методы, вмешательства и обучение будут все больше ориентированы на позитив, будь то в клиниках, школах или на работе [Gilbert, 2010].

Фокус на благополучии терапевтов

В главе 10 было описано исследование, показавшее, что 11–61% психологов имеют по крайней мере один депрессивный эпизод в своей жизни и что они подвержены риску развития вторичного травматического стресса. Любой специалист в области здравоохранения или психического здоровья знает об усталости от сострадания, также известной как *вторичный травматический стресс* (см. главу 11). Для этого состояния характерно постепенное уменьшение сострадания с течением времени, сопровождающееся безнадежностью, неспособностью переживать удовольствие, стрессом и тревогой, а также всепроникающим негативным отношением. Это ведет к снижению продуктивности, неспособности сосредоточиться и развитию чувства некомпетентности и неуверенности в себе. В медицинских кругах такое состояние часто называют *эмоциональным выгоранием*.

Исследования в области микроанализа (см. главу 7) показали, что позитивный разговор приводит к еще более позитивному разговору, а негативный — к еще более негативному. Значит, акцент на позитиве способствует позитивной встрече (совместными усилиями с клиентом), в то время как негатив делает обратное.

Мартин Селигман [Seligman, 2011] описал влияние ПП на практиков. По его словам, ПП делает людей счастливее. Преподавание ПП, изучение ее принципов, практика тренерами или терапевтами, проведение упражнений и экспериментов с детьми и подростками, занятия по посттравматическому росту с военными, встречи с другими позитивными психологами и просто чтение в этом направлении делает людей счастливее.

Селитман сообщил, что люди, работающие в области ПП, были людьми с самым высоким уровнем благополучия, который он когда-либо наблюдал в специалистах по психическому здоровью.

Питер де Йонг и Инсоо Берг [De Jong & Berg, 2002] описали влияние ОРКТ на практиков. Они цитировали терапевтов, работающих с группами по борьбе с бытовым насилием, группами для подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, и родителей подростков, находящихся на испытательном сроке, а также врачей, работающих со всем спектром клиентов в местной психиатрической клинике.

Занимаясь терапией, ориентированной на проблему, мы все время уставали. Казалось, мы никогда не знали, когда клиент заканчивал терапию, и часто чувствовали, что делаем всю работу сами, и должны были быть экспертами и выяснить, как исправить или излечить клиента... Терапия, ориентированная на решение, была глотком свежего воздуха. Внезапно именно клиент сам определил, когда он закончит терапию. Там были четкие поведенческие сигналы, когда цель была достигнута. Мы работали сообща с клиентом, чтобы вместе выяснить, что было бы полезно. Мы больше не прислушивались к многомесячным проблемам, а прислушивались к сильным сторонам и способностям. Мы больше не видели в клиентах ярлыки DSM. Они стали заслуживающими доверия существами, полными возможностей... Нам определенно стало легче [De Jong & Berg, 2002, p. 322].

Многие терапевты устают и начинают задаваться вопросом, зачем они вообще взялись за эту трудную работу. Так что же удерживает их от того, чтобы поддаться эмоциональному выгоранию или найти работу, которая доставляет больше удовольствия? В ходе двадцатилетнего многонационального исследования 11 тыс. терапевтов обнаружилось, что те остаются в профессии не из-за материального вознаграждения или перспективы профессионального роста, а потому, что, прежде всего, ценят глубокую связь с клиентами и помогают им совершенствоваться. Вдобавок клиницисты постоянно сообщают о сильном желании продолжать изучать свою профессию, независимо от того, как долго они практикуют. *Профессиональный рост* — очень сильный стимул и основное средство предотвращения эмоционального выгорания [Orlinsky & Ronnestad, 2005]. То, к чему стремятся терапевты в профессиональной карьере, наряду с удовлетворением от работы называется *вовлеченностью в процесс исцеления*. Эта концепция описывает терапевтов с наилучшей стороны: речь идет

о том, что, по сообщениям специалистов, они были лично вовлечены, демонстрировали высокий уровень эмпатии и чувствовали себя эффективными и способными конструктивно справиться с трудностями. Это чувство возникает в результате совокупного карьерного роста терапевтов по мере того, как они совершенствуют клинические навыки и повышают мастерство. Но еще более мощным фактором вовлеченности есть ощущение текущего роста — ощущение того, что учишься в повседневной работе, углубляя и улучшая знания с каждой новой встречей. Этот рост имеет фундаментальное значение для позитивного настроя и увлеченности. Ощущение того, что в настоящее время мы растем, заряжает новой энергией, и это главный союзник в борьбе с эмоциональным выгоранием.

Для достижения чувства целительной вовлеченности требуется постоянная оценка того, где вы находитесь, по сравнению с тем, где были раньше [Duncan, 2010]. В литературе есть убедительные доказательства: не все терапевты работают одинаково хорошо, и большинство из них плохо оценивают ухудшение состояния клиента (см. главу 9). Они также не всегда адекватно оценивают свои усилия. В одном исследовании [Sapyta, Riemer, & Bickman, 2005] клиницистов всех типов попросили оценить эффективность своей работы. Около 66% поставили себе высший балл. Ни один терапевт не оценил себя как человека ниже среднего! Если помните, что такое колоколообразная кривая, то знаете, что это логически невозможно. Следовательно, необходим какой-то количественный стандарт в качестве ориентира. Время для оценки результатов — например, с использованием шкалы оценки результатов (ORS) и шкалы оценки сеансов (SRS), как описывалось в главе 9, — связано как с осознанием своего мастерства, так и с ощущением текущего профессионального роста. Ясно, что от обратной связи выигрывают не только клиенты, но и терапевты. В крупнейшем за всю историю рандомизированном клиническом исследовании семейной терапии [Anker et al., 2009] обнаружилось, что комментарии клиентов о пользе и соответствии услуг в ORS и SRS влекли за собой значимые изменения почти в четыре раза чаще, чем альянсы, не работающие с обратной связью. Контроль эффективности также улучшил результаты 9 из 10 терапевтов. Это открытие подразумевает, что многие эксперты могут стать *супертерапевтами*, если будут активно отслеживать свое развитие и развитие своих клиентов.

В целом многие профессионалы работают в рамках ПП и ОРКТ (психотерапевты, коучи, медиаторы, учителя) подтверждают эти выводы, но в

противоположном направлении: позитив в работе способствует их личному благополучию и профессиональному росту. Большинство специалистов в ОРКТ также считают, что адекватных терапевтических навыков можно достичь, затратив меньше времени на обучение и опыт, чем в случае с другими видами терапии.

Можно выделить еще два преимущества этой модели. Во-первых, позитивная супервизия [Bannink, 2012b, 2014]. В рамках того же отрезка времени можно рассмотреть гораздо больше случаев, уделяя особое внимание сильным сторонам и решениям коллег, а не их слабостям и неудачам, что повысит результаты. Второе преимущество заключается в том, что опыт в краткосрочной, целенаправленной и ориентированной на сильные стороны терапии в нынешние времена экономического спада сделает терапевтов высоко востребованными на рынке.

История 40. Рай или ад

Женщина умерла и обнаружила, что стоит в прекрасном банкетном зале. Огромный стол в центре зала был уставлен изысканнейшими блюдами и винами. Она подумала: "Должно быть, это рай!" Она села за стол и тут заметила нечто ужасное. Обе ее руки были в шинах, так что она не могла сгибать локти. Ей легко удавалось дотянуться до деликатесов, но не было возможности поднести их ко рту. Другие люди, сидевшие за столом, испытывали те же трудности: их руки тоже были в шинах, и они не могли есть или пить. Все были злы, разочарованы, голодны и даже плакали, но ничто не могло спасти их от этой участи.

"Это точно не рай, — подумала женщина. — Должно быть, это ад. Интересно, на что похожи небеса?" Желание перенесло ее в другой банкетный зал, но там она обнаружила, что ее руки и руки других людей тоже были в шинах. Но было что-то особенное в этой группе людей, которые все казались счастливыми и сытыми. Затем она увидела, в чем разница: они не пытались сгибать руки. Каждый брал лакомство, протягивал без труда руку и кормил соседа напротив. Женщину кормили, и она кормила других. "Дело не только в еде", — подумала она, потому что они начали общаться между собой, обмениваясь историями, проникаясь чувством оптимизма и испытывая общую радость. Потому она решила: "Должно быть, это рай".

Автор неизвестен

Мосты

До сих пор традиционные подходы к лечению травм были далеки от ПП и ОРКТ. Я живу в Нидерландах, где нам приходится наводить мосты, чтобы выжить (и процветать: мы одна из самых счастливых наций в мире), но поскольку моя миссия — сделать этот мир лучше (пусть даже капельку), моя цель заключается в наведении мостов между различными областями психотерапии и за ее пределами. В своей профессии я часто использую поговорку: “Чем шире пропасть, тем красивее мост”.

С помощью этой модели я хочу навести мосты между исследованиями и обучением в области традиционной терапии, а также исследованиями и обучением в области ПП и ОРКТ, чтобы извлекать пользу и сотрудничать, делая этот мир лучше для наших клиентов и нас самих. Пейзаж может остаться прежним, но если взглянуть на него новыми глазами, нас ждет настоящее путешествие, полное открытий!

Популярные вопросы

Говорят, что мудрый человек — не тот, кто дает правильные ответы, а тот, кто задает правильные вопросы. Ниже приведены мои ответы на 23 часто задаваемых вопроса. Я приветствую вдохновляющие ответы своих клиентов и коллег и прошу присылать мне предложения на адрес электронной почты solutions@fredrikebannink.com.

Вопрос 1. Что делать, если у клиента нет цели?

- Похвалите человека за то, что он пришел и поговорил с вами.
- Спросите, кто направил его к вам и что, по его мнению, этот добροжелатель хочет изменить с помощью терапии.
- Обсудите с клиентом недостатки или возможные опасности изменений.
- Пригласите клиента встретиться с вами снова в будущем.
- Не давайте никаких советов по домашнему заданию.

Вопрос 2. Что делать, если клиентка хочет чего-то, что ей не подходит?

- Попытайтесь понять ее точку зрения.
- Спросите клиентку, чем это может быть ей полезно.
- Поинтересуйтесь, почему она хочет этого? Что такого в ее жизни подталкивает ее (например, употребление алкоголя или наркотиков)?
- Используйте позицию стороннего наблюдателя: “Предположим, мы спросили бы вашего партнера (детей, коллег) о том, как это могло бы быть полезно для вас или для них. Как вы думаете, что бы он (она, они) сказал?”
- Только в самых редких случаях необходимо отказаться от самоопределения вашего клиента.

Вопрос 3. Что делать, если цель клиента нереалистична?

- Если нет решения, то нет и проблемы (но есть факт невозможного, см. главу 5). Проблема может быть решена; факт или невозможное сдвинуть нельзя, и с ними нужно обращаться наилучшим из возможных способов.
- Если у клиента нереалистичная цель (выиграть в лотерею, воскресить близкого человека, вернуть время назад и предотвратить несчастный случай), спросите: “Предположим, это осуществилось. Что изменилось бы в вашей жизни?” Или спросите клиента, что бы это значило для него.
- Спросите себя, имеете ли вы дело не просто с жалобой или желанием (вызвать другое чувство или перемену в другом человеке), а с реальной целью, достижение которой подконтрольно клиенту (здорово и позитивно сформулированная цель).

Вопрос 4. Что делать, если клиент не может визуализировать образы?

- Выясните, в чем причина. Иногда людям трудно представить желаемое будущее или использовать образы (например, при аутизме). Иногда клиенты отказываются работать с образами из-за опасений по поводу того, что представляет собой изображение.
- Определите, что подразумеваете под образами.
- Начните с позитивных и нейтральных образов, чтобы выяснить, есть ли у вашего клиента способность к визуализации.
- Попросите принести фотографии (например, детские, с родителями и другие позитивные).
- Перед проведением визуализации воспользуйтесь техниками релаксации.
- Начните с воображения безопасного места (см. упражнение 81) и заканчивайте таким же образом.
- Дайте клиенту образный опыт, в котором он берет все под свой контроль (например, будучи режиссером на сцене).
- Используйте слуховые, кинестетические, обонятельные или вкусовые стимулы вместо визуальных.

Вопрос 5. Что делать, если клиент отвечает: “Я не знаю”?

- Спросите клиента: “Предположим, вы знаете. Что бы вы сказали?” или “Предположим, вы знаете. Какое это имело бы значение?”
- Спросите: “Предположим, я бы спросил вашего партнера (детей, коллег, лучшего друга). Что бы они сказали? Будут ли они удивлены? Кого из ваших знакомых это удивило бы меньше всего?”
- Согласитесь с клиентом: “Да, вопросы сложные. Пожалуйста, не торопитесь”.
- Спросите себя: “Важно ли моему клиенту знать об этом?”
- Спросите клиента: “Как изменилась бы ваша жизнь, если бы вы знали?” Или: “Насколько ваша жизнь была бы лучше, если бы вы знали?” Или скажите: “Попробуйте угадать!”
- Скажите: “Конечно, вы еще не знаете, но что думаете?”
- Вероятно, сейчас происходит что-то важное, потому клиенту требуется больше времени.

Вопрос 6. Что делать, если клиентка не хочет говорить о том, что с ней произошло, или это секрет?

- Успокойте клиентку и отнеситесь с уважением к тому, что она (пока) не готова (и, возможно, никогда не будет готова) рассказать вам о том, что ее беспокоит.
- Помните, что ей вовсе не обязательно раскрывать вам свою тайну.
- Спросите ее: “Предположим, вы все-таки сказали бы мне, что вас беспокоит. Что бы это изменило?” или “Предположим, решение существует. Как бы оно повлияло на вашу жизнь?”

Вопрос 7. Что делать, если клиент не может определить ни одной сильной черты?

- Помогите человеку исследовать те сферы его жизни, в которых дела идут относительно хорошо, проявляя интерес ко всей жизни клиента, а не только к проблемным областям.
- Спросите, что в жизни он хотел бы оставить неизменным, и свяжите это с его сильными сторонами.
- Свяжите эти области с целями терапии (см. главу 6).

- Задавайте вопросы о преодолении трудностей и компетентности: “Как вы справляетесь? Как преодолели ситуацию? Как же так получается, что дела не ухудшились?”
- Предложите заполнить опрос о сильных сторонах VIA в Интернете.
- Используйте позицию стороннего наблюдателя (см. главу 7): “Предположим, у вас есть брат-близнец или сестра, сидящие прямо позади вас. Какие сильные черты они видят в вас?”

Вопрос 8. Что делать, если клиентка не может найти исключений из проблемы?

Это отношения с заявителем (см. главу 4)? Если да, то давайте только рекомендации по выполнению домашнего задания, основанные на наблюдении. Вот примеры.

- Попросите клиентку обратить внимание на то, что идет хорошо и должно оставаться неизменным, или подумать, что происходит в ее жизни и что она хотела бы продолжить делать.
- Попросите понаблюдать за положительными моментами в ее жизни и рассказать о них на следующей встрече. Когда дела идут лучше?
- Задавайте вопросы о шкале: “Понаблюдайте, когда вы поднимаетесь на один балл выше по шкале и что вы и ваши близкие делаете по-другому в этот момент”.
- Попросите обратить внимание на то, что дает надежду на разрешение проблемы.
- Используйте домашнее задание по прогнозированию: “Спрогнозируйте, каким будет завтрашний день. Завтра вечером найдите объяснение, почему день сложился именно так, а затем сделайте новый прогноз на следующий день”.
- Попросите заметить, что именно происходит, когда проявляется исключение, и рассказать вам об этом подробнее: “Что в этом случае отличается, и что другие делают иначе?”
- Если клиентка считает, что проблема заключается в другом человеке и его нужно изменить: “Подумайте, когда этот человек слушается вас, как меняются отношения? Что, по его мнению, вы делаете тогда полезного для него?”
- Пускай клиентка спросит других людей, какие исключения они видят.

- Спросите: “Предположим, вы нашли исключение. Что это изменит?”
- В приложении Б описан поиск исключений, относящихся к цели и проблеме.

Вопрос 9. Какова роль диагностики в этой модели?

- Диагностика важна, но она должна касаться не только расстройств (DSM-5) и того, что не так с клиентом. В ходе анализа изучаются сильные стороны (VIA) и ресурсы, а также аспекты, в которых у клиента все в порядке (см. главу 6).
- Диагностика должна включать в себя изучение всего эффективного в жизни клиента.
- Диагностика должна касаться не только трудностей (анализ проблемы), но и предпочтительного состояния (анализ цели).
- В современной медицине структура решения проблем предполагает связь между проблемой и ее решением. Не всегда обязательно начинать терапию с оценки проблем. Есть модель ступенчатой диагностики [Bakker et al., 2010] (см. главу 4).
- Диагностика связана с отношениями с клиентом: это отношения с посетителем, заявителем или потребителем (см. главу 4)?
- В КПТ проводят анализ функционального поведения проблем и/или исключений из проблем [Bannink, 2012a].

Вопрос 10. Что делать, если клиент находится в кризисной ситуации или склонен к самоубийству?

- Помните, что клиенты, находящиеся в кризисе, быстро стабилизируются, если им будет предложено направить свое внимание на то, чем они хотят отличаться (формулировка цели), и использовать свои успехи и способности.
- Задавайте вопросы о преодолении трудностей и вопросы о компетентности: “Как вам удастся жить дальше, учитывая эту сложную ситуацию?”
- Вселите надежду в клиента: “На что вы больше всего надеетесь? Почему?”
- Спросите, чем можете быть полезны: “Чем я могу вам помочь? Что, по вашему мнению, самое полезное психолог способен сделать?”

- Спросите, знает ли кто-нибудь еще об этой ситуации.
- Что клиент уже предпринял с начала кризиса? Что оказалось полезным, пусть даже совсем немного?
- Помните, что по крайней мере половина сеансов с клиентом, склонным к суициду, должна быть посвящена причинам, по которым человек жив.
- Спросите, что клиент хочет изменить в своей жизни или ситуации.
- Спросите: “Предположим, вы почувствовали себя спокойнее, и вам все стало немного понятнее. Что тогда было бы по-другому? Что бы вы сделали в первую очередь?”
- Поинтересуйтесь: “Как вы смогли встать утром, прийти сюда и попросить о помощи? Что вы делаете, чтобы позаботиться о себе в этих обстоятельствах?”
- Спросите: “Кто и что помогло бы больше всего в данный момент?”
- Спросите, как клиент проведет остаток дня.
- Могло ли все быть хуже, чем сейчас. Если да, то почему дела идут не самым худшим образом.
- Спросите: “Что самое важное запомнить, чтобы справиться с ситуацией?”
- Ищите исключения: “Как часто у вас возникают эти (суицидальные) мысли?”
- Как всегда, в ход идет шкала: “Оцените, насколько хорошо справляетесь с трудностями сейчас, по шкале от 10 до 0, где 10 означает, что вы справляетесь с ситуацией оптимально, а 0 означает, что вообще не можете с ней совладать. Как получилось, что вы уже находитесь на этой отметке шкалы? Как бы выглядела ситуация, если оценить ее на один балл выше? Как бы вы поняли, что оказались на балл выше? Как можно подняться? Насколько вы мотивированы? Вы уверены, что удастся подняться по шкале? Что изменится в таком случае? Вам это важно?”

Вопрос 11. Сколько сеансов необходимо в этой модели?

- В ОРКТ среднее количество сеансов составляет три-четыре (с теми же последующими результатами, что и при терапии, ориентированной на решение проблем).

- В этой модели количество сеансов может быть меньшим по сравнению с традиционными подходами, потому что, если не будет оценки проблемы, терапия сократится.
- Помните, что клиент (а не психолог) определяет цель терапии и указывает, когда следует прекратить встречи. Обычно это происходит на более ранней стадии, чем ожидается.
- Помните, что во время первого сеанса клиента спрашивают о том, когда он считает терапию успешной и когда она может закончиться. Это свидетельствует о том, что терапия ограничена и целенаправленна. Тогда как в традиционных формах разговоры о завершении лечения начинаются только тогда, когда терапия почти закончена.

Вопрос 12. Можно ли сочетать традиционную терапию для людей, переживших травму, с этой моделью?

- Да, традиционные методы лечения могут сочетаться с этой моделью.
- Например, полезна комбинация EMDR и этой модели. Сначала терапевт предлагает клиенту найти исключения из проблемы. Затем можно использовать какую-нибудь технику EMDR, чтобы подняться по шкале благополучия.
- Помните, что клиент — эксперт в своей жизни. Спросите, что ему уже известно о заявленной технике.
- Можете сначала объяснить некоторые традиционные методы (например, экспозиция, EMDR или терапия, сфокусированная на страдании), а затем предложите поразмыслить, какой метод кажется наиболее полезным.

Вопрос 13. Можно ли попросить клиента выбрать между традиционными моделями терапии и этой?

- Как терапевт, вы должны обладать навыками обеих форм терапии.
- Милтон Эриксон, знаменитый психиатр-гипнотерапевт, часто предоставлял своему клиенту выбор из двух или более альтернатив. Чувство выбора и свободы воздействует лучше, чем когда клиенту точно говорят, что делать. На самом деле, как только клиент выбирает конкретную альтернативу, он более привержен этому выбору.

Вопрос 14. Что делать, если клиентка говорит: “Вы же эксперт! Скажите, как мне быть”?

- Спросите клиентку, помнит ли она случаи, когда другие люди говорили ей, что делать, и это сработало.
- Спросите, не хочет ли она ответить на несколько вопросов, прежде чем вы предложите что-либо.
- Затем спросите об исключениях из проблемы, а также о ее способностях и успехах в прошлом.
- Пусть клиентка выступит экспертом. Например, объясните, что другие решали проблемы, аналогичные той, с которой столкнулась она, с помощью X, Y или Z. Предложите поразмыслить над тем, какое решение она может счесть наиболее полезным.
- Предложите устроить несколько поведенческих экспериментов. Например, *притвориться, что чудо уже произошло*, и понаблюдать за реакцией других.
- Будьте осторожны: “Я думаю, у меня есть идея, но я уверен, что вы уже пробовали ее, и это, скорее всего, не сильно помогло... Вы когда-нибудь пытались?..”

Вопрос 15. Что, если клиент захочет найти объяснение тому, что с ним не так?

- Помните, что мы, люди, всегда ищем объяснений.
- Также помните, что вам не нужно делать это вместо клиента.
- Лучше спросите его: “Предположим, у вас было бы объяснение. Что бы это изменило? Чем бы вам помогло объяснение? Какая часть объяснения у вас уже есть?”
- Спросите, что он может сделать, чтобы получить информацию, якобы полезную для поиска нужного ему объяснения.
- Спросите, чем вы могли бы быть полезны.
- Фокус на объяснениях порой указывает на отношения с заявителем (см. главу 4).

Вопрос 16. Что делать, если клиентка хочет говорить только о прошлом?

- Спросите себя, работаете ли вы с кем-то, кто готов измениться. Возможно, это отношения с заявителем (см. главу 4), и следует соответствующим образом скорректировать свои действия.
- Спросите себя, работаете ли вы над достижением цели клиента. Убедитесь, что он хочет достичь цели больше, чем вы.
- Спросите клиента: “Как вы думаете, сколько сеансов нужно провести, чтобы поговорить о проблемном прошлом (и/или проблемном настоящем), прежде чем вы будете готовы и сможете говорить о предпочтительном будущем?”
- Спросите, как разговоры о прошлом помогут клиентке достичь своей цели.
- Спросите, как она поймет, что уже достаточно рассказала о прошлом и может обратить взгляд к будущему.
- Настоящее и будущее определяют наше отношение к прошлому: говорят, что никогда не поздно иметь счастливое детство. Задайте три вопроса о жизнестойкости, проявившейся ранее в жизни (см. главу 7).

Вопрос 17. Что делать, если клиент постоянно возвращается к обсуждению проблем?

- Не отчаивайтесь, потому что это случается довольно часто.
- Мягко прервите клиента и скажите: “Хорошо, мы вернемся к этому”. Как только он переходит к более четко определенной цели или может найти исключения из проблемы, необходимость или желание возвращаться к этой теме часто исчезают.
- Спросите клиента, как долго или сколько сеансов, по его мнению, потребуется, прежде чем он сможет перейти от обсуждения проблемы к разговору о том, чего он хочет, и о предпочтительном будущем.
- Если это отношения с заявителем, соответствующим образом скорректируйте свои действия.
- Спросите: “Как, по-вашему, разговор о проблеме поможет вам достичь цели?”
- Скажите клиенту, что у него должна быть веская причина для продолжения разговора о проблеме, и предложите ее выяснить.

- Спросите клиента: “Предположим, вы сказали все, что хотели сказать о проблеме. Что изменится?”

Вопрос 18. Что делать, если нет прогресса или даже происходят ухудшения?

- Если у вас позитивный альянс и ваш подход не работает, остановитесь и займитесь чем-нибудь другим. Продолжать использовать подход, который не работает, и продолжать делать то же самое, когда нет прогресса, — это два из четырех путей к невозможному, как описано в главе 9.
- Помните, что сказал Эйнштейн: “Безумие — делать одно и то же снова и снова, ожидая разных результатов”.
- Имейте в виду, что терапия — не просто средство поддержать клиентов.
- Помните, что терапевты зачастую очень плохо выявляют ухудшающееся состояние клиента и обычно переоценивают свою эффективность (см. главу 9).
- Не думайте, что ухудшение состояния произойдет до того, как ситуация улучшится. Напротив, это показатель, предвещающий окончательный отрицательный результат (см. главу 9).
- Спросите клиента (или супервизора, или коллегу), что вам следует сделать иначе.
- Если у вас негативный альянс, направьте клиента к другому специалисту.
- Возможно, потребуется дополнительная диагностика (*концепция поэтапной диагностики*).
- Пригласите других к разговору (партнера клиента, детей, друзей).
- Используйте ORS и SRS (см. главу 9).

Вопрос 19. Что делать, если я начну раздражаться или потеряю уверенность в себе?

- Если вы чувствуете раздражение, шок или неуверенность (*контрперенос*), нужно больше сосредоточиться на терапевтическом альянсе.
- Спросите себя, как вы можете улучшить сотрудничество (см. главу 4), вместо того чтобы думать о том, что клиент должен сделать по-другому.

- Предположим, вы перешли на один балл выше по шкале оценки альянса. Как вы этого достигли? Как бы клиент отреагировал? Уместно обратиться к супервизору или коллегам.
- Делайте клиенту больше комплиментов, сосредоточившись на его сильных сторонах, успехах и способностях.
- Используйте прошлое клиента, чтобы найти исключения из проблемы.
- Используйте ORS и SRS (см. главу 9).

Вопрос 20. Что делать, если клиент раздражается и злится?

- Подтвердите его чувства. Скажите, что уверены: у него должна быть веская причина для раздражения или злости, и предложите назвать это чувство.
- Скажите, что у клиента предостаточно времени, чтобы выплеснуть эмоции.
- Спросите, какими сильными сторонами и ресурсами располагает клиент, чтобы контролировать свой гнев, если захочет.
- Возьмите перерыв. Скажите, что уходите (например, в туалет) и вернетесь через некоторое время.
- Завершите сеанс, если чувствуете угрозу и опасность, по возможности объяснив это клиенту.
- Проводите следующий сеанс вместе с коллегой, который может помочь вам в случае необходимости.
- Всегда садитесь поближе к двери, чтобы иметь возможность выйти из комнаты первым.
- Воспользуйтесь ORS и SRS, чтобы выяснить, что можете сделать иначе на следующей встрече.

Вопрос 21. Что делать, если клиентка не выполнила домашнюю работу?

- Домашняя работа, как видно из традиционной КПТ, больше не требуется. Домашнее задание полезно только в том случае, если клиентка считает его таковым.
- Спросите себя, принесут ли предложения по домашнему заданию больше информации, чем вы получите, если клиентка не выполнит домашнее задание (см. главу 8).

- Воспринимайте невыполнение как сообщение о способе ведения дел клиенткой, а не как признак сопротивления.
- Скажите ей, что уверены: у нее есть веская причина не выполнять домашнее задание, и предложите подробнее рассказать об этом.
- Не забывайте поддерживать позитивные отношения, даже если человек игнорирует домашнюю работу.
- Вы хотите слишком многого и слишком быстро? Ищите меньшие изменения, используйте шкалу или посоветуйте клиентке не двигаться слишком быстро.

Вопрос 22. Что делать, если у клиентки очень сложные проблемы?

- Помните, что сложные проблемы не нуждаются в сложных решениях и что терапевту не нужно знать как можно больше о проблемах клиентки, чтобы эффективно помочь ей.
- *Бритва Оккама*, часто выражаемая как закон *бережливости*, — это принцип, который обычно рекомендует при прочих равных выбирать гипотезу, содержащую наименьшее количество новых предположений.
- Используйте *отмычки*, как описано в главе 8. Не обязательно ломать голову над каждым замком (т.е. каждой проблемой), чтобы воспользоваться отмычками. Это пример использования бритвы Оккама.
- Следуйте ограничению Эйнштейна: все должно быть настолько простым, насколько это возможно, но не проще.
- Прочтите историю 33 “Блестящие озарения” в главе 9, и вы увидите, как сложные теоретические формулировки часто ухудшают ситуацию.

Вопрос 23. Как сотрудничать с коллегами, ориентированными на решение проблем?

- Очень вероятно, что по крайней мере некоторые из ваших коллег все еще думают и действуют, ориентируясь на проблему. Поэтому они уделяют больше внимания проблемам (и более склонны искать проблемы).
- Убедитесь, что помните о целях клиента и что его цель всегда определяет процесс. Легко отвлечься. Встречи с коллегами могут затянуться в длительном обсуждении проблем или жалоб на других лю-

дей. На собрании всегда спрашивайте, какова цель, чтобы работать, ориентируясь на решение.

- Создайте позитивные рамки. Раскрытие положительной мотивации всех участников может успокоить ваших коллег и позволить им работать целенаправленно.
- Делайте комплименты своим коллегам и всегда недвусмысленно выражайте свою признательность за достигнутый прогресс и их совместную работу.
- Регулярно отмечайте успехи и сильные стороны ваших коллег и обобщайте их. Будьте великодушны.
- Используйте позитивные *партизанские действия*. Время от времени показывайте коллегам, не вдаваясь в подробности, что именно вы делаете при использовании ПП и ОРКТ. Например, покажите им, как спрашиваете об исключениях из проблемы и как выделяете сильные стороны и ресурсы.
- Помните: это те изменения, которые вы хотите видеть в своей команде или организации.

Протоколы первого сеанса

Протокол первого сеанса 1

(Задавайте все вопросы каждому присутствующему клиенту.)

Налаживание взаимопонимания

Проблема

Что привело вас сюда? В чем заключается проблема? Что вы уже пробовали, и что оказалось полезным?

Формулирование цели

Что бы вы хотели изменить с помощью терапии?

Здесь терапевт может задать *вопрос о чуде* (см. главу 5) или другие вопросы о формулировании цели.

Исключения

Когда вы хоть на мгновение видели это чудо? Как вам удалось?

Альтернативный вариант. Когда проблема отсутствует или менее заметна? Как вам это удастся? Какие качества или способности вы задействуете?

Шкала

- *Прогресс.* Где вы сейчас находитесь по шкале прогресса от 10 до 0? Как удастся сохранить этот уровень (а не опуститься ниже)?
- *Мотивация.* Где вы сейчас находитесь по шкале от 10 до 0, если 10 означает, что вы готовы выложиться полностью, а 0 означает, что не готовы прилагать никаких усилий?

- *Уверенность.* Где вы сейчас находитесь по шкале от 10 до 0, если 10 означает, что вы очень уверены в себе, а 0 означает, что у вас вообще нет уверенности в том, что сумеете достичь своей цели?

Завершение сеанса

- Если клиент дает конкретный и подробный ответ на вопрос о чуде или другой вопрос о формулировке цели, предложите: “Выберите день на предстоящей неделе и представьте, что чудо произошло. Понаблюдайте, что меняется”.
- Если клиент не дает конкретного и подробного ответа: “Обратите внимание, какие события в жизни дают вам ощущение, что эта проблема может быть решена” или “Обратите внимание, какие события в своей жизни вы хотели бы повторить”.
- “Как думаете, было бы полезно вернуться сюда еще раз?” Если ответ положительный, назначьте дату.

Протокол первого сеанса 2

(Задавайте все вопросы каждому присутствующему клиенту.)

Позаботьтесь об установлении раппорта и задайте четыре базовых вопроса краткосрочной терапии.

1. На что вы больше всего надеетесь? А еще?
2. Какая разница? А еще?
3. Что эффективно? А еще?
4. Каким будет следующий признак прогресса? Каким будет ваш следующий шаг? А еще?

Протокол для поиска исключений

В процессе поиска исключений поинтересуйтесь наблюдениями клиента и с помощью *матрицы взаимодействия* (см. главу 7) узнайте, что важного могут воспринять другие. Есть исключения, относящиеся к желаемому результату (цели), и исключения, относящиеся к проблеме. Задавайте все вопросы каждому присутствующему клиенту.

Исключения, относящиеся к цели

1. *Выявлять.* “Итак, когда ваша цель будет достигнута (или произойдет чудо), вы расскажете друг другу о том, как прошел ваш день. Когда это кажется возможным? Если бы ваш муж был здесь и я задал ему тот же вопрос, как думаете, что бы он ответил?”
2. *Усилить.* “Когда вы с мужем в последний раз говорили? Расскажите поподробнее. На что это было похоже? О чем шла речь? Что вы говорили? А он? Что вы сделали, когда он это сказал? Что он сделал потом? Что вы ощутили? Что еще казалось необычным? Если бы он был здесь, что бы еще он сказал по этому поводу?”
3. *Подкрепить.*
 - Невербально: наклонитесь вперед, поднимите брови, делайте пометки (делайте все, как обычно, когда кто-то говорит вам что-то важное).
 - Вербально: проявите интерес (“Это было в новинку для вас? Вас удивило, что это произошло?”) и хвалите (“Похоже, что это было довольно сложно и вам потребовалось собрать все мужество,

чтобы сделать это, учитывая историю ваших отношений. Пожалуйста, расскажите подробнее”).

4. *Исследовать.* “Как думаете, что из ваших действий повлияло на произошедшее? Если бы ваш муж был здесь и я спросил его об этом, что бы он сказал? Откуда у вас такая идея? Просто замечательно! Вам часто приходят в голову нужные идеи в нужный момент?”
5. *Проецировать исключения на будущее.* “Если 10 означает очень хорошие шансы, а 0 — полное отсутствие шансов, как вы оцените вероятность того, что это снова произойдет на этой неделе (в этом месяце)? Что потребуется? Как сделать так, чтобы в будущем это случалось чаще? Кому и что нужно сделать, чтобы это повторилось? Что вам следует помнить? А еще? Что бы сказал ваш муж о вероятности того, что это повторится? Что, по его мнению, вы могли бы сделать для увеличения шансов? Если бы вы решили это сделать, как думаете, как бы он поступил? Если бы он сделал это, как бы все изменилось для вас (в отношениях)?”

Исключения, относящиеся к проблеме

1. *Спросите об исключениях.* Если клиент не может описать цель (или чудо) и говорит только в терминах проблемы, скажите: “Пожалуйста, вспомните время на прошлой неделе (в прошлом месяце, году), когда ваша проблема была менее серьезна или отсутствовала в течение короткого периода времени”. Затем повторите пять этапов для исключений, относящихся к цели (или чуду).
2. *Спросите о прогрессе.* Все последующие занятия начинаются с изучения положительных различий. Спросите: “Что стало лучше с тех пор, как мы виделись в последний раз?” Не забудьте пройти все пять этапов и задавать как индивидуальные, так и относительные вопросы (матрица взаимодействия). Изучив исключение, всегда спрашивайте: “Что еще стало лучше?”
3. *Задавайте вопросы о преодолении.* Иногда клиент не в состоянии найти исключения, и его трудности огромны. Тогда уместно спрашивать о преодолении, что делает клиент, как человек держится: “Удивительно! Учитывая все, что произошло, я не знаю, как вы

справляетесь. А вы что думаете? Какие сильные черты вам помогают держаться?”

4. *Дайте подтверждение.* Если клиент описывает затянувшуюся неприятную ситуацию с постоянно шокирующими событиями, психолог говорит: “Я понимаю, что у вас много причин быть подавленным. Столько всего оборачивается не так, как вы надеялись. Удивительно, как вы продолжали идти вперед, вставали каждое утро и начинали новый день. Пожалуйста, расскажите подробнее”.
5. *Используйте положительные интерпретации.* Если клиент говорит, что он движется дальше, например, ради детей, спросите: “Вот как вы это делаете? Вы думаете о своих детях и о том, как сильно они в вас нуждаются? Должно быть, так ведет себя действительно заботливый человек. Пожалуйста, расскажите мне подробнее о том, что вы делаете, чтобы хорошо заботиться о них”.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Протокол последующих сеансов

Задавайте все вопросы каждому присутствующему клиенту.

Используйте акроним EARS для обозначения мероприятий на последующих сеансах [De Jong & Berg, 2002] (см. главу 9).

- **E** (elicitе). Что улучшилось (с момента прошлого визита)?
- **A** (amplify). Спросите о деталях: “Как это работает? Как вы делаете это? Расскажите конкретнее. Вам это в новинку? Как это влияет на?.. Как меняются ваши отношения?”
- **R** (reinforce). Похвалите клиента.
- **S** (start again). Что еще стало лучше?

Делайте это чаще. “Что помогло бы вам делать это чаще?” Если ничего не получается: “Как вы справляетесь? Как вы выдержали? Почему все не стало еще хуже? Если бы вы могли продолжать это делать, достигли бы того, ради чего пришли сюда?”

Шкала прогресса. “Какая сейчас отметка? Как это произошло? Как выглядела бы ситуация на один балл выше? Что тогда будет по-другому? Как туда добраться? Что поможет? Кто заметит это первым? Благодаря чему близкий человек увидит это? Как отреагирует? Какая разница для клиента? На какой ступени шкалы хочется оказаться в итоге?”

Предложения по домашнему заданию. Если клиент готов к домашнему заданию, предпочтите поведенческие задания для клиента-потребителя, задания по наблюдению для клиента-заявителя и никаких заданий для клиента-посетителя (см. главу 4).

Будущие сеансы. “Как вы думаете, полезно ли вам вернуться? Если да, то когда?”

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

.....

Дневник исключений

Предложите клиентам вести дневник, описывая свои мысли, чувства и действия во время конкретных ситуаций. В большинстве моделей предлагается сосредоточиться на проблеме, чтобы осознать свои дезадаптивные мысли и выявить их негативное влияние на поведение. Но ведение дневника помогает найти исключения из проблемы и показать их положительное влияние на мысли и поведение.

Однако не обязательно болеть, чтобы поправиться. Все мы, включая терапевтов, можем вспомнить моменты, когда были ближе к тому, где хотели бы в итоге оказаться. Ниже приведены 18 вопросов. Можно отвечать всего на несколько вопросов каждый день и варьировать их.

1. Что сегодня лучше (хотя бы чуть-чуть)?
2. Что еще может быть лучше?
3. Что я сделал иначе для изменений к лучшему?
4. Кто это заметил и как?
5. Если никто этого не заметил, то что они могли бы заметить во мне, если бы присмотрелись?
6. Какие изменения, я надеюсь, важные люди в моей жизни заметят во мне?
7. Что я думал или во что верил, чтобы способствовать этим изменениям?
8. Что сказали бы другие о том, как я добился этих изменений? Какие из моих личных сильных сторон, качеств и способностей, по их мнению, были бы полезными?
9. Что я должен сделать, чтобы такие исключения случались чаще?
10. Как будет выглядеть моя жизнь, если это будет происходить чаще?

11. Как важные люди могут помочь мне сделать так, чтобы изменения случались чаще?
12. Кого я могу попросить о помощи?
13. Как лучше всего обратиться к ним?
14. Когда я намереваюсь повторить то, что работает, что я должен делать?
15. Что я должен или мог бы думать о себе или других, чтобы приблизить успех?
16. Что скажут другие, что я должен или мог бы подумать, чтобы добиться успеха?
17. Что, по мнению других, я должен или мог бы продолжать делать, чтобы добиться успеха?
18. За что мне похвалить себе сегодня?

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Экстернализация проблем

Название проблемы: _____

Проблема контролирует меня/нас Я/мы контролируем проблему

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1. Обозначьте на шкале кружочком ваше текущее состояние. Где вы находитесь на шкале по сравнению с последней встречей? Если вы поднялись по шкале, укажите, как вам это удалось.

2. Если вы остаетесь на том же уровне, что и в прошлый раз, укажите, как удалось сохранить стабильность.

3. Если вы оказались ниже по шкале, укажите, что делали раньше, чтобы снова продвинуться вперед. Что полезного вы делали в прошлом в аналогичной ситуации?

4. Что важные люди в вашей жизни заметили в вас за прошедшую неделю? Как вследствие этого изменилось их отношение к вам?

Поменять позицию

Различия в вопросе могут иметь значение. Так клиенты начинают изучать различия в позициях. Первая позиция — это собственная точка зрения клиента. Вторая — точка зрения стороннего наблюдателя, т.е. клиенту предлагается ответить так, как если бы он говорил от имени кого-то другого. Чтобы ответить, клиент должен на некоторое время отложить в сторону собственные идеи и представить, что сказал бы другой человек. Третья позиция — отстраненная, т.е. клиент может представить себе, что увидел бы с расстояния. Каждый вопрос и позиция ведут к изменению взгляда на проблему и пути ее решения. Важно использовать следующую последовательность, начиная с вопроса 1 и затем переходя к вопросам 2 и 3, особенно когда клиенты хотят, чтобы изменился кто-то другой.

1. Когда эта проблема будет решена, что вы заметите необычного в другом человеке? Что, по-вашему, он будет делать по-другому? А еще?
2. Когда эта проблема будет решена, что другой человек заметит иного в вас? Что он увидит, как вы делаете по-другому? А еще?
3. Когда эта проблема будет решена, какие отличия заметит сторонний наблюдатель в ваших отношениях с другим человеком? Что, по мнению этого наблюдателя, вы оба делаете нового? А еще?

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Опросник для того, кто направил клиента на терапию

1. По вашему мнению, как вы можете взаимодействовать с клиентом и мной/нашим учреждением?

2. Каковы сильные стороны клиента и какие аспекты его деятельности не вызывают вопросов и должны поддерживаться?

3. На ваш взгляд, какими ресурсами располагает клиент?

4. Какие ограничения необходимо принять во внимание?

5. Как вы думаете, что будет первым признаком, который укажет клиенту на то, что терапия имеет смысл и эффективна? И что будет для вас первым знаком?

6. Когда это произойдет? Пожалуйста, приведите пример.

Спасибо за помощь!

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Шкала оценки сеанса

Имя _____

Возраст: _____

Удостоверение личности № _____

Пол: м/ж

Сеанс № _____ Дата: _____

Пожалуйста, оцените сегодняшний сеанс, обозначив наиболее точное для вас описание.

Я не чувствовал, что меня слышали, понимали и уважали

Отношения

Я чувствовал, что меня слышали, понимали и уважали

Мы не работали над тем, что я хотел, и не говорили о том, что мне было нужно

Цели и темы

Мы работали над тем, что я хотел, и говорили о том, что мне было нужно

Подход терапевта мне не подходит

Подход или метод

Подход терапевта меня полностью удовлетворяет

На сегодняшнем сеансе чего-то не хватало

Вывод

В целом сегодняшняя встреча прошла для меня как нельзя лучше

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Сертификат о посттравматическом успехе



Сертификат о посттравматическом успехе



Этим документом засвидетельствовано, что

_____ (имя)

успешно достиг

_____ (цель).

Это стало возможным благодаря

_____ (что сработало).

Подпись: _____

(имя терапевта и дата)

ПОЛЕЗНЫЕ САЙТЫ

.....

- www.asfct.org — Ассоциация по повышению качества консультирования и обучения, ориентированных на решение (ОРКТ).
- www.authentic happiness.org — опросник по ПП.
- www.centerforclinical excellence.com — ICCE, всемирное сообщество, занимающееся продвижением передового опыта в области поведенческой медицины.
- www.ebta.nu — Европейская ассоциация кратковременной терапии (EBTA).
- www.enpp.eu — Европейская сеть позитивной психологии (ENPP).
- www.fredrikebannink.com — сайт автора.
- www.ippanetwork.org — международная ассоциация ПП (IPPA).
- www.sfbta.org — Ассоциация терапевтов ОРКТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 29–35.
2. Ai, A.L., Cascio, T., Santangelo, L.K., & Evans-Campbell, T. (2005). Hope, meaning, and growth following the September 11, 2001, terrorist attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 523–548.
3. Ai, A.L., Tice, T.N., Whitsett, D.D., Ishisaka, T., & Chim, M. (2007). Posttraumatic symptoms and growth of Kosovar war refugees; The influence of hope and cognitive coping. *Journal of Positive Psychology*, 2(1), 55–65.
4. Aldwin, C.M. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York, NY: Guilford.
5. Allen, R.E., & Allen, S.D. (1997). *Winnie-the-Pooh on success*. New York, NY: Dutton.
(Стефен Аллен, Роджер Аллен, Винни-Пух добивается успеха. — Амфора, 2005. — 280 с.)
6. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
7. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
8. American Psychological Association. (n.d.). *10 ways to build resilience*. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
9. American Psychological Association's Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance (ACCA). (2006, February). *Report on distress and impairment in psychologists*. Retrieved from www.apa.org/practice/.../assistance/monograph.pdf
10. Ankarberg, P., & Falkenstrom, F. (2008). Treatment with antidepressants is primarily a psychological treatment. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 329–339.
11. Anker, M.G., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couples therapy outcomes; a randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693–704.

12. Anker, M.G., Owen, J., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 635–645.
13. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
14. Aristotle. (1998). *Nicomachean ethics*. Mineola, NY: Dover.
(Аристотель, *Никомахова этика*. — Директ-Медиа, 2020. — 253 с.)
15. Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715–740.
16. Arts, W., Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G.P.J., Severeijnen, R., & Schaap, C. (1994). A quasi-experimental study into the effect of enhancing the quality of the patient-therapist relationship in the outpatient treatment of obsessive-compulsive neurosis. In S. Brogo & L. Sibilio (Eds.), *The patient-therapist relationship: Its many dimensions* (p. 96–106). Rome, Italy: Consiglio Nazionale delle Ricerche.
17. Baker, W., & Ross, J.C. (2002). *George Eliot: A bibliographical history*. New Castle, DE: Oak Knoll Press.
18. Bakker, J.M., Bannink, F.P., & Macdonald, A. (2010). Solution-focused psychiatry. *The Psychiatrist*, 34, 297–300.
19. Bannink, F.P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 87–94.
20. Bannink, F.P. (2008a). Posttraumatic success: Solution-focused brief therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7, 1–11.
21. Bannink, F.P. (2008b). Solution-focused mediation. *Conflict Resolution Quarterly*, 25(2), 163–183.
22. Bannink, F.P. (2009a). *Positieve psychologie in de praktijk* [Positive psychology in practice]. Amsterdam, Netherlands: Hogrefe.
23. Bannink, F.P. (2009b). *Praxis der lösungs-fokussierte mediation* [Solution-focused mediation in practice]. Stuttgart, Germany: ConcadorA Verlag.
24. Bannink, F.P. (2010a). *1001 solution-focused questions: Handbook for solution-focused interviewing*. New York, NY: Norton.
(Фредрике Баннинк, *Краткосрочная терапия, ориентированная на решение. 1001 вопрос для интервьюирования*. — Диалектика, 2022. — 352 с.)
25. Bannink, F.P. (2010b). *Handbook of solution-focused conflict management*. Cambridge, MA: Hogrefe.
26. Bannink, F.P. (2010c). *Oplossingsgericht leidinggeven* [Solution-focused leadership]. Amsterdam, Netherlands: Pearson.

27. Bannink, F.P. (2011). *Praxis der positiven psychologie* [Positive psychology in practice]. Göttingen, Germany: Hogrefe.
28. Bannink, F.P. (2012a). *Practicing positive CBT*. Oxford, UK: Wiley.
29. Bannink, F.P. (2012b). *Positieve supervisie en intervisie* [Positive supervision and intervision]. Amsterdam, Netherlands: Hogrefe.
30. Bannink, F.P. (2013). Positive CBT: From reducing distress to building success. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. doi 10.1007/s10879-013-9239-7
31. Bannink, F.P., & Jackson, P.Z. (2011a). Positive psychology and solution focus: Looking at similarities and differences. *InterAction: The Journal of Solution Focus in Organisations*, 3(1), 8–20.
32. Bannink, F.P. (2013). Positive CBT. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 1-8.
33. Bannink, F.P. (2014). Positive Supervision. Cambridge MA: Hogrefe Publishers.
- Barakat, L.P., Alderfer, M.A., & Kazak, A.E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 413–419.
34. Barrell, J.J., & Ryback, D. (2008). Psychology of Champions. Westport, CT: Praeger.
- Baumeister, R.F., Bratlavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K.D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323–370.
35. Baumeister, R.F., Bratlavsky, E., Muraven, M., & Tice, D.M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1252–1265.
36. Baumeister, R.F., & Tierney, J. (2011). *Willpower*. London, UK: Penguin.
37. Bavelas, J.B., Coates, L. & Johnson, T. (2000). Listeners as co-narrators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 941–952.
38. Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper & Row.
39. Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexles, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861–865.
40. Beck, J.S. (2011). *Cognitive behaviour therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
- (Джудит С. Бек, *Когнитивно-поведенческая терапия: от основ к направлениям*. — Питер, 2018. — 416 с.)
41. Beijeback, M., Rodriguez Sanches, M.S., Arribas de Miguel, J., Herrero de Vega, M., Hernandez, C., & Rodrigues-Morejon, A. (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 116–128.

42. Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community*. San Francisco, CA: Far West Laboratory for Educational Research and Development. (ED335781)
43. Benish, S.G., Imel, Z.E., & Wampold, B.E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746–758.
44. Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. New York, NY: Oxford University Press.
(Джеймс Беннетт-Леви, Джиллиан Батлер, Мелани Феннелл, Энн Хакманн, Мартина Мюллер, Дэвид Вестбрук, *Поведенческие эксперименты в когнитивной терапии. Оксфордское руководство*. — Диалектика, 2021. — 560 с.)
45. Berg, I.K., & Steiner, T. (2003). *Children's solution work*. New York, NY: Norton.
46. Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). *Therapist effects*. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227–306). New York, NY: Wiley.
47. Bohlmeijer, E., & Bannink, F.P. *Posttraumatische groei* [Post traumatic growth]. In: E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. Walburg (2013). *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Boom.
48. Bonanno, G.A. (2004). *Loss, trauma and human resilience*. *American Psychologist*, 59, 1, 20–28.
49. Bonanno, G.A., Rennicke, C., & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(6), 984–998.
50. Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1.1–1.25.
51. Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., & Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 979–986.
52. Branigan, C., Fredrickson, B.L., Mancuso, R.A., & Tugade, M.M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, 237–258.
53. Brewin, C.R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., ... Myers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 569–576.

54. British Psychological Society. (2011). *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 development*. Retrieved from http://apps.bps.org.uk/_publication-files/consultation-responses/DSM-5%202011%20-%20BPS%20response.pdf
55. Burns, K., Duncan, D., & Ward, G.C. (2001). *Mark Twain: An illustrated biography*. New York, NY: Knopf.
56. Bushman, B.J., Baumeister, R.F., & Stack, A.D. (1999). Catharsis, aggression, and persuasive influence: Self-fulfilling or self-defeating prophecies? *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 367–376.
57. Butler, L.D., Blasey, C.M., Garlan, R.W., McCaslin, S.E., Azarow, J., Chen, X., Spiegel, D. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology*, 11, 247–267.
58. Cacioppo, J.T., & Gardner, W.L. (1999). Emotion. *Annual Review of Psychology*, 50, 191–214.
59. Cacioppo, J.T., & Patrick, B. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York, NY: Norton.
60. Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2000). Early posttraumatic intervention: facilitating possibilities for growth. In D. Patton & C. Dunning (Eds.), *Post-traumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 135–152). Springfield, IL: Charles C Thomas.
61. Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (Eds.). (2006). *Handbook of post-traumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
62. Carroll, L. (1865). *Alice's adventures in wonderland*. New York, NY: Barnes & Noble.
(Льюис Кэрролл, *Приключения Алисы в Стране Чудес*. — Эксмо, 2016. — 133 с.)
63. Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245–266.
64. Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York, NY: Cambridge University Press.
65. Charney, D. (2012, October 29). *Resilience lessons from our veterans*. Retrieved November 9, 2012, from <http://www.youtube.com/watch?v=XoN1pv2JKpc>
66. Chesterton. (1908). *Orthodoxy*. Nashville, TN: Sam Torode Book Arts.
67. Chin, D., Myers, H.F., Zhang, M., Loeb, T., Ullman, J.B., Wyatt, G.E., & Carmona, J. (2013). Who improved in a trauma intervention for HIV-positive

- women with child sexual abuse histories. *Theory, Research, Practice, and Policy*, 8.
68. Cialdini, R.B. (1984). *Persuasion: The psychology of influence*. New York, NY: Collins.
 69. Clark, R.W. (1977). *Edison: The man who made the future*. London, UK: Macdonald.
 70. Clement, P.W. (1994). Quantitative evaluation of 26 years of private practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(2), 173–176.
 71. Cohen, L.H., Hetter, T.R., & Pane, N. (1998). Assessment of posttraumatic growth. In R.G. Tedeschi, C.L. Park, & L.G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 23–42). Mahwah, NJ: Erlbaum.
 72. Constantino, M.J., Castonguay, L.G., & Schut, A.J. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. In G.S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81–131). Boston, MA: Allyn & Bacon.
 73. Cooperrider, D.L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative inquiry: A positive revolution to change*. San Francisco, CA: Berett-Koehler.
 74. Cooperrider, D.L. & Godwin, L. (2011) Positive Organization Development. In: K. Cameron & G. Spreitzer (Eds.). *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. Oxford: Oxford University Press.
 75. Covey, S.R. (1989). *The seven habits of highly effective people*. New York, NY: Simon & Schuster.
(Стивен Р. Кови, 7 навыков высокоэффективных людей. — Альпина Паблишер, 2012. — 374 с.)
 76. Cryder, C.H., Kilmer, R.P., Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 65–69.
 77. Danner, D.D., Snowdon, D.A., & Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804–813.
 78. Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., ... Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564–570.
 79. De Bono, E. (1985). *Conflicts: A better way to resolve them*. London, UK: Penguin.
 80. De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Dweck, C.S., & Gross, J.J. (2013). Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and

psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(6), 497–505.
doi: 10.1080/01973533.2013.840632

81. De Jong, P., & Berg, I.K. (2002). *Interviewing for solutions*. Belmont, CA: Thomson.
82. De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 79–93.
83. De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York, NY: Norton.
84. De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigation solutions in brief therapy*. New York, NY: Norton.
85. De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York, NY: Norton.
86. De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York, NY: Norton.
87. Diener, E., & Seligman, M.E.P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81–84.
88. Doctor, J.N., Zoellner, L.A., & Feeny, N.C. (2011). Predictors of health-related quality-of-life utilities among persons with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 62, 272–277.
89. Dolan, Y.M. (1991). *Resolving sexual abuse*. New York, NY: Norton.
90. Dolan, Y.M. (1998). *One small step*. Watsonville, CA: Papier-Mache.
91. Drucker, P.F. (2002). *Managing in the next society*. New York, NY: St. Martin's Press.
92. Druss, R.G., & Douglas, C.J. (1988). Adaptive responses to illness and disability: *Healthy denial*. *General Hospital Psychiatry*, 10(3), 163–168.
93. Duncan, B.L. (2005). *What's right with you: Debunking dysfunction and changing your life*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
94. Duncan, B.L. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
95. Duncan, B.L., Hubble, M.A., & Miller, S.D. (1997). *Psychotherapy with "impossible" cases*. New York, NY: Norton.
96. Duncan, B.L., Miller, S.D., & Sparks, A. (2004). *The heroic client*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
97. Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (2010). *The heart and soul of change* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
98. Dunigan, J.T., Carr, B.I., & Steel, J.L. (2007). Posttraumatic growth, immunity and survival in patients with hepatoma. *Digestive Diseases and Sciences*, 52, 2452–2459.
99. Dweck, C.S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. New York, NY: Random House.
100. Einstein, A. (1954). *Ideas and opinions*. New York, NY: Crown.

101. Elliot, A.J. (Ed.) (2008). *Handbook of approach and avoidance motivation*. New York, NY: Psychology Press.
102. Elliot, A.J., & Church, M.A. (1997). Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 804–818.
103. Elliot, A.J., & Sheldon, K.M. (1998). Avoidance personal goals and the personality-illness relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1282–1299.
104. Elliot, C. (2012). *Solution building in couples therapy*. New York, NY: Springer.
105. Emmons, R.A., & McCullough, M.E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377–389.
106. Epel, E.S., McEwen, B.S., & Ickovics, J.R. (1998). Embodying psychological thriving: Physical thriving in response to stress. *Journal of Social Issues*, 54, 301–322.
107. Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1989). *The February man: Evolving consciousness and identity in hypnotherapy*. New York, NY: Routledge.
108. Estrada, C.A., Isen, A.M., & Young, M.J. (1994). Positive affect improves creative problem solving and influences reported source of practice satisfaction in physicians. *Motivation and Emotion*, 18(4), 285–299.
109. Fagin-Jones, S., & Midlarsky, E. (2007). Courageous altruism: Personal and situational correlates of rescue during the Holocaust. *Journal of Positive Psychology*, 2(2), 136–147.
110. Flora, S. R. (2000). Praise's magic reinforcement ratio: Five to one gets the job done. *Behaviour Analyst Today*, 1, 64–69.
111. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654.
112. Fowler, J.H., & Christakis, N.A. (2008). Dynamic spread of happiness in A large social network: Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *British Medical Journal*, 337, a2338.
113. Frankl, V.E. (1963). *Man's search for meaning*. New York, NY: Vintage Books. (Виктор Франкл, Человек в поисках смысла: Сборник. — Прогресс, 1990. — 368 с.)
114. Franklin, C., Trepper, T.S., Gingerich, W.J., & McCollum, E.E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence based practice*. New York, NY: Oxford University Press.
115. Frazier, P., Steward, J., & Mortensen, H. (2004). Perceived control and adjustment to trauma: A comparison across events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 303–324.

116. Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300–319.
117. Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention and Treatment*, 3, 0001a.
118. Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York, NY: Crown.
119. Froh, J.J., Sefick, W.J., & Emmons, R.A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46, 213–233.
120. Furman, B. (1998). *It is never too late to have a happy childhood*. London, UK: BT Press.
121. Furman, B., & Ahola, T. (2007). *Change through cooperation: Handbook of re-teaming*. Helsinki, Finland: Helsinki Brief Therapy Institute.
122. Furuya, K. (1996). *Kodo: Ancient ways: Lessons in the spiritual life of the warrior/martial arts*. Santa Clarita, CA: Black Belt Communications.
123. Gable, S.L. (2006). Approach and avoidance social motives and goals. *Journal of Personality*, 71, 175–222.
124. Gable, S.L., Reis, H.T., Impett, E.A., & Asher, E.R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(2), 228–245.
125. Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158(6), 514–524.
126. Garnezy, N., & Streitman, S. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia: Part 1. Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*, 8(8), 14–90.
127. Gassman, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11.
128. George, E. (2010). *What about the past? How does solution focus deal with that?* Retrieved from www.brief.org.uk/forum/viewtopic.php?f=18&t=76#p235
129. Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. New York, NY: Routledge.
130. Gingerich, W.J., & Peterson, L.T. (2013). *Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies*. Research on Social Work Practice. doi: 10.1177/1049731512470859
131. Gladwell, M. (2005). *Blink*. London, UK: Penguin.

132. Glass, C. (2009). Exploring what works: Is SF the best way of harnessing the impact of positive psychology in the workplace? *InterAction: The Journal of Solution Focus in Organisations*, 1(1), 26–41.
133. Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503.
134. Gordon, K.C., Baucom, D.H., Epstein, N., Burnett, C.K., & Rankin, L.A. (1999). The interaction between marital standards and communication patterns. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), 211–223.
135. Gottman, J.M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. New York, NY: Erlbaum.
136. Grant, A.M., & O'Connor, S.A. (2010). The differential effects of solution-focused and problem-focused coaching questions: A pilot study with implications for practice. *Industrial and Commercial Training*, 42(4), 102–111.
137. Gross, J.J., & Munoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164.
138. Grotberg, E.H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
139. Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
140. Hackmann, A., Bennett-Levy, J., & Holmes, E.A. (2011). *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. New York, NY: Oxford University Press.
(Энн Хакманн, Джеймс Беннетт-Леви, Эмили А. Холмс, *Техники работы с воображением в когнитивно-поведенческой терапии*. Оксфордское руководство. — Диалектика, 2022. — 368 с.)
141. Haidt, J. (2006). *The happiness hypothesis: Putting ancient wisdom and philosophy to the test of modern science*. London, UK: Arrow Books.
142. Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Lars Nielsen, S., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163.
143. Heath, C., & Heath, D. (2010). *Switch*. London, UK: Random House.
144. Hefferon, K., Greal, M.N., & Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British Journal of Health Psychology*, 14, 343–378.
145. Henden, J. (2011). *Beating combat stress*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
146. Henderson, N., & Milstein, M.M. (1996). *Resiliency in schools: Making it happen for students and educators*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
147. Hershberger, P.J. (2005). Prescribing happiness: Positive psychology and family medicine. *Family Medicine*, 37(9), 630–634.

148. Hiatt, D., & Hargrave, G.E. (1995). The characteristics of highly effective therapists in managed behavioral providers networks. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 4, 19–22.
149. Howe, M.W., Tierney, P.L., Sandberg, S.G., Phillips, P.E. M., & Graybiel, A.M. (2013). *Prolonged dopamine signaling in striatum signals proximity and value of distant rewards*. *Nature*. doi:10.1038/nature12475
150. Ickovics, J.R., Meade, C.S., Kershaw, T.S., Milan, S., Lewis, J.B., & Ethier, K.A. (2006). Urban teens: Trauma, posttraumatic growth, and the emotional distress among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 841–851.
151. Impett, E., Gable, S.L., & Peplau, L.A. (2005). Giving up and giving in: The costs and benefits of daily sacrifice in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 327–344.
152. Isaacowitz, D.M., Vaillant, G.E., & Seligman, M.E.P. (2003). Strengths and satisfaction across the adult lifespan. *International Journal of Ageing and Human Development*, 57, 181–201.
153. Isebaert, L. (2007). *Praktijkboek oplossingsgerichte cognitieve therapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
154. Isen, A.M. (2005). A role for neuropsychology in understanding the facilitating influence of positive affect on social behaviour and cognitive processes. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 528–540). New York, NY: Oxford University Press.
155. Isen, A.M., & Reeve, J. (2005). The influence of positive affect on intrinsic and extrinsic motivation: Facilitating enjoyment of play, responsible work behaviour, and self-control. *Motivation and Emotion*, 29(4), 297–325.
156. Isen, A. M., Rosenzweig, A.S., & Young, M.J. (1991). The influence of positive affect on clinical problem solving. *Medical Decision Making*, 11, 221–227.
157. Joseph, S., & Linley, P.A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262–280.
158. Jung, C.G. (1965). *Memories, dreams, reflections*. New York, NY: Random House.
159. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.
(Джон Кабат-Зинн, Куда бы ты ни шел — ты уже там. — Класс, 2021. — 208 с.)
160. Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Higher, M., & Nelson, C.B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.

161. Keyes, C.L.M., & Lopez, S.J. (2005). Toward a science of mental health. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
162. King, L.A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 798–807.
163. King, L.A., King, D.W., Fairbank, J.A., Keane, T.M., & Adams, G.A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 420–434.
164. Klaver, M., & Bannink, F.P. (2010). Oplossingsgerichte therapie bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel [Solution-focused brief therapy with patients with brain injury]. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 5(2), 11–19.
165. Kleiman, E.M., Adams, L.M., Kashdan, T.B., & Riskind, J.H. (2013). Gratitude and grit indirectly reduce risk of suicidal ideations by enhancing meaning in life: Evidence for a mediated moderation model. *Journal of Research in Personality*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2013.04.007>
166. Kuiper, E.C., & Bannink, F.P. (2012). Veerkracht, een pleidooi voor het bevorderen van veerkracht in de jeugdhulpverlening [Resilience, a plea for enhancing resilience in youth care]. *Kind and Adolescent Praktijk*, 3, 134–139.
167. Kuyken, W., Padesky, C.A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization*. New York, NY: Guilford.
168. Lally, P., Jaarsveld, C. van, Potts, H., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, 40, 998–1009.
169. Lamarre, J., & Gregoire, A. (1999). Competence transfer in solution-focused therapy: Harnessing a natural resource. *Journal of Systemic Therapies*, 18(1), 43–57.
170. Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.L. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., pp. 139–193). New York, NY: Wiley.
171. Lambert, M.J., Whipple, J.L., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on patient progress: A replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 91–103.
172. Leckman, J.F., & Mayes, L.C. (2007). Nurturing resilient children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 221–223.
173. Lepore, S.J., & Revenson, T.A. (2006). Resilience & posttraumatic growth. In L.G. Calhoun & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practices* (pp. 24–46). Mahwah, NJ: Erlbaum.

174. Libby, L.K., Eibach, R.P., & Gilovich, R. (2005). Here's looking at me: The effect of memory perspective on assessments of personal change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 50–62.
175. Lieberman, M.D., Eisenberger, N.I., Crockett, M.J., Tom, S.M., Pfeifer, J.H., & Way, B.M. (2007). Putting feelings into words. *Psychological Science*, 18(5), 421–428.
176. Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.
177. Linley, P.A., Joseph, S., & Goodfellow, B. (2008). Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 877–891.
178. Litt, A. (2010). Lusting while loathing: Parallel counterdriving of wanting and liking. *Psychological Science*, 21(1), 118–125.
179. Losada, M.F., & Heaphy, E. (2004). The role of positivity and connectivity in the performance of business teams: A nonlinear dynamics model. *American Behavioral Scientist*, 47(6), 740–765.
180. Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
181. Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness*. New York, NY: Penguin.
182. Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111–131.
183. Macdonald, A.J. (2011). *Solution-focused therapy: Theory, research & practice* (2nd ed.). London, UK: Sage.
184. Mangelsdorf, J. (2013). Comprehensive growth ability: Thriving after traumatic and ecstatic life events. Presentation at the third World Conference of the International Positive Psychology Association.
185. Marx, G. (2002). *Groucho and me: The autobiography*. London: Virgin.
186. Masten, A.S. (1989). Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology. In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (pp. 261–294). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
187. Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
188. Masten, A., & Wright, M.O. (2009). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery and transformation. In J.W. Reich, A.J. Zautra, & J.S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213–237). New York, NY: Guilford.

189. McCraty, R., Barrios-Choplin, B., Rozman, D., Atkinson, M., & Watkins, A.D. (1998). The impact of a new emotional self-management program on stress, emotions, heart rate variability, DHEA and cortisol. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 32(2), 151–170.
190. McElwee, N. (2007). A focus on the personal and structural: Resilience explored. *Child and Youth Services*, 29(1), 57–69.
191. McFarlane, A.C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In B. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, NY: Guilford.
192. McKay, K.M., Imel, Z.E., & Wampold, B.E. (2006). Psychiatrist effect in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 92(2–3), 287–290.
193. McMillen, J.C., Smith, E.M., & Fisher, R.H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 733–739.
194. Menninger, K. (1959). The academic lecture: Hope. *American Journal of Psychiatry*, 12, 481–491.
195. Metcalf, L. (1998). *Solution focused group therapy*. New York, NY: Free Press.
196. Milam, J.E., Ritt-Olson, A., Tan, S., Unger, J.B., & Nezami, E. (2005). The September 11th 2001 terrorist attacks and reports of posttraumatic growth among a multi-ethnic sample of adolescents. *Traumatology*, 11, 233–246.
197. Milam, J.E., Ritt-Olson, A., & Unger, J.B. (2004). Posttraumatic growth among adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19, 192–204.
198. Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B.L. (Eds.). (1996). *The handbook of solution-focused brief therapy: Foundations, applications and research*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
199. Miller, S.D., Duncan, B., & Hubble, M.A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York, NY: Norton.
200. Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B.L. (2007). Supershrinks: Learning from the field's most effective practitioners. *Psychotherapy Networker*, 31(6), 26–35.
201. Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
202. Mischel, W., & Ayduk, O. (2004). Willpower in a cognitive-affective processing system: The dynamics of delay of gratification. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 99–129). New York, NY: Guilford.

203. Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M.L. (1989). Delay of gratification in children. *Science*, 244, 933–938.
204. Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young-Xu, Y., & Stevens, S.P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 898–907.
205. Morwitz, V.G., & Fitzsimons, G.J. (2004). The mere-measurement effect: Why does measuring intentions change actual behavior? *Journal of Consumer Psychology*, 14(1-2), 64–74.
206. Moskowitz, G.B., & Grant, H. (Eds.). (2009). *The psychology of goals*. New York, NY: Guilford.
207. Murray, S.L., Holmes, J.G., & Griffin, D.W. (2003). Reflections on the self-fulfilling effects of positive illusions. *Psychological Inquiry*, 14, 289–295.
208. Myers, D.G. (2000). The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56–67.
209. Neff, K.D. (2011). Self-compassion, self-esteem and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1–12.
210. Neff, K.D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways to relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23–50.
211. Nolen-Hoeksema, S. (2000). Growth and resilience among bereaved people. In J.E. Gillham (Ed), *The science of optimism & hope: Research essays in honor of Martin E. P. Seligman* (pp. 107–127). Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.
212. Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C.G. (2005). Positive responses to loss. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 598–607). New York, NY: Oxford University Press.
213. Norcross, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
214. Oettingen, G. (1999). Free fantasies about the future and the emergence of developmental goals. In J. Brandtstadter & R.M. Lerner (Eds.), *Action & self-development: Theory and research through the life span* (pp. 315–342). Thousand Oaks, CA: Sage.
215. Oettingen, G., Hönig, G., & Gollwitzer, P.M. (2000). Effective self-regulation of goal attainment. *International Journal of Educational Research*, 33, 705–732.
216. Oettingen, G., Pak, H., & Schnetter, K. (2001). Self-regulation of goal setting: Turning free fantasies about the future into binding goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 736–753.

217. Oettingen, G., & Stephens, E.J. (2009). Fantasies and motivationally intelligent goal setting. In G.B. Moskowitz & H. Grant (Eds.), *The psychology of goals* (pp. 153–178). New York, NY: Guilford.
218. O'Hanlon, B. (1999). *Evolving possibilities*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
219. O'Hanlon, B. (2000). *Do one thing different*. New York, NY: Harper Collins.
220. O'Hanlon, B., & Bertolino, B. (1998). *Even from a broken web*. New York, NY: Wiley.
221. O'Hanlon, B., & Rowan, R. (2003). *Solution oriented therapy for chronic and severe mental illness*. New York, NY: Norton.
222. O'Leary, V.E., & Ickovics, J.R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for A paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*, 1, 121–142.
223. Ong, A.D., Bergeman, C.S., Bisconti, T.L., & Wallace, K.A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 730–749.
224. Orlinsky, D., & Ronnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
225. Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. New York, NY: Oxford University Press.
226. Papp, P. (1983). *The process of change*. New York, NY: Guilford.
227. Park, C.L., Cohen, L.H., & Murch, R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71–105.
228. Park, C.L., & Helgeson, V.S. (2006). Introduction to the special section: Growth following highly stressful life events: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 791–796.
229. Park, S.S. (2006). *Exposure to community violence and aggressive beliefs in adolescents: Role of posttraumatic growth and developmental resources*. PhD dissertation, Fuller Theological Seminary, School of Psychology, United States. Retrieved December 23, 2009, from Dissertations & Theses: A&I (Publication No. AAT 3209664).
230. Peacock, F. (2001). *Water the flowers, not the weeds*. Montreal, Quebec: Open Heart.
231. Peterson, C. (2006). The values in action (VIA) classification of strengths. In M. Csikszentmihalyi & I. Csikszentmihalyi (Eds.), *A life worth living: Contributions to positive psychology* (pp. 29–48). New York, NY: Oxford University Press.
232. Pinker, S. (2012). *The better angels of our nature*. London, UK: Penguin.

233. Piper, W.E., Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S., McCallum, M., Rosie, J.S., O'Kelly, J.G., & Steinberg, P.I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 114–122.
234. Plaud, J.J. (2001). Positive reinforcement. *Living and Learning*, 1, 3.
235. Pope, K.S., & Tabachnick, B.G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 247–258.
236. Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York, NY: Morrow.
237. Proust, M. (1992). *In search of lost time*. New York, NY: Modern Library.
(Марсель Пруст, *В поисках утраченного времени* (в одном томе). — Эксмо, 2017. — 896 с.)
238. Rakel, D.P., Hoeft, T.J., Barrett, B.P., Chewning, B.A., Craig, B.M. & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration fo the common cold. *Family Medicine* 41, 7, 494-501.
239. Reed, M.B., & Aspinwall, L.G. (1998). Self-affirmation reduces biased processing of health-risk information. *Motivation and Emotion*, 22, 99–132.
240. Roberts, M.C., Brown, K.J., Johnson, R.J., & Reinke, J. (2005). Positive psychology for children. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
241. Rock, D. (2009). *Your brain at work*. New York, NY: HarperCollins.
242. Roeden, J.M., & Bannink, F.P. (2007). *Handboek oplossingsgericht werken met licht verstandelijk beperkte cliënten* [Handbook for solution-focused interviewing with clients with mild intellectual disabilities]. Amsterdam, Netherlands: Pearson.
243. Roeden, J.M., & Bannink, F.P. (2009). Solution focused brief therapy with persons with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(4), 253–259.
244. Roeden, J.M., Maaskant, M.A., Bannink, F.P., & Curffs, L.M.G. (2011). Solution-focused brief therapy with people with mild intellectual disabilities: A case series. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(4), 247–255.
245. Roeden, J.M., Maaskant, M.A., Bannink, F.P., & Curffs, L.M.G. (2012). Solution-focused coaching of staff of people with severe and moderate intellectual disabilities: A case series. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(3), 185–194.
246. Rosenhan, J. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250–258.

247. Ross, M., & Wilson, A.E. (2002). It feels like yesterday: Self-esteem, valence of personal past experiences, and judgments of subjective distance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 792–803.
248. Rossi, E.L. (Ed.). (1980). *The nature of hypnosis and suggestion by Milton Erickson* (collected papers). New York, NY: Irvington.
249. Rothman, A.J. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioural maintenance. *Health Psychology*, 19, 64–69.
250. Rowe, G., Hirsh, J.B., & Anderson, A.K. (2007). Positive affect increases the breadth of attentional selection. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 383–388.
251. Rubin, L. (1996). *The transcendent child*. New York, NY: Basic Books.
252. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.
253. Sagi-Schwartz, A., Bakermans-Kranenburg, M.J., Linn, S., & van IJzendoorn, M.H. (2013). Against all odds: Genocidal trauma is associated with longer life-expectancy of the survivors. *PLoS ONE* 8(7): e69179. doi:10.1371/journal.pone.0069179.
254. Saleebey, D. (Ed.) (2007). *The strengths perspective in social work practice*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
255. Salter, E., & Stallard, P. (2004). Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 335–340.
256. Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 145–153.
257. Schroevers, M.J., Helgeson, V.S., Sanderman, R., & Ranchor, A.V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psychooncology*, 19(1), 46–53.
258. Seery, M.D., Holman, E.A., & Silver, R.C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifeline adversity, vulnerability and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025–1041.
259. Selekman, M.D. (1993). *Pathways to change: Brief therapy solutions with difficult adolescents*. New York, NY: Guilford.
260. Selekman, M.D. (2010). *Collaborative brief therapy with children*. New York, NY: Guilford.
261. Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness*. London, UK: Brealey.
262. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish*. New York, NY: Free Press.
263. Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.

264. Seligman, M.E.P., Reivich, K., Jaycox, L., & Gilham, J. (1995). *The optimistic child*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
265. Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421.
266. Sharot, T. (2011). *The optimism bias*. New York, NY: Random House.
267. Siegel, D.J. (1999). *The developing mind*. New York, NY: Guilford.
(Дэниел Сигел, *Растущий мозг*. — Эксмо, 2016. — 272 с.)
268. Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67–94.
269. Siegel, D.J. (2010). *Mindsight*. New York, NY: Bantam.
(Дэниел Сигел, *Майндсайт: новая наука личностной трансформации*. — Манн, Иванов и Фербер, 2015. — 336 с.)
270. Smock, S., Froerer, A., & Bavelas, J.B. (in press). Microanalysis of positive and negative content in solution focused brief therapy and cognitive behavioral therapy expert sessions.
271. Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249–275.
272. Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (2005). *Handbook of positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
273. Snyder, C.R., Michael, S.T., & Cheavens, J. (1998). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos and expectancies. In M.A. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (Eds.), *Heart and soul of change* (pp. 179–200). Washington, DC: American Psychological Association.
274. Stam, P., & Bannink, F.P. (2008). De oplossingsgerichte organisatie [The solution-focused organisation]. *Tijdschrift VKJP*, 35(2), 62–72.
275. Stams, G.J., Dekovic, M., Buist, K., & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: Een meta-analyse [The efficacy of solution-focused brief therapy: A meta-analysis]. *Gedragstherapie*, 39(2), 81–94.
276. Tamir, M., & Diener, E. (2008). Approach-avoidance goals and well-being. In A.J. Elliot (Ed.), *Handbook of approach and avoidance motivation* (pp. 415–430). Mahwah, NJ: Erlbaum.
277. Tamir, M., Mitchell, C., & Gross, J.J. (2008). Hedonic and instrumental motives in anger regulation. *Psychological Science*, 19, 324–328.
278. Tedeschi, R.G., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times*, 21, 4.

279. Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2006). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
280. Tedeschi, R.G., & McNally, R.J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *American Psychologist*, 66, 19–24.
281. Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety. A solution oriented approach to child protection casework*. New York, NY: Norton.
282. Turner, C., Spencer, M.B., & Stone, B.M. (2005). Effect of working patterns of UK train drivers on fatigue: A diary study. *Shiftwork International Newsletter*, 22, 150.
283. Ungar, M. (2008). *A brief overview of resilience: How does the concept help us understand children's positive development under stress*. Retrieved from http://www.tlpresources.ca/policyresearch_conference_NDRY_2008/Michael_Ungar_English.pdf
284. U.S. Department of Veterans Affairs. (n.d.). *PTSD in children and teens*. Retrieved from <http://www.ptsd.va.gov/public/pages/ptsd-children-adolescents.asp>
285. Vaillant, G.E. (1995). *Adaptation to life*. Cambridge MA: Harvard University Press.
286. Vasquez, N., & Buehler, R. (2007). Seeing future success: Does imagery perspective influence achievement motivation? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 1392–1405.
287. Walter, J.L., & Peller, J.E. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.
288. Walter, J.L., & Peller, J.E. (2000). *Recreating brief therapy: Preferences and possibilities*. New York, NY: Norton.
289. Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
290. Wampold, B.E., & Bhati, K.S. (2004). Attending to the omissions: A historical examination of evidence-based practice movements. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 563–570.
291. Watzlawick, P. (1976). *How real is real?* New York, NY: Random House.
292. Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York, NY: Norton.
293. Werner, E.E. (2004). What can we learn about resilience from large scale longitudinal studies? In S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children*. New York, NY: Kluwer.

294. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: Norton.
295. Williams, T. (2012, June 8). *Suicide outpacing war deaths for troops*. *New York Times*. Retrieved from <http://veteransforcommonsense.org/2012/06/11/suicidesoutpacing-war-deaths-for-troops/>.
296. Wilson, S. (1955). *The man in the gray flannel suit*. New York, NY: Four Walls Eight Windows.
297. Wilson, T.D. (2011). *Redirect: The surprising new science of psychological change*. New York, NY: Little, Brown.
298. Wilson, T.D., Centerbar, D.B., Kerme, D.A., & Gilbert, D.T. (2005). The pleasures of uncertainty: Prolonging positive moods in ways people do not anticipate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 5–21.
299. Wittgenstein, L. (1968). *Philosophical investigations* (G.E.M. Anscombe, Trans., 3rd ed.). New York, NY: Macmillan. (Original work published 1953)
300. Wolin, S.J., & Wolin, S. (1993). *Bound and determined: Growing up resilient in a troubled family*. New York, NY: Villard Press.
301. Woodward, C., & Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), 267–283.
302. Yalom, I.D. (2008). *The gift of therapy*. New York, NY: HarperCollins.
(Ирвин Ялом, *Дар психотерапии*. — Эксмо, 2015. — 352 с.)
303. Young, S. (2010). *Solution-focused schools*. London, UK: BT Press.
304. Youssef, C.M., & Luthans, F. (2007). Positive organizational behaviour in the workplace: The impact of hope, optimism, and resiliency. *Journal of Management*, 33, 774–800.
305. Ziegler, P., & Hiller, T. (2001). *Recreating partnership*. New York, NY: Norton.
306. Zimmerman, M., McGlinchey, J.B., Posternak, M.A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? *American Journal of Psychiatry*, 163, 148–150.

Це перша книга про лікування травм, що поєднує теорію та практику позитивної психології та орієнтованої на вирішення короткострокової терапії з традиційними підходами. Фахівці з травм дізнаються, як допомогти травмованим людям отримати максимум користі з терапії та розвинути життєстійкість. Описані в книзі навички допоможуть підвищити самоефективність та самооцінку клієнтів, а також зробити терапію коротшою, ефективнішою та природнішою для обох сторін терапевтичного альянсу. Книга призначена для всіх фахівців і терапевтів-початківців, які працюють з пацієнтами, які пережили травму (як дорослими, так і дітьми), їхніми сім'ями та друзями. Читач отримає масу практичних порад щодо прийняття більш позитивного підходу та розширення свого терапевтичного арсеналу.

Науково-популярне видання

Баннінк, Фредріке

**Посттравматичний успіх:
позитивна психологія та стратегії,
орієнтовані на рішення,
щоб допомогти клієнтам вижити та процвітати
(Рос. мовою)**

Підписано до друку 20.10.2023. Формат 60х90/16

Ум. друк. арк. 25,0. Обл.-вид. арк. 23,7

Видавець ТОВ "Науковий Світ"

03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 7881 від 06.07.2023

Подход, ориентированный на устойчивость к травмам

Это первая книга о лечении травм, сочетающая теорию и практику позитивной психологии и ориентированной на решение краткосрочной терапии с традиционными подходами. Автор избегает акцента на патологии — т.е. что не так с клиентами, — направляя терапевта к тому, что с ними правильно, т.е. от посттравматического *стресса* — к посттравматическому *успеху*.

Три фактора посттравматического успеха — выздоровление, жизнестойкость и улучшения (посттравматический рост) — ассоциируются с бамбуком, который символизирует мужество и выдержку. Специалисты по травмам узнают, как помочь травмированным людям извлечь максимум пользы из терапии и развить жизнестойкость. Описанные в книге навыки помогут повысить самоэффективность и самооценку клиентов, а также сделать терапию более короткой, эффективной и естественной для обеих сторон терапевтического альянса.

Книга предназначена для всех специалистов и начинающих терапевтов, которые работают с пациентами, пережившими травму (как взрослыми, так и детьми), их семьями и друзьями. Читатель получит массу практических советов по принятию более позитивного подхода и расширению своего терапевтического арсенала. В помощь терапевтам предлагаются более 100 упражнений, 33 клинических примера и 40 историй клиентов.

Фредрике Банник — клинический и детский психолог, супервизор Голландской ассоциации поведенческой и когнитивной терапии (VGCT). Курирует команду специалистов по охране психического здоровья в организации “Врачи без границ”, а также проводит обучающие курсы по ОРКТ и ПП в различных психиатрических клиниках.

Категория: психология/психотерапия

Видавництво
“НАУКОВИЙ СВІТ”

ISBN 978-617-550-173-3

