

Тема 13. Позитивна психологія Н. Пезешкіана як підґрунтя психокорекції.

План:

1. Основні ідеї та принципи позитивної психології.
2. Розвиток позитивної психотерапії з позиції транскультурного підходу.
3. Модель конфлікту в позитивній психології.
4. П'ять ступенів позитивної психотерапії як підґрунтя психокорекції.

1. Основні ідеї та принципи позитивної психології.

Терапія та бачення людини.

Принципи лікування соматичних та психічних захворювань з давніх-давен залежали від уявлень про людину, які панували у певний відрізок часу. Сучасна медицина, що виникла внаслідок розвитку країн Заходу, є медициною захворювань: досліджуються умови розвитку, закономірності, можливості передачі хвороби. Це все розглядається абстрактно, тобто, поза зв'язком із постраждалою людиною.

Поширеність захворювань змінилася. Тим, чим раніше були чума, холера та віспа, сьогодні стали серцево-судинні та легеневі захворювання, депресії, фобії, почуття тривоги та безвиході. З погляду історії медицини – це зрозуміло: після видатних успіхів природничих наук у подоланні інфекційційних захворювань у терапії та хірургії було розвинене приблизно наступне уявлення: людина — це машина, яка має бути відремонтована, при цьому її потрібно змастити, видалити зіпсовані деталі та поставити нові. **Лікування сфери психічного проводилося лише за крайньої необхідності, проте сьогодні ми вже не можемо більше проходити повз той факт, що приблизно 60-80% всіх захворювань обумовлені психікою або принаймні опосередковані нею.** Головні болі, шлунково-кишкові розлади, порушення сну, ревматизм, біль, астма, серцева недостатність, сексуальні розлади, фобії, депресії, нав'язливі стани тощо – все частіше розглядаються з точки зору

переживання, переробки переживань і психічних і психосоціальних конфліктів.

Прагнення до профілактичного, попереджувачого мислення тим не менше є заслугою не тільки медицини та психології, а й тих інститутів, які змушені «усувати» захворювання та їх наслідки: лікарні, страхові компанії, політичні та релігійні організації. Таким чином, стане зрозумілим, що хвороба не є більш особистим справою і увага до неї не є більше привілеєм вузькоспеціалізованих вчених або відповідальних них за організацію охорони здоров'я осіб. Постраждалим є кожен із нас, прямо чи опосередковано. У всіх випадках душевних або фізичних дисфункцій ми можемо виявити такі взаємозв'язки, коли ми прагнемо бачити в хворих більше, ніж просто носіїв симптомів та історій хвороби. Виникає питання: хто хворий і кого потрібно лікувати, людину, яка представляється пацієнтом, його сім'ю, його партнера, його підлеглих та колег по роботі, суспільство та його устрій, політиків, які хочуть представляти його суспільні інтереси, або когось ще, які називаються його терапевтами? Так само ставиться питання при поводженні з психічними хворими. Підвищується попит на організацію психіатричної допомоги. Мова вже не йде тільки про те, що кожній визначеній хворобі повинне відповідати певне лікування, наприклад, направлення в психіатричну клініку. Ми наголошуємо на питання, яке значення для пацієнта та його сім'ї має певний захід та як він впливає на перебіг захворювання.

Психотерапія замість психопатології

Сучасна ситуація в психосоматичній медицині та психотерапії потребує розвитку таких методів, які були б однаково ефективні та економічні. Поряд з технічними питаннями терапевтичної процедури важливим є і питання змісту: за якими критеріями описується та опрацьовується конфлікт, що виник. Метою є, поряд з психоаналізом як стандартним методом психотерапії, знайти коротший шлях який відкрив би доступ до психічного виміру стану хвороби. Цей «Коротший шлях» має бути сумісним не тільки з психоаналізом, але і з іншими психотерапевтичними

методами: тільки так він зможе зробити внесок налагодження єдності всередині психотерапії. Передбачається, що колеги, працюючи в різних спеціальних напрямках, готові прийняти інші моделі мислення, в яких поняттю хвороби надається різне значення і пропонуються альтернативні стратегії мислення. При цьому тільки в другу чергу враховується, чи є хвороба психічною, психосоматичною, психотичною чи соматичною. Позитивна психотерапія як «видатний синтез психодинамічних та поведінкових терапевтичних елементів» відповідає цим вимогам.

Психотерапія та психосоматика, розвиваючись слідом за великими відкриттями Фрейда, навчилися проблематизувати, тобто, висувати на передній план проблеми, переробляти конфлікти, переживати досі витіснену агресію, робити її доступною свідомості і виділяти різницю. «Лише коли станеш вивчати болюче, зрозумієш, що таке нормальне». Такий підхід до розуміння конфліктів сил сприяє невпевненості, тривозі і регресії тих, хто очікує від нього допомоги. Потенційно їх самостереження поглинається конфліктами та конфліктними заняттями.

Позитивна психотерапія та сімейна терапія в психосоматичній медицині перевертають класичний процес на голову або, краще сказати, ставить назад на ноги. Перш ніж будуть терапевтично диференційовані конфліктні відмінності в сім'ї, наприклад, ставляться кілька питань:

- 1. Що за всіх цих складнощів ще тримає сім'ю разом?**
- 2. Які загальні особливості ще пов'язують окремих членів сім'ї?**
- 3. Яке значення має симптом для збереження та стабілізації психічного стану?**
- 4. Які можливості, стратегії та стилі у подоланні та переробці конфліктів мають члени групи та сама група?**

Це означає, що ми не можемо зупинитися на описі патологічних чи хворобливих станів. Замість психопатології щоденного життя, як писав Фрейд, на основі існуючих цінностей та сучасного розвитку психотерапії для нас виростає завдання створення психотерапії щоденного життя. При цьому

ми не можемо обмежуватись формами прояву несвідомого, а виходимо перш за все з міжособистісних відносин та свідомих здібностей людей.

Ці попередні зауваження означають для моєї концепції «Позитивної психотерапії в психосоматичній медицині», що вона не обмежуватиметься лише етіологічними чи патологічними уявленнями. Вона зачіпає мінливий вплив різних сфер життя пацієнта. Це відбувається не лише з теоретичних основ цілісного підходу, **а й з наступного питання: звідки можуть з'явитися ресурси, які допомагають нам боротися з хворобою, перенести її, жити з нею і, більше того, розвиваючи досі невідомі здібності та непізнані можливості, знаходити свій особистий сенс у цій хворобі.**

2. Розвиток позитивної психотерапії з позиції транскультурного підходу.

Сучасна ситуація в психотерапії вимагає розвитку методів, які були б і ефективні, і економічні. При цьому йдеться не лише про те, щоб поповнити різноманіття теорій, методів, концепцій і способів, але і про основне розширення. У той час як багато існуючих психотерапевтичних методів виходять з позиції порушення або хвороб, превентивна медицина та психотерапія потребують іншого способу дій, при якому замість розладів **вихідною точкою служать можливості розвитку та здібності.** Якщо ці здібності відстають у своєму розвитку, ігноруються або формуються односторонні, це призводить - приховано чи явно - до підвищеної готовності до конфлікту.

Будучи сам у транскультурній ситуації (Схід і Захід), я звернув увагу, що багато вчинків, звички та установки в різних культурних кругах часто оцінюються по-різному. Наприклад, у Німеччині прийнято девіз: «Все, що на столі має бути з'їдено». Ввічливим тут вважається зробити мовчазний комплімент господині та її кухні, не залишивши нічого на тарілці. У багатьох східних культурах, навпаки, кращою манерою вважається залишити частину їжі. Це не означає, що одні ввічливіші за інші, зрештою, обидві культурні

традиції мають уявлення про ввічливість. Аналогічним чином культурно обумовленою відносністю характеризуються й інші психосоціальні норми, симптоми та самі захворювання.

Транскультурний аспект червоною ниткою простежується у всій концепції позитивної психотерапії та психосоматики. Ми приділяємо йому особливу увагу, тому що погляд з міжкультурних позицій сприяє кращому розумінню індивідуальних конфліктів. До того ж я постійно переконуюсь, що багато притч, мудрість, чи вони східні чи західні, здавна виконують дві функції: вони служать спілкуванню, і в той же час це спосіб народної психотерапії. Ці функції я намагаюся використовувати у психосоматичній медицині. Гарним прикладом служить притча «Влучне слово», що характеризує такі психосоціальні норми, як чемність і прямота.

Народні прислів'я та крилаті вирази також відображають психосоматичні взаємозв'язки, наприклад: «людина багата, коли їй вистачає; якщо ти щось можеш, тоді ти щось з себе уявляєш, якщо ти щось заощадиш, тоді ти щось набудеш; краще щура в підвалі, ніж родичі в домі; після мене – хоч потоп; перебити апетит; земля пішла з під ніг; життя його зламала; вийти жовцю; волосся стало дибки; відчувати чиєсь тиск; кипить кров; ламати собі голову; це вдарило йому по шлунку; це в нього в крові; нічого не чую, нічого не бачу; втратити мову; мене вивертає назовні» та ін.

Привабливість транскультурного підходу на основі відмінностей між Сходом та Заходом ще більше посилилася, коли я допомагав своїм родичам та друзям, які приїжджали до Європи за медичною порадою. При цьому мені, як «перекладачеві між світами», кинулося у вічі те, що діагнози та терапія фахівців мало відповідали скаргам хворих та їхнім стражданням. У мене виникло питання, чому лікарі лікують тільки тіло, хоча за всіма проявами причина нещастя була в душі? Так само помітив я розбіжності між думками моїх колег про лікування хворих із серцево-судинними захворюваннями. З'ясувалося, що терапія істотно залежить від спеціалізації лікаря, але не від фізичного або душевного стану хворого.

Є ще й третій шлях, який показує різниця способу мислення у східній та західній культурах. Вихований моїми батьками у вірі Бахаї, я все-таки відвідував у Тегерані католицьку школу. Вже тут я відчув вплив різних світів. Засвоївши толерантність релігії Бахаї, я поставив перед собою питання, як виникають у людей забобони. Подібні роздуми звернули мою увагу на значення таких психосоціальних норм для соціалізації та виникнення міжособистісних та внутрішньо особових конфліктів. При цьому я виявив, виходячи з психотерапії, що як у східних, так і у європейських та американських пацієнтів, вони зводяться, в залежності від симптомів конфлікту, до ряду повторюваних способів поведінки.

Потім я спробував виділити ці поведінкові норми та отримати уявлення про подібні феномени. Схожі поняття були оголошені і, нарешті, був складений список, за допомогою якого можна було описати змістовний компонент центральних конфліктних сфер. Те, що у виховному та психотерапевтичному секторі представлялося як конфліктний потенціал і напрямок розвитку, я виявив у сфері моралі та релігії в нормативному сенсі як добродійність.

3. Модель конфлікту в позитивній психології.

Актуальний конфлікт

Життєві події («Life events», як, наприклад, зміни у професійній діяльності, переселення, чиясь смерть та ін) і мікротравми (непунктуальність партнера, запізнення потяга, ненадійність і несправедливість співробітника) поєднуються в особистості одної людини у їхньому фізичному, соціальному та духовному вимірах (питання про 10 подій останніх 5 років). У цьому поєднанні зовнішніх перевантажень та особистісно детермінованих можливостей і здібностей для переробки цього напруження виникає актуальний конфлікт.

1. Смерть чоловіка 100
2. Розлучення 73
3. Розлука подружжя 65
4. Ув'язнення 63
5. Смерть одного з близьких 63
родичів
6. Травма чи хвороба 53
7. Весілля 50
8. Звільнення з роботи 47
9. Усиновлення дитини 45
10. Відхід на пенсію 45
- ...
38. Зміна ритму сну 16
39. Зміна у складі сім'ї 15
40. Зміна звичок у їжі 15
41. Канікули 13
42. Різдво 12
43. Невеликі порушення закону 11

Шкала стресових факторів вказує на те, «що існують події високої стресової інтенсивності і такі, які загалом сприймаються як малообтяжливі. У той же час вважається, що несподівані події викликають значно сильніший стрес, ніж передбачені. Нарешті, вирішальним є те, чи діє стресор одноразово або зберігається довго і таким чином веде до зростання навантаження»

Актуальний і базовий конфлікт

Специфічна взаємодія актуального та базового конфлікту описується в позитивній психотерапії наступною моделлю: здібності, ціннісні установки, концепції та готовність до конфлікту посилюють зовнішні події та афективно забарвлюють їх.

Ключовий конфлікт

Цей ключовий конфлікт ми вважаємо центральною «точкою включення», де вирішується подальший напрямок переробки конфлікту.

У нашій моделі ми розглядаємо ключову точку чемності — прямота як найуразливіше місце для наступної схеми виникнення симптому: реакція чемності відповідає в ендокринному та медіаторному механізмах ЦНС реакції страху; реакція прямої відповідає ЦНС– агресії.

Нейрофізіологія

У цих подіях бере участь весь організм, особливо гормональна та вегетативна нервова система. В емоційних процесах задіяні як центральні (таламус, лімбічна система, структури активації та винагородження), так і периферичні структури (катехоламіни, гормони кори наднирників, вегетативна нервова система). Нейропептиди (наприклад, гормони гіпофіза та гіпоталамічні пептиди), що продукуються ендокринними клітинами і ендокринними залозами гормони у вузькому значенні слова, а також продукуються центральними та периферичними нейронами медіатори використовуються як сигнальні речовини. Так можуть виникати функціональні порушення і так звані "Locus minoris resistentiae".

Процеси обміну між різними стадіями цієї моделі повинні представлятися динамічними і функціонувати при постійному зворотному зв'язку, який може впливати, як індукуючи конфлікт, і редукуючи його. Наприклад, така саморегулююча система може посилювати вплив мікротравм на суб'єктивні межі навантажень (невротичні нав'язливості). З іншого боку, система постійного зворотного зв'язку визначає можливість терапевтичного впливу.

Способи переживання конфліктів:

1) Тіло (відчуття): на передньому плані стоїть тіло та сприйняття. Як людина сприймає своє тіло? Як переживає він різні відчуття та інформацію з навколишнього світу?

2) Діяльність (розум): вимір цього має особливе значення в індустріальному суспільстві, насамперед в американо-європейських колах. Сюди ж відносяться способи становлення норм діяльності та їх включення до концепції Я. Мислення і розум уможливають систематично і цілеспрямовано вирішувати проблеми та оптимізувати діяльність. Можливі дві різноспрямовані реакції втечі: а) «втеча» в роботу; б) "втеча" від вимог діяльності.

3) Контакти (традиція): ця сфера передбачає здатність встановлювати і підтримувати відносини з самим собою, партнером, сім'єю, іншими людьми, групами, соціальними верствами та чужими культурними колами; стосовно до тварин, рослин та речей.

4) Фантазії (інтуїція): можна реагувати на конфлікти, активізуючи фантазію, уявляючи вирішення конфліктів, представляючи подумки бажаний успіх чи караючи і навіть убиваючи у мріях людей, на яких накопичилася злість через те, що хтось був невірний, неправий або дотримується інших переконань.

4. П'ять ступенів позитивної психотерапії як підґрунтя психокорекції.

Ядром терапевтичного втручання у позитивній психотерапії та сімейної терапії є п'ятиетапна стратегія лікування. Основа її терапевтичного впливу - актуальні та базові здібності.

Ці п'ять ступенів:

- 1) спостереження/дистанціювання;
- 2) інвентаризація;
- 3) ситуативна підтримка;
- 4) вербалізація;
- 5) розширення системи цілей.

1) спостереження/дистанціювання.

Симптоматика, позитивне тлумачення симптомів, фактори, що сприяють їх прояву, перше їх виникнення, транскультурний підхід, приказки та притчі (додаткові перспективи).

2) інвентаризація.

Розвиток здатності цілеспрямовано ставити питання. Проблеми за останні 5 років (10 пунктів)? Як перероблялися проблеми? Пацієнту коротко видаються 4 форми переробки конфліктів та аналізуються.

Завдання терапевта прояснити зміст конфлікту та його динаміку у всіх трьох аспектах:

Механізми реакції на конфлікти: який вплив мають проблеми та захворювання на стан загального добробуту, професійну діяльність, партнера, сім'ю та інші міжособистісні стосунки, плани на майбутнє? Яке значення мають тіло і здоров'я, професія і робота, соціальні контакти, події, питання про сенс і плани на майбутнє для пацієнта та його сім'ї?

Моделі для наслідування: «подорож у минуле» або коріння конфліктів: відносини з батьком, матір'ю, братами, сестрами та іншими значущими особами в дитинстві; час, терпіння, ідеал батьків, шлюб батьків, контакти із зовнішнім світом, «життєва філософія» батьків, сімейні гасла, звичаї.

Актуальні здібності: які надають мікротравматичний вплив?

3) ситуативна підтримка.

Терапевтичні акценти: розвиток здатності виділяти малоконфліктні складові та позитивні аспекти симптоматики. Які позитивні аспекти мали ці події для Вас та Вашого оточення? Як Ви долали проблеми, що були до цього?

Роблячи акцент на тих моментах, які ми переживаємо як позитивні та надихаючі, нам стає легше зважати на ті моменти, які ми сприймаємо як неприємні та негативні. Коротко кажучи, це і є основним принцип ситуативного підбадьорення у позитивній психотерапії.

Якщо ж ми зацікавимося тим, що об'єднує сім'ю, незважаючи ні на яку складність, то ми підбадьоримо членів сім'ї, сприяючи відновленню позитивних відносин, які вже давно пішли в минуле. Тим самим ми створюємо загальний базис, на якому сімейні конфлікти можуть конструктивно долатися, навіть якщо ситуація врешті-решт вирішиться розлученням.

4) вербалізація.

Терапевтичні акценти: розвиток здатності цілеспрямовано звертатися до не пережитих до кінця подій і конфліктів. Які проблеми ще відкриті для Вас, які (2-3) мають бути вирішені в найближчі 4-6 тижнів?

За допомогою техніки позитивної психотерапії конкретизуються ті конфлікти які досі залишалися невисловленими чи неусвідомленими.

5) розширення системи цілей.

Розвиток здатності вкладати енергію не тільки в проблеми, але і в інші життєві сфери. Що б ви зробили, якби у вас більше не стало проблем? Про що ви мрієте? Чому б Ви могли навчитися у людей, які ведуть себе інакше, ніж Ви?

Висновок: п'ятиступінчаста модель не є жорсткою схемою, в яку потрібно але втиснути живого пацієнта та її сім'ю. Окремі шаблі не надбудовуються один над одним статично, а взаємопов'язані один з одним динамічними змінами ними відносинами.