

12+ АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ
МИХАЛЬСКИЙ

Нейроконструктивная терапия

NEUROCONSTRUCTIVE THERAPY

Алексей Михальский

**Нейроконструктивная терапия.
Neuroconstructive Therapy**

«Издательские решения»

Михальский А. В.

Нейроконструктивная терапия. Neuroconstructive Therapy /
А. В. Михальский — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-600268-5

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

ISBN 978-5-00-600268-5

© Михальский А. В.
© Издательские решения

Содержание

О названии книги	6
Об авторе	7
Благодарности	8
Дополнительная информация	9
Предисловие из прошлого	10
Предисловие из будущего	11
Введение	12
Глава 1. Ключевые понятия нейроконструктивной терапии	14
Исторические закономерности развития психотерапии	14
От конструктивизма к нейроконструктивизму	17
Каркасный (фреймовый) подход к психотерапии	18
Ключевые понятия нейроконструктивной терапии	21
Отличия нейроконструктивной терапии от конструктивных подходов и Ориентированной на решение терапии	26
Резюме главы: основные принципы нейроконструктивной терапии	28
Глава 2. Как по нотам: Базовые процессы психотерапии	29
Как родилась концепция Базовых процессов?	29
Какие процессы были выделены?	31
Стадии, этапы, процессы или векторы терапии?	32
Домены терапии и их балансировка	34
О нейробиологии Доменов и процессов терапии	35
Как измерять процессы терапии?	37
Связь Базовых процессов и эффективности терапии: исследования и перспективы	38
Типичные нарушения баланса Доменов	41
Резюме главы	43
Глава 3. Домен Поддержки	44
Процесс 1. Кооперация: Создание, развитие и поддержание сотрудничества в терапии	45
Конец ознакомительного фрагмента.	46

Нейроконструктивная терапия Neuroconstructive Therapy

Алексей Владимирович Михальский

© Алексей Владимирович Михальский, 2025

ISBN 978-5-0060-0268-5

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

О названии книги

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

С того времени много воды утекло – какие-то терапевтические подходы изменились, какие-то остались старыми, другие появились. Все больше изменений в работе психологов уже отражают новые научные находки. Мне очень нравится собирать то, что появляется, изучать это, хотя, к сожалению, на все времени не хватает. Но когда учишься, практикуешь и собираешь нечто, что тебе кажется новым, то сложно назвать это одним словом. Так и ребенок, собирающий из кусочков конструктора нечто своеобразное, часто затрудняется назвать свое творчество определенным образом. Конечно, все эти элементы пазла уже сделаны кем-то ранее, и на мой взгляд, имеет значение способ сборки и фокусировки, возникающие в процессе конструирования. Поэтому, из всех предполагаемых вариантов названия того, о чем я хотел бы написать, (кандидатами на название были: «Терапия конструирования будущего», «Терапия нейросетевого баланса», «Конструктивная терапия» и другие) я выбрал для определения терапии новое слово – «нейроконструктивная». В нем много смыслов, которые я хотел бы подчеркнуть:

1) от латинского «con-struere» – «со-здаем», «с-кладываем», – слово со значением **«совместно»**;

2) проявляющаяся в **гармоничном** взаимодействии;

2) нацеленная на что-то конкретное и **полезное**;

3) созданная как **вывод** из чего-то прежнего;

4) предполагающая творчество и **архитектуру нового** (конструирование будущего);

5) включающая аспект использования **нейробиологии** (нейросетей) мозга.

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

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

Об авторе

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

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

Благодарности

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

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

Дополнительная информация

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

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

Предисловие из прошлого

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

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

Предисловие из будущего

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

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

Введение

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

Ф. Ницше

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

Самой сутью книги представляются два аспекта:

1) повышение эффективности терапии и консультирования на основе балансировки и гармонизации **базовых доменов и процессов** терапии;

2) фокусировка на навыках **конструирования будущего** для достижения изменений.

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

1) Терапия и консультирование рассматриваются как **диалогический процесс**, который возможен при наличии двух и более участников, а его эффективность неразрывно связана с особенностями **совместного** диалога. *Оговорка:* самопомощь клиента по определенным методикам или общение с терапевтическими ботами являются несколько иными видами деятельности, которые (по состоянию на сегодня) затруднительно полностью включить в «терапию и консультирование». Однако я уверен, что по мере развития этих технологий принципы, изложенные в книге, окажутся отчасти применимыми к будущим формам терапии. Более того, при компоновке системы я старался учесть будущие возможности искусственного интеллекта (такие возможности обсудим в следующих публикациях).

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

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

А если точное изучение и измерение **эффекта**, который терапия оказывает на ситуацию и жизнь **конкретного** клиента, буквально невозможно (и остается гипотетическим), то следует принять: (а) тезис об эффективности терапии **«в целом»** (что подтверждается клиническими исследованиями на уровне значимой статистики), а также (б) тезис о возможности изучения и измерения **восприятия** процесса терапии «в среднем».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Глава 1. Ключевые понятия нейроконструктивной терапии

Явное лучше, чем неявное.

Простое лучше, чем сложное.

Практичность важнее безупречности.

Если реализацию легко объяснить – идея, возможно, хороша.

Дзен Питона (Тим Питерс, разработчик Python)

Исторические закономерности развития психотерапии

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

Развитие терапии и оценка ее эффективности идут рука об руку. Формирование и развитие психотерапии не является процессом совсем уж оторванным от оценки результатов практики, от оценки эффективности терапии. Видоизменение терапии, появление новых подходов, школ, методов все же связано с стремлением повысить эффективность и найти наиболее удачное сочетание (вспомним, как появлялись некоторые известные подходы терапии, например, НЛП, краткосрочная терапия MRI, SFBT и другие – это был целенаправленный поиск наиболее удачных приемов, имеющий большую или меньшую теоретическую подоплеку).

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

Психотерапия является видом совместного творческого конструирования. Один из возможных взглядов на терапию – это взгляд на нее как на текстовую, нарративную практику: клиент и терапевт сотрудничают в создании личного повествования, которое в процессе гармонизирует личность, её историю, роль симптома. Существует связь между личностью и социумом: «жизнь каждой личности представляет собой осмысленное целое в форме истории, а история социума предполагает переплетение этих историй» (Трубина, 2022).

Напомню здесь о методологическом **сдвиге к будущему** в более современных направлениях терапии, например, таких, как ориентированная на решение терапия (ОРКТ), где обращение к чуду является одной из базовых техник. Прочитую А. Ф. Лосева, чтобы не потерять связь с предыдущим упоминанием личностного повествования: «Что мы имели до введения

понятия чуда? Мы имели такое определение: миф есть в словах данная личностная история. Теперь мы можем сказать так: миф есть в словах данная чудесная личностная история. Это и есть все, что я могу сказать о мифе. ...пользоваться полученной у меня формулой может только тот, кто хорошо усвоил себе диалектику таких категорий, как «личность», «история», «слово» и «чудо» (Лосев, 1990).

Аналогии в развитии психотерапии и литературы. Здесь необходимо вспомнить о концепции хронотопа, которую развивает М. Бахтин. Неразрывна связь феноменов литературы и психотерапевтического повествования, творимого вместе с клиентом; по выражению Ухтомского, «хронотопическая ткань жизни» – ткань не из отвлеченных событий, но значимых событий, спаянных пространством и временем. Биографическое, смысловое, событийное, временное конструирование будущего в процессе психотерапии также необходимы: «Хронотоп как формально-содержательная категория определяет (в значительной мере) и образ человека в литературе; этот образ всегда существенно хронотопичен» (Бахтин, 1975). **Психотерапия как сотворчество клиента и терапевта является отражением и конструированием реальности, таким же, как создание художественного текста.**

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

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

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

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

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

Если проводить аналогию с понятием художественного **жанра**, то жанру соответствует **стратегия**, выбираемая терапевтом, – сложенная в соответствии с общественными нормативами, принятыми в данном направлении. В XX веке происходит отделение «массовой психологии» от узкоспециализированной, поэтому возникает необходимость в введении «психотерапевтических жанров» (так называемые «формулы коучинга», «алгоритмы самопомощи», «5 шагов к счастью» и другие тенденции).

Развитие системы **работы самого писателя психотерапевта** происходит в результате его работы с разными стратегиями терапии, а также разными историями клиентов, что вполне

закономерно (Михальская, 1982). Развитие литературы психотерапии – это не только история прямолинейного развития терапевтических интервенций, но и их смены, при этом простейшей системой выступает их совокупность в работе отдельного терапевта, что предполагает наличие более сложных систем в направлениях, школах терапии.

Отдельным предметом и самостоятельной областью изучения развития психотерапии как культурно-исторического процесса могут стать переходные явления – приемы, методы, подходы, стоящие на границах различных направлений. И формы их использования – клиническая работа, частная практика, марафоны, независимые курсы и т. п. Важно изучать их самостоятельно – они не являются помехой в изучении «чистых сложившихся» школ и подходов, а, напротив, интересны сами по себе, как феномены, не всегда вписывающиеся в традиционную схему, построенную на основе той или иной методологии истории развития психологии в целом (сравнение литературного процесса с развитием психологии по: Михальская, 1986).

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

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

В качестве известного примера терапевта, стоящего на пересечении подходов, можно назвать Джеффри Янга, создателя схема-терапии, который был фактически вынужден **искать интеграции** и нашел их. Однако не забудем, что Д. Янг большую часть жизни работал под руководством Аарона Бека, создателя когнитивно-поведенческой терапии. Аарон Бек, в свою очередь, является терапевтом, который в кристально прозрачной форме создал свой подход и, стоя «на вершине», поднял его на ту наивысшую **ступень четкой структурности**, где подход уже диалектически неизбежно вынужден серьезным образом трансформироваться и развиваться, что мы и наблюдаем в конце 2010-х-начале 2020-х годов в когнитивно-поведенческой терапии.

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

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

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

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

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

От конструктивизма к нейроконструктивизму

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

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

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

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

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

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

Каркасный (фреймовый) подход к психотерапии

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

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

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

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

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

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

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

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

а) какова, собственно, ведущая парадигма?

б) как рассматривается роль Клиента или Терапевта в экосистеме субъекта терапии?

в) как распределяется фокусировка на том или ином Домене или процессе?

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

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

ОРКТ – Декларативная, Неподчиненная, фокусируется на Домене изменения.

И так далее.

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

Мы смотрим, как организованы процессы, каковы связи между ними. Можем записать это в виде нотации (транскрипта) терапевтической сессии «как по нотам» – что в тот или иной момент делал терапевт, что делает клиент, к какому домену относится та и иная интеракция. Пример такого анализа – в Приложениях: это начало сессии Глории с Карлом Роджерсом. Тут можно уже посмотреть, в какой степени выдержана терапевтическая парадигма, реализованы ли на сессии принципы подхода терапии, является ли это гармоничным для клиента, уви-

деть и многие другие параметры. Позже можно будет построить кодовый классификатор дерева Домены-Процессы-Техники, зарисовать граф-схему сессии, проанализировать её в своей практике или на супервизии или предложить эти идеи для использования искусственным интеллектом.

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

- определенное видение личности клиента («теория личности»);
- определенное видение формирования проблемы («теория проблемы»);
- логически обоснованную систему психотерапевтических воздействий («алгоритм лечения»).

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

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

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

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

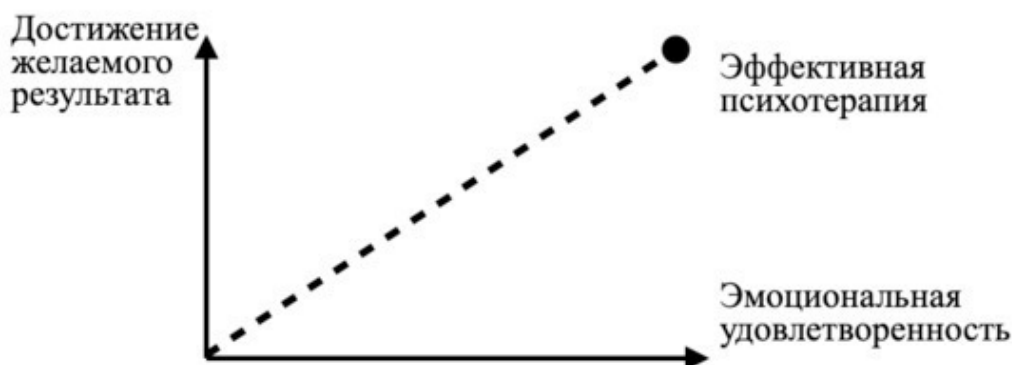
Приведу пример. Одним из важных процессов терапии, как показали работы многих исследователей, является установление и поддержание терапевтических **отношений** с клиентом. Это специфический процесс – установление и поддержание кооперативных отношений между всеми участниками терапии. Описывая **процесс** кооперации, я назову и некоторые **техники взаимодействия**. Однако, вместо приведенных техник, терапевт может применять любые другие из «своего» подхода.

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

Итак, сейчас я выделяю наиболее важные понятия терапевтического процесса, которые считаю особенно значимыми для нейроконструктивной терапии (и для терапии вообще!) – те концепты, что отличают психотерапию от других видов деятельности. Далее в следующих

главах я определяю и описываю домены и процессы (векторы), которые являются содержанием любой эффективной терапии. Создавая, корректируя и развивая эти процессы, терапевт может достичь наибольшей **эффективности** терапии.

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



Векторы эффективности психотерапии

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

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

Ключевые понятия нейроконструктивной терапии

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

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

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

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

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

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

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

Определение системы для биологических систем конкретизируется в принципе «функциональной системы», «который отводит полезному результату действия роль ведущего фактора в организации кооперативного взаимодействия компонентов системы и непрерывной реорганизации ее рабочей архитектуры через обратную афферентацию в поисках оптимального пути достижения цели» (Наумов, 1972).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В случае запроса клиента на «*отсутствие будущего*» или на «*ничего не менять*» может возникнуть определенная циклическая ловушка (рекурсия). В случае рекурсии терапевту обычно полезно бывает прояснить у клиента, какими могут быть для него дополнительные признаки достижения желаемого результата терапии (признаки изменения). Тем самым терапевт помогает клиенту сформировать целостный образ желаемого будущего, в котором отсутствует (теряет смысл) симптом или предъявленная проблема. Этот образ содержит *значимые различия* от текущей ситуации (*значимые различия*, как подчеркивал Г. Бейтсон, являются наиболее важным маркером изменений, точнее, изменения сами по себе заключаются в значимых различиях). Таким образом, даже работая с изначальным запросом «отсутствие будущего» и «ничего не менять», в совместно конструируемом *образе будущего* могут быть выявлены различия, придающие изменениям значимость (ценность). Терапия как направленный процесс не может быть сведена только к повышению «адаптации» как таковой, или к «изменениям» самим по себе, вне контекста и вне со-конструирования.

Предвосхищение и оптимизм как терапевтическая возможность. В следующей главе я рассмотрю 2 основных домена терапии и основные терапевтические процессы. Гармоничный баланс этих доменов (с одной стороны – **необходимость поддержки** и в то же время **стремление к изменениям**) во многом опирается на антиципацию клиента (в частности – на его уверенность в устойчивом будущем, веру в возможность изменений). Для нейроконструктивной терапии особенности антиципации являются важным фокусом внимания и опорой в терапии, поскольку обеспечивают возможность конструирования и прогресса к изменениям. Поэтому я уделяю много внимания развитию адаптивного предвосхищения. Подтверждено исследованиями, что оптимизм является одним из ключевых показателей и одновременно факторов психологического благополучия, жизнестойкости личности, а также успешности психотерапии. Такая точка зрения подкрепляется исследованиями особенностей конструирования будущего личности (Селигман, 2013; Гордеева, Сычев, Осин, 2017; Михальский, 2015).

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

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

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

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

Исходя из этого, определение «контекст терапии» может иметь смысл для происходящего только здесь-и-сейчас. Необходимо держать в уме, что анализ контекста ограничен, для хода терапии действительно важно обсуждение только достаточно стабильных элементов контекста (иначе мы рискуем обсуждать облака, которые при сильном ветре слишком быстро меняют свою конфигурацию). Имеет смысл обсуждать рельеф местности, а детали формы облаков оставить для непосредственного, «моментального» наблюдения клиентом и терапевтом.

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

- временная фокусировка (обсуждение прошлого опыта клиента, его настоящего или будущего);
- центрация или децентрация (самораскрытие собственной точки зрения клиента, или беседа с точки зрения других, «глазами других людей»);
- интероцептивный или экстероцептивный фокус (речь ведется о внутренних ощущениях, переживаниях, либо – фокусировка на обсуждении того, что происходит вокруг);
- фокусировка на мыслях, эмоциях или действиях (в зависимости от того, о чем говорим больше в данный момент);
- фокусировка на проблеме, на ресурсах или на изменениях (концентрация на проблеме, ее проявлениях, особенностях и причинах; либо – на ресурсах и силах клиента (-ов); либо разговор идет о возможных вариантах преодоления, о желаемых изменениях, о последствиях

успешного решения проблемы, что чаще, но не всегда, связано с привязкой беседы к будущему);

– другие фокусировки терапевтического взаимодействия.

Отличия нейроконструктивной терапии от конструктивных подходов и Ориентированной на решение терапии

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

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

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

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

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

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

Резюме главы: основные принципы нейроконструктивной терапии

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

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

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

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

– Важен нейробаланс и гармонизация доменов и процессов терапии. Работа клиента и терапевта во многом происходит на уровне нейросетей, во многом обусловленных функциональным строением мозга, эволюционными паттернами и социальными отношениями.

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

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

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

Глава 2. Как по нотам: Базовые процессы психотерапии

Как родилась концепция Базовых процессов?

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

Мысль №1.

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

Сначала я обратил внимание на то, что хорошие отзывы часто набирают вовсе не самые обученные психологи, а разные (и не обязательно это суперпрофессионалы, хотя все же чаще – они). И негативные отзывы частенько встречаются и у суперпрофи. А уж с разными подходами терапии вообще каша – есть те, кто соблюдает один-два подхода и не очень эффективны в них, а есть те, кто учился «понемногу чему-нибудь и как-нибудь» (5 сертификатов по несколько часов), и несмотря на это набирает гораздо больше отличных отзывов, чем те, кто годами прокачиваются в одном методе.

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

Мысль №2.

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

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

Мысль №3.

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

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

Мысль №4,

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

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

Какие процессы были выделены?

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

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

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

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

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

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

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

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

Стадии, этапы, процессы или векторы терапии?

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

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

В качестве другого примера сложной системы возьмем школьника, изучающего английский язык. Изучение каждого нового слова – это определенный этап, но хорошее знание языка возможно исключительно, если на уроках **постоянно** используется **массив** слов, которые ученик освоил ранее. Так же и книга, которая была прочитана на первом курсе вуза, смотрится совершенно по-другому в первые годы практической работы. А еще через много лет ты перечитываешь ее уже потому, что нужно интегрировать тот материал с каким-то новым материалом.

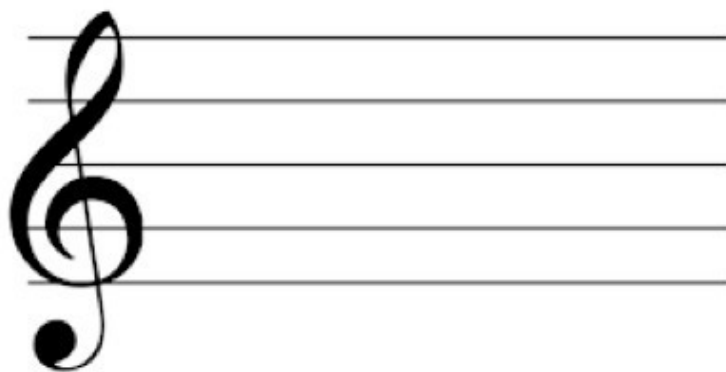
Так и работа с живыми системами – это не четкий переход с этапа на этап (как в случае разгона ракеты по космическим скоростям), а **расширение** диапазона функционирования с сохранением основных функциональных процессов («повышение уровня адаптивности», если угодно). В нашем случае (психологическое консультирование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

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

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

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

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



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

Возможно, удобнее будет мнемонически запомнить 5 процессов как пальцы на руке. Большой палец – кооперация. Указательный палец – упорядочивает, средний палец – закрепляет самоинструкции, безымянный – придумывает, что делать, а мизинец – отслеживает то, что происходит между сессиями.



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

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

Домены терапии и их балансировка

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

Мысль №5,

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

1) **Домен поддержки.** Это зона сотрудничества, альянса и кооперации, поиска и установления отношений (привязанности) с терапевтом и участниками терапии, а также приобретения понимания ситуации, особенностей истории и функционирования симптомов и проблемы. Понимание происходящего – сильная эмоциональная опора для клиента, поэтому вектор структуризации и ресурсирования также входит в Домен поддержки. Именно здесь *«мой личный ад уже делится напополам и становится легче, зная, что ты не один, а смог поделиться этим с кем-то, кто понимает»*. Однако ни анализ прошлого, ни понимание причин и структуры проблемы, ни даже эмоциональная близость может не привести к объективно наблюдаемым изменениям. Об этом много писал Стив де Шейзер (de Shazer, 1991, 1994) – это не меняет status quo (текущее положение и ситуацию) клиента. То же подчеркивали создатели мотивационного интервью, У. Миллер, С. Роллник – они исследовали содержание сессий с клиентами и (о чудо!) сессии, где больше говорилось про изменения, помогали клиентам меняться. Поэтому второй наш Домен – это:

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

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

О нейробиологии Доменов и процессов терапии

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

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

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

Теперь несколько слов по поводу нейробиологии Доменов. С 1950-х годов в социальной психологии различают две различные лидерские роли – лидерство, ориентированное на задачу, и социально-эмоциональное лидерство. Некоторые современные исследования в области нейронауки подчеркивают, что данное разделение между ролями, ориентированными на задачу, и социально-эмоциональными ролями, может быть связано с фундаментальными особенностями нашей нейробиологии: антагонистическими отношениями между двумя крупномасштабными корковыми сетями – сетью, ориентированной на задачу (TPN), и сетью режима по умолчанию (DMN). Нейронная активность в TPN имеет тенденцию подавлять активность в DMN, и наоборот. Сеть TPN важна для решения проблем, фокусировки внимания, принятия решений и контроля действий. Сеть DMN играет центральную роль в эмоциональном самосознании, социальном познании и принятии этических решений. Она также тесно связана с креативностью и открытостью новым идеям. Обе эти сети связаны с активностью симпатической и парасимпатической нервной системы и, соответственно, поливагальная теория С. Порджеса тоже отражает эти процессы со свойственным ей видением. К сожалению, до сих пор мне не удалось найти исследований, которые бы емко интегрировали обе эти концепции, связанные с вопросом нейробалансировки – до сих пор ученые занимаются этими концепциями по отдельности. Поэтому я решил минимально вводить понятия поливагальной теории в связи с нейробалансировкой Доменов, опираясь больше на взаимодействие сетей DMN и TPN.

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

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

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

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

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

Как измерять процессы терапии?

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

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

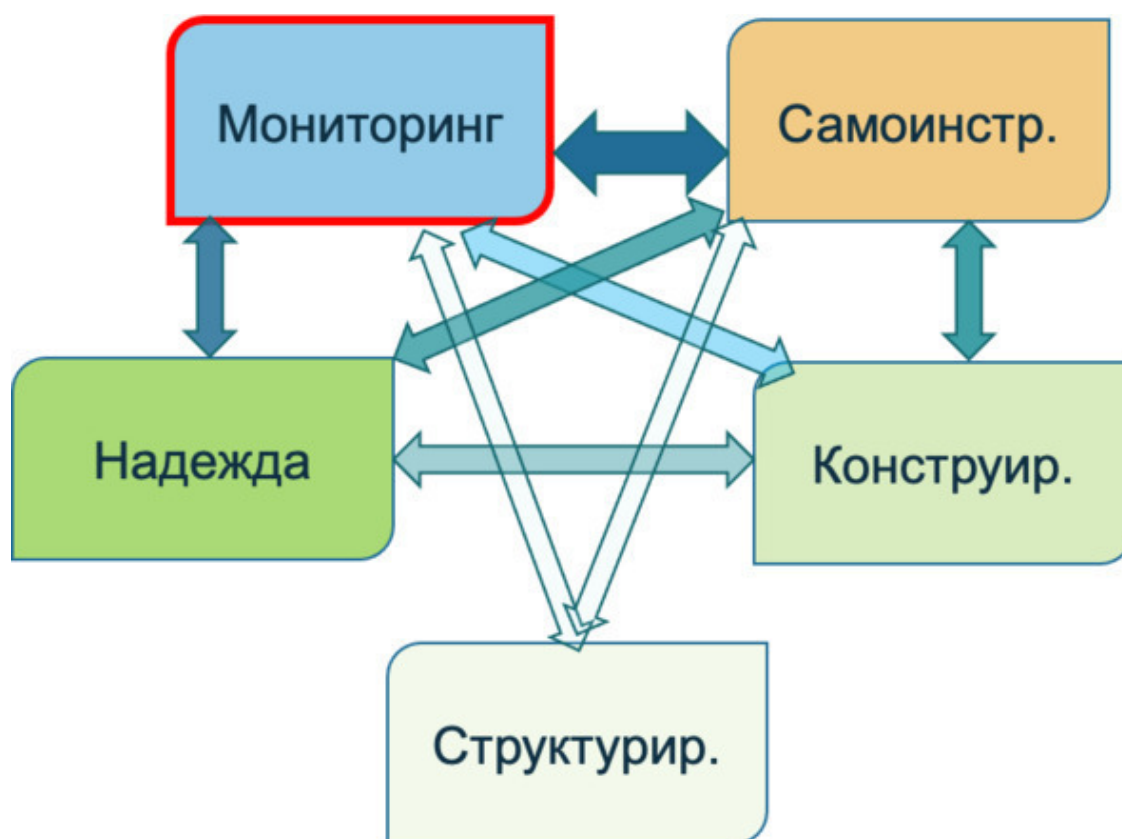
Диагностический материал состоит из 4 опросников: один опросник начальный (предлагается перед первой сессией), а еще три для использования в процессе терапии – вариант для клиента, для партнеров по парной или семейной терапии и для терапевта. Бланки опросников находятся в Приложениях.

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

Клиент, в свою очередь, также может быть ознакомлен с концепцией процессов. Таким образом он научится более четко определять, что происходит в терапии, и давать полезную обратную связь терапевту.

Связь Базовых процессов и эффективности терапии: исследования и перспективы

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



На рисунке более темным цветом выделены более сильные корреляции

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

1. Самоинструктирование – мониторинг* (0.68 / 0.68)
2. Мониторинг* – надежда (0.59 / 0.69)
3. Конструирование – самоинструктирование (0.57 / 0.71)
4. Самоинструктирование – надежда (0.54 / 0.62)
5. Конструирование – надежда (0.40 / 0.58)
6. Конструирование – мониторинг* (0.50)
7. Структурирование и самоинструктирование – мониторинг* (0.44 / 0.49).

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

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

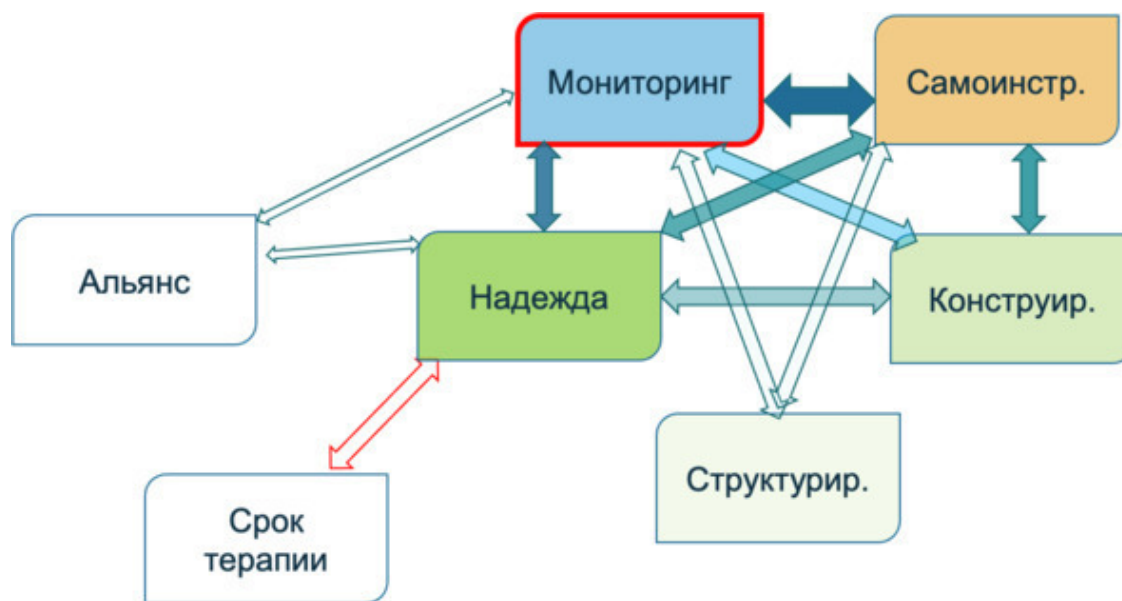
1. «Конструирование», «Структурирование» и «Самоинструктирование» («Навык») – «Мониторинг». Клиенты, который получили конкретный навык и осваивают его, также учатся видеть эффект от терапии и умеют наблюдать его гораздо четче и техничнее.

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

3. «Конструирование» – «Самоинструктирование» («Навык»). Связь в этой паре говорит о том, что для того чтобы получить или разработать нужный (подходящий) навык или самоинструкцию, необходимо задаться вопросами «Что я хочу от терапии?», «Как я вижу результат?». Чем более четко это сделано на сессиях, чем более подробное и объемное видение возникает, тем конкретнее и понятнее польза от упражнений.

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

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



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

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

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

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

Типичные нарушения баланса Доменов

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

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

Вторая группа клиентов характеризуется быстрым прекращением терапии (после одной или небольшого количества сессий – так называемые «дропауты»). Как правило, такие клиенты имеют низкий уровень надежды (это может говорить о пессимизме как черте личности), ожидают «волшебную таблетку», что часто приводит их к краткосрочным методам. Само по себе желание получить «волшебную таблетку» справедливо и логично, его можно замечательно утилизировать в терапии. Но это также и признак того, что работа с таким клиентом требует особенного внимания. Не получая такого внимания, особенно если терапевт говорит о краткосрочной работе, клиент может трактовать это как незаинтересованность терапевта или его неспособность провести терапию. Характерно, что у таких клиентов **низкий уровень «Домена поддержки»** (альянса и структурирования проблемы). Данная картина чаще наблюдается в неудачных случаях обращений клиентов к краткосрочным подходам. Клиенты уходят неудовлетворенными, а терапевты краткосрочных подходов иногда объясняют это тем, что клиент получил достаточную помощь. Но это не всегда соответствует реальности.

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

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

Но более убедительной мне кажется другая, научно подтвержденная гипотеза. Социальная психология говорит, что в групповой деятельности есть 2 «измерения» – эмоциональная удовлетворенность, и продуктивность труда (Argyle, 1967). Эмоциональная удовлетворенность участников взаимодействия, поддержка, сотрудничество и альянс – это ось Y, а остальные процессы терапии – деловой план (ось X). Об этом подробнее в работе «Эмоциональный потенциал делового коллектива взрослых» (Михальский, 2001).

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



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

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

Он обеспечивает эмоциональную удовлетворенность клиента в терапевтической системе.

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

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

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

Резюме главы

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

Глава 3. Домен Поддержки

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

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

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

В Домен Поддержки входят терапевтические процессы, которые:

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

Основными процессами Домена Поддержки являются:

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

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

Этот домен нейробиологически основывается на сети DMN – дефолт-системе мозга (пассивный режим работы). DMN сложным образом взаимодействует с сетью целевой активности мозга TPN, причем обычно (в норме) они находятся в антагонистической активности (одна менее активна, когда активна другая), и колебания в их активности непрерывны. Как правило, гиперактивность в DMN значимо связана с тревогой и депрессией. Научно подтверждено, что именно сеть DMN позволяет нам мечтать, вспоминать и воображать, а также понимать себя и других людей. Преднамеренная балансировка DMN с помощью Домена поддержки, а также своевременное задействование Домена изменения (сеть TPN) в процессе психотерапии снижает руминации, самообвинение, тревожность и депрессивные состояния.

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

Между

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.