

# РОЗДІЛ 1

.....

## Результат-орієнтоване інтерв'ю

Песиміст бачить труднощі в кожній можливості;  
оптиміст у кожних труднощах бачить можливості.

*Вінстон Черчилль*

### ПОШУК РІШЕНЬ ЧИ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ?

Згідно з причинно-наслідковою моделлю (також відомою як медична модель, або орієнтована на проблему), необхідно з'ясувати, у чому саме річ, щоб установити правильний діагноз, перш ніж пропонувати схему терапії. У західному світогляді причинно-наслідкова модель є основною, що дає змогу людині зрозуміти світ. Ця модель працює, якщо ми маємо справу з відносно нескладними проблемами, які можна звести до простих й однозначних причин, як у випадку з деякими медичними та механічними проблемами. Медична модель ґрунтується на рівнянні діагноз + лікування = зменшення симптоматики. Однак, коли йдеться про інтерв'ю, ця модель має суттєвий недолік: вона надто сфокусована на проблемі, і за умови глибокого вивчення проблеми та її можливих причин може виникнути

замкнене коло постійних проблем, — ситуація дедалі більше обтяжується проблемами, а їхнє розв’язання віддаляється так стрімко, що можна втратити будь-яку надію на позитивний результат. Один із моїх колег іноді називає проблемно-орієнтовану терапію “терапією пошуку проблем”.

Вивчення або аналіз чинників, що спричиняють проблему або закріплюють її, не призводить автоматично до покращення. Установлення діагнозу зазвичай вважають зайвим в результат-орієнтованому інтерв’ю. Натомість приймають модель поетапної діагностики, аналогічну моделі поетапної допомоги [Bakker & Bannink, 2008]. Таким чином, короткотривала терапія, яка орієнтована на результат, є методом лікування, що виходить за рамки діагнозу.

Серед клієнтів і фахівців зростає невдоволення використанням проблемно-орієнтованих моделей інтерв’ю. Глибоке вивчення проблем часто призводить до передчасного припинення сесій, тому що нічого не виправляється, і клієнт втрачає надію на поліпшення. Модель, яка орієнтована на результат, цілком змінює терапевтичний підхід. Проблеми в ній розглядають як *виклики*. Клієнти та фахівці знов отримують надію, коли клієнтам допомагають спроектувати майбутнє, якого вони прагнуть, та пропонують засоби досягнення їхніх цілей. Більш докладно про важливість надії, а також про те, як вселення надії може привести до успіху, буде розказано в другому й третьому розділах.

## КОРОТКА ІСТОРІЯ

Результат-орієнтоване інтерв’ю було розроблено в 1980-х роках де Шейзером, Бергом (Berg) та їхніми колегами з Центру короткотривалої сімейної терапії в Мілуокі. Вони спиралися на висновки Бейтсона [Bateson, 1979], а також Вотцлавіка, Вікланда й Фіша [Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974], відповідно до яких, спроба розв’язати проблему часто тільки примножує саму проблему, а її розуміння не завжди необхідне.

Де Шейзер [*de Shazer, 1985*] розробив низку принципів, що стосуються результат-орієнтованого інтерв'ю, до яких я хочу додати кілька зауважень.

- *Категорія проблем окрема від категорії результатів.* Для досягнення результатів немає потреби аналізувати проблеми, але необхідно аналізувати результати клієнта (наприклад, “Що ви вже намагалися зробити, щоб розв’язати проблему, і що з цього допомогло?”).
- *Клієнт — експерт.* У моделі, орієнтованій на результат, ідеться про “клієнта”, іноді — про “замовника”, а не про “пацієнта”, як у медичній моделі. Саме клієнт визначає свою мету, а також шляхи її досягнення. Де Шейзер стверджує, що проблеми — це квитки для проїзду в метро. Вони допомагають клієнтові пройти через турнікет, але не визначають, на який поїзд він сяде й де зійде. Іншими словами, те, куди людина хоче потрапити, не визначається пунктом відправлення.
- *Якщо щось працює, не треба цього змінювати.* Терапевт не засуджує того, що для клієнта буде позитивним фактором.
- *Якщо щось працює (краще), треба обирати це частіше.* Навіть якщо це щось несподіване.
- *Треба шукати “те, що несе зміни”.* Зазвичай зміни не є автоматично ефективними: їх має визнати такими клієнт, вони мають бути значущими для нього, щоб забезпечити результат. Модель, яка орієнтована на результат, спрямована на пошук винятків з алгоритму проблеми, яких клієнт часто не помічає. Проблеми зберігаються хоча б тому, що клієнт думає або говорить, що проблеми “завжди” виникають. Моменти, коли проблеми немає або вона є менш значущою, лежать на поверхні, але часто людина цього не помічає, отже, такі моменти залишаються прихованими

від клієнта. Він не сприймає їх як зміни, що мають значення. Спеціаліст, орієнтований на результат, відстежує винятки; його втручання спрямоване на те, щоб допомогти клієнту переключити увагу саме на ті моменти, що відрізняються, через які можна знайти рішення. Таким чином, клієнта спонукають фокусуватися на тому, що працює для нього. Крім того, діє таке правило: якщо ви не є частиною розв'язання, ви є частиною проблеми.

- *Якщо щось не працює, треба шукати інше рішення.* Повторення того ж самого ні до чого не приводить. За японською легендою, одному прибережному селу загрожувало цунамі. Фермер, який працював на рисових полях над селом, здалеку побачив наближення хвилі. Оскільки часу бігти назад у село не було, а він був занадто далеко, щоб його почули інші, він не став кричати і відразу ж підпалив поля. Мешканці села одразу прибігли рятувати свої посіви.

Співробітники Центру короткотривалої сімейної терапії виявили, що дії терапевта за однією з трьох наведених нижче схем у чотирі рази підвищують імовірність того, що клієнти говоритимуть про рішення, зміни та ресурси.

- *Ставити запитання, що допомагають з'ясувати:* “Що б ви хотіли бачити замість вашої проблеми?” або “Що краще?” (Запитання ставлять на початку сесій.)
- *Ставити запитання про деталі:* “Як саме ви це зробили? Що саме ви зробили по-іншому, щоб досягти змін?”
- *Надавати вербальну винагороду, роблячи компліменти й ставлячи запитання про компетентність:* “Як вам це вдалося? Як вам спала на думку ця чудова ідея?”

Де Шейзер у 1985 році опублікував свою книгу *Keys to solution in brief therapy* (Ключі до результату в короткотривалій терапії). Того ж року вийшла книжка де Боно (de Bonо)

під назвою *Conflicts: a better way to resolve them* (Конфлікти: найкращий спосіб розв'язати їх), яка мала помітну схожість із книжкою де Шейзера. Я запитала обох, чи зустрічалися вони коли-небудь, — виявилось, що вони ніколи не спілкувалися. У своїй книжці де Боно назвав “проєктування бажаного результату” найкращим способом розв'язання конфліктів. Він також описав використання результату “мрії”, запитань “що, якщо?” (гіпотетичних запитань) і важливість невеликих змін ситуації. За повним описанням його ідей щодо розв'язання конфліктів і проєктування бажаного результату я відсилаю вас до де Боно [*de Bono, 1985*] і Баннінк [*Bannink, 2006a; 2006b; 2008c, d, e*].

Еріксон [*Erikson, 1980*] також зробив свій внесок у розвиток результат-орієнтованої терапії. Одного разу він попросив студентів прочитати останню сторінку книжки й припустити, про що вона. Інтерв'ю, орієнтоване на результат, також виходить із кінцевої мети. Як психіатр, Еріксон підкреслював компетентність клієнта та стверджував, що суть не в тому, щоб адаптувати лікування до діагностичної класифікації, а в тому, щоб з'ясувати, які можливості для прийняття (іншого) курсу дій виявляє сам клієнт. Еріксон також використовував гіпнотичну техніку псевдо-орієнтації в часі. На сеансах гіпнозу він змушував своїх клієнтів уявити, що вони зустрічаються з ним за шість місяців і розповідають, що їхню проблему було розв'язано, і пояснюють, як вони цього досягли. Наприкінці сесії клієнт “забував” усе, що сталося під час гіпнозу. І хоча клієнти згодом не завжди пропонували ті самі рішення, які бачили під гіпнозом, виявилось, що багато хто з клієнтів за 6 місяців відзначав, що їхні справи йдуть краще. Кові (Covey) писав у книзі *The 7 habits of highly effective people* (Сім звичок високоефективних людей) так. “Починати, уявляючи кінцеву мету, — означає починати з чіткого усвідомлення свого життєвого призначення. Це означає розуміти, до чого ви прагнете, щоб краще уявляти собі, де ви

перебуваєте наразі, і кожен свій крок робити в потрібному напрямку”<sup>3</sup>.

Крім іншого, у сьомому розділі описано техніку проєкції в майбутнє, коли людина уявляє себе на власному похороні. Віктора Франкла (Viktor Frankl) часто згадують у літературі, орієнтованій на результат, як приклад того, яким чином орієнтоване на майбутнє мислення може змінити ситуацію. У своїй книзі він описав перебування в німецькому концентраційному таборі: “Ув’язнений, який утратив віру в майбутнє — своє майбутнє — був приречений. Із втратою віри в майбутнє він також втрачав духовну опору” [Frankl, 2006]. Віктор Франкл описав свій досвід страждання в дорозі від лазарету до місця роботи, у холоді та без їжі. Він усвідомив, що думає про щось інше: раптом побачив, як стоїть на трибуні великої лекційної зали й читає лекцію про психологію мешканців концентраційного табору. “За допомогою цих думок мені вдалося якимось чином піднятися над ситуацією, над стражданнями моменту, і я стежив за ними так, ніби вони вже залишилися в минулому” [Frankl, 2006]. У той момент зосередженість на цьому образі майбутнього врятувала йому життя.

Селігман [Seligman, 2002] є засновником позитивної психології. У 1970-х роках він став відомим завдяки своїм книгам про навчену безпорадність (тверду впевненість у тому, що людина не може розв’язати власних проблем). Зараз він досліджує навчений оптимізм. Позитивна психологія починається із сильних сторін клієнта й припущення, що щастя не є наслідком правильних генів або збігу обставин, а може бути знайдене через виявлення й використання сильних сторін, якими клієнт вже володіє, таких як доброта, оригінальність, гумор, оптимізм і щедрість [Bannink, 2009с].

---

<sup>3</sup> С. Кови. *Семь навыков высокоэффективных людей: мощные инструменты развития личности*. Перевод с англ. Альпина Паблишер, 2021. — Приміт. ред.

## ВПРАВА 1

Озирніться навколо й знайдіть щонайменше п'ять предметів бежевого кольору. Перш ніж ви скажете мені, що це за предмети, я хочу, щоб ви швидко назвали сині предмети, які ви бачите. Найімовірніше, ви не зможете назвати жодного або зможете назвати тільки кілька і вам доведеться ще раз роззирнутися, щоб знайти щось синє.

Ця вправа дає змогу зрозуміти, як клієнти бачать свою ситуацію, коли приходять на першу сесію. Вони описують ситуацію лише як бежеву. Вони цього не хочуть; можливо, вони навіть ненавидять бежевий колір. Попросивши клієнта дати опис того, чого він прагне (наприклад, синього), тих моментів, коли в його житті вже є елемент синього, речей, які можуть вказувати на можливість появи більшої кількості синього кольору, фахівець спрямовує увагу на можливість зробити синє альтернативою бежевому.

Ви можете виконати цю вправу зі своїм клієнтом, якщо він говорить, що проблеми існують завжди. Цю вправу також можна використати під час лекції, якщо ви хочете швидко й просто пояснити слухачам, чим проблемно-орієнтоване інтерв'ю відрізняється від результат-орієнтованого.

Позитивна психологія, у якій оптимізм, надія й особиста ефективність посідають центральне місце, і короткотривала терапія, сфокусована на результаті, мають багато спільного. У наступних розділах ми знову звернемося до важливості надії. У момент, коли самостійність клієнта зростає, і його вже розглядають не як людину, яка зазнає невдачі й не має власних рішень, а радше як експерта, який іноді може помилятися, терапевт має допомогти клієнту. Терапевт навчає клієнта знаходити свій власний шлях у досягненні майбутнього, про яке той мріє, і поклатися на власні здібності, наскільки це можливо в конкретній ситуації. Результат-орієнтоване інтерв'ю відповідає суспільному розвитку [Bannink, 2007a; 2007b].

## ВПРАВА 2

Проаналізуйте, які три сильні сторони привели вас до того становища, у якому ви зараз перебуваєте у своїй кар'єрі. Ви можете обговорити це з колегою та запитати його, які три ваші сильні сторони він може виділити. Ви також можете обговорити сильні сторони вашого колеги.

## ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПІВ ІНТЕРВ'Ю, ОРІЄНТОВАНОГО НА РЕЗУЛЬТАТ

Селігман [*Seligman, 1993*] сформулював 10 правил результат-орієнтованого інтерв'ю. Ці правила прагматичні й відкривають фахівцеві новий погляд на клієнта та його випадок. В цій книзі додано кілька приміток до правил.

### Опір не є дієвою концепцією

Концепція опору (concept of resistance) передбачає, що клієнт не хоче змінюватися й що терапевт перебуває на дистанції від клієнта. Краще підходити до клієнта з позиції співпраці, ніж з позиції опору, влади та контролю. У другому розділі буде докладніше розглянуто це питання.

### Неминучість співпраці

Спеціаліст, орієнтований на результат, має адаптуватися до манер клієнта. Разом вони “танцюють результат-орієнтоване танго”, де один завжди доповнює іншого. Клієнт веде, терапевт іде за ним. Якщо вони втрачають один одного на “танцполі”, то терапевт зобов'язаний запитати клієнта, як їм відновити зв'язок. У проблемно-орієнтованому танго все відбувається навпаки: терапевт веде, клієнт іде за ним, і саме клієнт має знайти терапевта, якщо вони загублять один одного. Якщо в клієнта не виходить повернути зв'язок, застосовують термін “опір”.

Фахівець, орієнтований результат, спирається на сильні сторони й ресурси клієнта, його слова та думки, ставить компетентні запитання й робить компліменти. Тут корисними будуть гумор і гармонізація. Компліменти являють собою форму позитивного підкріплення бажаної поведінки. Вони можуть набувати різних форм.

- Фахівець дає нову позитивну оцінку, також звану позитивною інтерпретацією якостей особистості: наприклад, занепокоєння можна розглядати як ознаку обов'язковості (“Ви, мабуть, обов'язкова людина, якщо... Чи не хотіли б ви розповісти мені більше про цю рису вашого характеру?”).
- Спеціаліст робить клієнтові прямі компліменти з приводу його дій чи слів.
- Найкращі результат-орієнтовані компліменти — це непрямі компліменти, які клієнт може зробити собі сам, відповідаючи на запитання терапевта: “Як ви це зробили? Як ви цього досягли? Як вам спала на думку ця прекрасна ідея? Як ви зрозуміли, що це допоможе?”
- Фахівець може запитати про винятки, про ті випадки, коли в клієнта не було проблеми або коли вона була менш значною, — це також можна вважати компліментом. Зрештою, у ті моменти клієнт робив щось, що спрацювало, і, звертаючи на це увагу, фахівець може спрямувати увагу клієнта на його результат, а не на обмеження.

## Неминучість змін

Зміни — це неперервний процес; стабільність — це ілюзія. Питання не в тому, чи відбудуться зміни, а в тому, коли вони відбудуться. Як сказав Овідій у “Метаморфозах”: “У світі немає нічого постійного. Усе тече й виникає як швидкоплинне явище”<sup>4</sup>. Клієнта можна спонукати до створення позитивних

<sup>4</sup> Овидий, *Метаморфози*, переклад С. В. Шервинського, 1977. — *Приміт. ред.*

бажань. Виявляється, існує пряма залежність між розмовами про зміни й результатами терапії. Корисно говорити про успіхи в минулому, сьогоднішні та майбутньому. Збір інформації про теперішні та минулі невдачі, навпаки, призводить до негативних наслідків. Спостереження за тим, що людина робить добре, покращує її роботу.

## **Необхідність невеликих змін**

Щойно клієнтів спонукають помічати й цінувати невеликі зміни (винятки), клієнти чекають подальших змін і вірять в ефект снігової кулі. Самі про те не підозрюючи, люди зазвичай вже носять у собі зародки рішень. Це і є винятки з проблеми (приховані успіхи). Розпитуючи про винятки, можна дізнатися, які позитивні кроки треба зробити знову або робити надалі частіше. Запитання про гіпотетичні результати також вказують напрямки, на яких можна їх шукати. Оскільки клієнт є експертом і сам знаходить рішення, вони природним чином підходять клієнтові та його ситуації, швидше спрацьовують і входять у звичку [Cladder, 1999].

## **У більшості людей від початку є ресурси для розв'язання проблем**

Більшість людей розв'язують свої проблеми самостійно, без допомоги лікарів, психотерапевтів, посередників або груп самопомоги. Фахівці, орієнтовані на розв'язання проблем, дотримуються непатологічного погляду на людину. У житті завжди є якісь труднощі. Вони можуть бути або не бути хронічними, залежно від того, як клієнт і його оточення (включно з тими, хто надавав професійну допомогу) реагували на них. Але в клієнта також є ресурси й сильні сторони, які можна використовувати. Саме так можна відновити надію, самооцінку й самоповагу.

Волтер і Пеллер поділилися трьома орієнтованими на розв'язання проблеми запитаннями, за допомогою яких вони

пропонують клієнтам розповісти свої історії успіху: “Як ви це зробили?”, “Як ви вирішили це зробити?” і “Як вам це вдалося?” [Walter & Peller, 2000].

Перше запитання передбачає, що клієнт щось зробив, і тому має компетентність і відповідальність. Друге запитання вказує на те, що клієнт ухвалив усвідомлене рішення, і, тим самим, може написати нову історію життя, у якій він змінює своє майбутнє. Третє запитання пропонує клієнту розповісти про свої успіхи.

Ламарр і Грегуар [Lamarre & Gregoire, 1999] описали, як вони пропонують клієнтам розповісти про свої успіхи в інших сферах життя, окрім роботи з терапевтом: спорт, хобі або щось, до чого у клієнта винятковий талант. Потім вони просять клієнтів використовувати ці здібності для досягнення своїх цілей. Наприклад, вони описують, як клієнт, схильний до панічних атак, навчився розслаблятися, застосовуючи свої знання про глибоководний дайвінг щоразу, коли відчував тривогу.

## **Проблеми — це невдалі спроби подолати труднощі**

Вотцлавік і колеги [Watzlawick et al., 1974] зазначили три варіанти, коли клієнт може не впоратися зі своїми проблемами.

- Клієнт повинен вжити заходів, але нічого не робить (заперечує проблему).
- Клієнт вчиняє дії, коли в них немає або майже немає необхідності (наприклад, сідає на сувору дієту, якої навіть не може дотримуватися, хоча йому не потрібно худнути).
- Клієнт вчиняє дії, керуючись хибною логікою (наприклад, парадокс “будь спонтанним” (“be spontaneous paradox”).

Нижче наведено приклад парадоксу “будь спонтанним”. Жінка помічає, що сусідський чоловік щоп’ятниці, повертаю-

чись з роботи, приносить дружині букет квітів. Вона звертає на це увагу свого чоловіка й говорить, що теж хотіла б цього. Коли наступної п'ятниці чоловік приходить додому з букетом і вручає його, жінка засмучується: “Я не хочу так отримувати від тебе квіти. Я хочу отримати їх тільки в тому разі, якщо ти сам вирішиш їх подарувати!”

Бейтсон [Batson, 1979] дав опис логічних рівнів. Перехід розмови на вищий логічний рівень (наприклад, від розмови про поведінку до розмови про мотивацію або навіть про світогляд і мету) збільшує шанси на успішний результат. Тому, якщо в людей є відмінності у світогляді, корисно перевести розмову на ієрархічно вищий рівень, наприклад, на рівень формулювання мети.

Крім того, важливо, щоб фахівець, орієнтований на результат, не робив того самого, що і його попередники, якщо це не допомогло. Варто запитати клієнта: “Що вас влаштувало або дратувало у вашому попередньому досвіді роботи з іншими фахівцями, що було корисним, що допомогло?”

## **Немає потреби знати деталі проблеми, щоб її розв'язати**

Відправною точкою тут є те, що проблема не завжди проявляється однаковою мірою. Фахівець може дізнатися, що клієнт робить по-іншому або що змінюється в ті моменти, коли проблеми немає, вона стає менш помітною, або перестає заважати на короткий проміжок часу. Це стосується того, як людина поводить себе або як вона думає. Понад дві третини клієнтів, які проходять психотерапію, уже зробили позитивні дії за час, що минув від моменту, коли люди зателефонували, щоб записатися на прийом, до початку самої сесії (див. обговорення дерева питань, орієнтованого на результат, далі в цьому розділі). Крім того, фахівець може дати таке завдання перед першою сесією: “З цього моменту й до початку першої сесії звертайте увагу на те, що вам подобається й ви б хотіли, щоб воно повторилося в майбутньому”. У результаті деякі клієнти телефонують, щоб

скасувати зустріч, бо помічають, що все не так уже й погано. Результат-орієнтоване інтерв'ю спрямоване на заглиблення в минуле не для того, щоб шукати або аналізувати колишні проблеми або невдачі, а для того, щоб виявити попередні успіхи клієнта. Фахівець може домогтися цього, ставлячи запитання про винятки: періоди або моменти в житті клієнта, коли в нього все було добре, проблеми не було або вона була менш значущою. Коли фахівець звертає увагу на минулі успіхи клієнта, замість його невдач і провалів, формується позитивне очікування: клієнт починає бачити себе або ситуацію в більш привабливому вигляді.

## Клієнт визначає мету терапії

Ви запрошуєте мене пообідати у вас вдома й подаєте броколі. Я чесно говорю вам, що не люблю броколі, але ви й гадки не маєте, який овоч (або інша їжа) мені подобається. Тому, коли ви запросите мене вдруге й запропонуєте інший овоч, який, як ви думаєте, мені сподобається, цілком можливо, що він мені теж не сподобається. Цікаво, чи запросите ви мене в такому разі знову на вечерю? Можливо, ви думаєте: “Йому нічого не подобається!” Якби ви прямо запитали мене, який овоч я люблю, я б зміг вам відповісти, і проблема зникла б.

Якщо фахівець не знає, чого хоче досягти клієнт, ситуація буде схожа на обід із броколі. Завдання фахівця, орієнтованого на результат, — разом із клієнтом шукати реалістичну мету. Важливо отримати від клієнта докладний опис того, як буде виглядати його життя, коли він досягне своєї мети. Дослідження показують, що шанси на успіх вищі, якщо клієнти вірять, що в них є певний особистий контроль над своїм майбутнім [Miller, 1983; Miller & Rollnick, 2002].

Ван Тонгерен [Van Tongeren, 2004] звернувся до улюбленого прикладу Аристотеля для опису морального інтелекту — до історії про лучника. Лучники розуміють своє завдання, якщо, по-перше, знають, у яку ціль вони хочуть влучити, і, по-друге, усвідомлюють усі обставини, що впливають на ситуацію,

у якій їм доводиться стріляти. Вони оцінюють силу вітру, довжину стріли, натяг тятиви, тощо. Аристотель розглядав розумну людину як свого роду лучника, людину, яка знає мету й засоби її досягнення. Аристотель також говорив про необхідність прагнення, адже якщо людина знає мету, але не прагне до її досягнення, то її знання мети нічого не варте. Це ще раз підкреслює важливість правильного формулювання мети та мотивації до зміни своєї поведінки. У другому розділі буде детально розглянуто тему мотивації до зміни поведінки.

У літературі, присвяченій методу розв'язання проблем, багато говорять про цілі терапії (у множині). Проте більш доцільно говорити про мету терапії (в однині), тому що існує тільки одна мета, якої клієнт хоче досягти. Однак можна придумати безліч способів наблизити клієнта до цієї мети (тобто, підцілей). Зазвичай, якщо попросити клієнта назвати цілі (у множині), то, найімовірніше, він перерахує засоби, а не самі цілі, що може стати обмеженням для досягнення мети, якщо ці засоби недоступні.

### ВПРАВА 3

Виконайте цю вправу в парі. Одна людина каже: "Я соромлюся говорити про свою проблему, але мені потрібна допомога, бо так далі тривати не може!" Інший відповідає: "Припустимо, що є рішення", а потім додає: "Що б змінилося?" або "Як би ти це зрозумів?" або "Як би це тобі допомогло?" Ця вправа показує, що не обов'язково знати, у чому полягає проблема, щоб допомогти людині проаналізувати свою мету та можливі способи її досягнення.

Реальність визначає спостерігач, а терапевт, орієнтований на результат, бере участь у створенні реалій системи, у якій працює клієнт.

Ейнштейн стверджував, що наші теорії визначають те, що ми бачимо. Ви побачите те, що ви хочете побачити. Психона-

літичний терапевт, імовірно, побачить нерозв'язані конфлікти та психологічні розлади. Кожен терапевт спирається на свою теорію. Фахівець, орієнтований на результат, є співавтором, який допомагає клієнту переписати свою історію. Якщо використовувати метафору, запропоновану де Шейзером [*de Shazer*, 1984], фахівець, орієнтований на результат, буде “грати в теніс” на тій самій стороні “корту”, що і його клієнт. У цій метафорі фахівець грає разом із клієнтом, а не проти нього; також він не спостерігає остеронь від тенісного корту.

## Не існує неправильного способу поглянути на ситуацію

Не існує остаточних пояснень або описів реальності. Фахівці не мають бути занадто прив'язаними до тих моделей, які їм найбільше подобаються. Еміль Шарт'є (Emile Chartier), французький філософ-екзистенціаліст, який жив з 1868 до 1951 року, говорив: “Немає нічого небезпечнішого за ідею, якщо це єдине, що у вас є” [*O'Hanlon*, 2000]. Навіть результат-орієнтоване інтерв'ю не є єдиним правильним методом терапії.

Де Шейзер [*de Shazer*, 1985] писав, що, збираючи свою команду спеціалістів, він у жодному разі не прагнув, щоб усі думали або робили те саме. Він заохочував різні підходи, бо хотів з'ясувати, що саме кожен терапевт робить для того, щоб лікування було ефективним. Бейтсон [*Batson*, 1979] також описував, як різні ідеї можуть бути корисними (див. розд. 8).

### ВПРАВА 4

Ведіть щоденник протягом тижня. Зверніть увагу на ті речі в житті, які ви хотіли б залишити такими, якими вони є, і запишіть їх. Наприкінці кожного дня хваліть себе за досягнення й записуйте це теж. (Ви можете виконувати цю вправу самі або дати її своїм клієнтам).

## ТЕОРІЯ

Результат-орієнтоване інтерв'ю має багато спільного із соціальним конструктивізмом [Cantwell & Holmes, 1994]. Ця теорія стверджує, що уявлення людини про реальність, включно з розумінням природи проблем, відчуттям власних здібностей і можливих рішень, виникає в повсякденному житті в спілкуванні з іншими людьми. Інакше кажучи, люди наділяють події змістом у процесі спілкування з іншими людьми, і в цьому процесі мова відіграє центральну роль. Зміни у сприйнятті та визначеннях клієнтів відбуваються в межах системи координат, у суспільстві; надання сенсу не є ізольованою діяльністю. Люди живуть в етнічному, сімейному, національному, соціально-економічному та релігійному контекстах. Те, яким змістом вони наділяють події, залежить від суспільства, у якому вони живуть.

Уже в третьому столітті до нашої ери стародавні греки зрозуміли відмінність між спостереженням і визначенням реальності. З одного боку, були стоїки, які навчилися керуватися лише розумом, уникаючи почуттів і не звертати уваги на страждання. Несприйнятливість до болю, страждань і труднощів була для них вищим благом: метою було *не бути нещасливими*, чого можна було досягти, не піддаючись емоціям. Епікурейці, навпаки, вважали за вище благо культуру й дотримання чеснот: вони ставили за мету *бути щасливими*, чого можна досягти, відчуваючи позитивні емоції.

Перспективу соціального конструювання може бути використано для вивчення того, як втручання фахівця та спілкування з ним можуть сприяти створенню нової реальності для клієнта. Здатність клієнта до змін пов'язана з його здібністю дивитися на речі по-іншому. Ці зрушення у сприйнятті та визначенні реальності відбуваються насамперед під час результат-орієнтованої розмови про бажане майбутнє й винятки з проблеми.

Поставлені запитання покликані визначити мету клієнта та шляхи її досягнення, які зазвичай уже є в його житті. Ре-

зультат-орієнтовані запитання обов'язкові в результат-орієнтованому інтерв'ю, звідси й назва цієї книги — це запрошення поміркувати про те, яким може бути майбутнє і які кроки клієнт може зробити для досягнення своєї мети.

Питання, які мають значення, стосуються того, як клієнти долають свої проблеми, що, на їхню думку, у житті вже йде добре й що вони хотіли б зберегти, а також, що вже покращилося з моменту їхньої першої зустрічі з терапевтом. Питання про формулювання мети, про винятки, про близькість клієнта до своєї мети (питання масштабування) і питання про компетентність дають змогу отримати необхідну інформацію. Вони зачіпають ще один “шар” розуму клієнта, який зазвичай залишається нерозкритим. Спеціаліст, орієнтований на результат, не є технічним експертом, який має всі відповіді, — він дає змогу клієнтові інформувати себе, щоб сконструювати його, клієнта, власну мету й визначити шляхи її досягнення.

Короткотривалу терапію, яка орієнтована на результат, можна розглядати з різних точок зору. Зокрема, її можна розглядати як форму когнітивно-поведінкової терапії [Bannink, 2005; 2006]. Докладніше це питання розглядається в розд. 13.

Далі розглянемо два припущення, які спонукають до подальших досліджень. Перше з них стосується недавніх нейробіологічних відкриттів і сучасних знань про функціонування двох півкуль головного мозку [Siegel, 1999]. У правій півкулі в основному відбуваються процеси, пов'язані з невербальними аспектами спілкування, такими як сприйняття образів і вираження первинних емоцій. Вона також бере участь у розумінні метафор, парадоксів і гумору. Читання історій активізує праву півкулю більшою мірою, ніж читання наукових текстів, яке в основному активізує ліву півкулю. У лівій півкулі в основному відбуваються процеси, пов'язані з вербальним значенням слів, які також називають цифровими уявленнями. Ліва півкуля займається логічним аналізом (причинно-наслідкові зв'язки). Прикладами лінійних процесів, що відбуваються в лівій пів-

кулі, є читання слів у цьому реченні — аспекти уважності та виявлення послідовності подій у розповіді. Тому в нашій мовній комунікації домінує ліва півкуля. Деякі автори вважають, що права півкуля бачить світ таким, яким він є, і краще сприймає контекст, тоді як ліва півкуля ділить світ на фрагменти інформації. Ліва півкуля бачить дерева, а права — ліс. Можна припустити, що результат-орієнтоване інтерв'ю, у якому часто звертаються до уяви, наприклад, через “уявну репетицію” та гіпотетичні запитання, а також техніки малювання (див. розд. 7), переважно спирається на невербальні та цілісні здібності правої півкулі. Результат-орієнтоване інтерв'ю звертається до лівої півкулі не тільки через мову, як це відбувається в аналітичному проблемно-фокусованому інтерв'юванні. Наприклад, клієнт може сказати, що не знає відповіді на запитання, а фахівець ставить гіпотетичне запитання: “Припустимо, ви знаєте?” У 9 випадках із 10 клієнт усе ж таки дає відповідь. Спосіб, у який задіяні обидві півкулі мозку клієнта, може (частково) пояснити успіх результат-орієнтованого інтерв'ю.

Друге припущення стосується того, як біоінформаційна модель Ланга може бути застосована до результат-орієнтованого інтерв'ю [Korrelboom & Ten Broeke, 2004]. Згідно з теорією Ланга, зміна емоційної реакції людини на певні події та ситуації передбачає зміну асоціативних мереж, на яких ґрунтуються ці емоційні реакції. Знання, закодоване в пам'яті людини, має бути змінено. Оскільки коди реакцій є основними визначальними елементами в цих мережах, найбільших успіхів можна досягти, впливаючи саме на ці реакції. У конкретних термінах це означає, що зміна поведінки загалом видається найкращим способом змінити емоційне знання. Але оскільки знання не можна просто видалити, необхідно додати нові знання; потрібне додаткове навчання [Brewin, 2006]. Саме тому застосовують контробумовленість, і клієнт вчиться пов'язувати різні поведінкові тенденції з певними групами стимулів. У вправах короткотривалої результат-орієнтованої терапії часто використовують контробумовленість: клієнт практикує бажану

поведінку або може уявити, що бажаної поведінки вже досягнуто (метод, який використовують і в когнітивній терапії) [Beck, 1995].

## ЕМПІРИЧНІ ДАНІ

Багато хто наголошує на важливості доказових досліджень різних видів лікування. Важливо усвідомити, чиї “докази” — докази терапевта, дослідника, чи клієнта?

Каздін [Kazdin, 2006] зазначав, що в дослідженнях результатів терапії розглядають статистично значущі відмінності між групами. Що ж свідчить статистична значущість про вплив терапії на повсякденне життя клієнта — залишається невідомим. Значущість не завжди означає актуальність. Якщо клієнт набрав на кілька балів більше за шкалою або тестом, чи означає це, що проблему дійсно розв’язано й що в його житті відбулися реальні зміни? Крім статистичної значущості, як міру успіху також використовують клінічну значущість. У цьому разі дослідник визначає сфери, у яких клієнт має продемонструвати зміни, щоб лікування було визнано успішним. Це також довільний показник, оскільки клієнт не сам визначає, що є важливою зміною. З цієї причини клінічна значущість має доповнюватися клінічною доречністю. Оцінюючи ефективність терапії, слід враховувати не тільки прогрес відповідно до одиниць виміру за шкалою, а й поліпшення в тих сферах, які клієнт сам вважає важливими. Статистика більше не може приховувати той факт, що клієнт не отримав користі від лікування.

Вампольд і Баті [Wampold & Bhati, 2004] стверджували, що особистість терапевта має набагато більше значення для успіху лікування, ніж саме лікування, і що науково обґрунтовані дослідження концентруються на менш значущих питаннях (тобто, на самому лікуванні). Їхнє дослідження показало, що терапевтичні відносини в сім разів важливіші, ніж сама терапія. Такі специфічні змінні, як поява надії та віра фахівця у власний метод, видаються більш значущими, ніж методологія, яку використовує фахівець.

## ВПРАВА 5

Послухайте музику, яка вам подобається, спочатку тільки лівим, а потім тільки правим вухом. Які відмінності ви відчуєте? Різні дослідження показали, що більшість людей (правшів) вважають за краще слухати музику лівим вухом (яке пов'язане з правою півкулею), а не правим (пов'язаним із лівою півкулею). Музика, почута лівим вухом, викликає більш цілісне відчуття, відчуття того, що "пливеш за течією музики" [Siegel, 1999], тоді як відчуття від прослуховування тільки правим вухом зовсім інші. Зворотна картина спостерігається у професійних музикантів. Одне з пояснень може полягати в тому, що їм потрібне "аналітичне" прослуховування.

Короткотривала терапія, орієнтована на результат, є предметом дедалі більшої кількості досліджень. Де Шейзер [de Shazer, 1991] провів повторне дослідження успіху короткотривалої терапії, орієнтованої на результат. Попереднє дослідження було проведено командою Ватцлавіка [Watzlawick et al., 1974]. Де Шейзер виявив рівень успішності, що дорівнював 80% (Ватцлавік — 72%), після в середньому 4,6 сеансів (Ватцлавік — після 7 сеансів). Через 18 місяців відсоток успіху зріс до 86 % і було зазначено, що проведення 3 сеансів (а не 2 або 1) підвищує ймовірність успіху.

Де Йонг і Берг [de Jong & Berg, 1997] визначали успіх терапії за рівнем досягнення мети: 45% респондентів відповіли, що мети досягнуто, 32% — що досягнуто прогресу (разом 77% мали позитивні результати), і 23% — що прогресу не було. Середня кількість сеансів становила 2,9. Цей показник на 77% вищий, ніж часто згадувані 66% клієнтів, які відзначають прогрес після проблемно-орієнтованої терапії, і, більше того, кількість сесій є меншою (середня кількість — 2, а не 6 сесій). Це стосувалося клієнтів із розладами як Осі I (клінічні синдроми), так і Осі II (розлади розвитку та особистості), визначених у DSM-IV [Американська психіатрична асоціація, 1994].

Міллер, Габбл і Дункан [Miller, Hubble & Duncan, 1996] виявили, що 40% пацієнтів психіатричної лікарні могли бути виписані за 3 дні після впровадження результат-орієнтованого методу (порівняно з 14% — при використанні традиційних методів), що значно знижує витрати на госпіталізацію. Рівень рецидивів серед пацієнтів після введення результат-орієнтованої терапії не збільшився.

Де Йонг і Берг [de Jung & Berg, 1997] давали клієнтам заповнити опитувальник самооцінки. Серед проблем, перелічених в опитувальнику, були депресія, суїцидальні думки, розлади харчової поведінки, проблеми, пов'язані з роботою, проблеми між батьками і дітьми, домашнє насильство, зловживання алкоголем і наркотиками, сексуальне насильство, смерть близької людини, проблеми з упевненістю в собі та численні побутові негаразди. За винятком кількох проблемних сфер (люди, які відчувають панічні атаки та проблеми зі здоров'ям), виявилось, що понад 70 % клієнтів досягли прогресу з моменту початку терапії.

Гінгерич і Айзенгарт [Gingerich & Eisengart, 2000] представили огляд 15 досліджень результатів короткотривалої результат-орієнтованої терапії, розділяючи статистично контрольовані та менш контрольовані дослідження. Одне зі статистично контрольованих досліджень показало, що результат-орієнтована короткотривала терапія дає результати, порівнянні з результатами міжособистісної психотерапії серед студентів із депресією ( $n = 40$ ). Інші контрольовані дослідження з позитивними результатами короткотривалої результат-орієнтованої терапії стосувалися групи батьків, які мали конфлікти з їхніми дітьми-підлітками ( $n = 42$ ), реабілітації ортопедичних пацієнтів ( $n = 48$ ), тюремних рецидивів ( $n = 59$ ), а також антисоціальної поведінки серед підлітків дитячого притулку ( $n = 40$ ). Різновидом короткотривалої результат-орієнтованої терапії є терапія добробуту [Fava et al., 1998] — це короткотривала психотерапевтична стратегія, що охоплює, окрім іншого, особистісне зростання, життєві цілі,

автономію, самоприйняття й позитивні відносини з іншими людьми. Дослідження Фава з лікування афективних розладів (депресія, панічний розлад з агорафобією, соціальна фобія, генералізований тривожний розлад, обсесивно-компульсивний розлад) показало, що терапія благополуччя та когнітивно-поведінкова терапія дають значне зниження залишкових симптомів. Фава [Fava, 1998] встановив, що терапія благополуччя дала дещо кращий результат, ніж когнітивно-поведінкова терапія.

Стамс і колеги [Stams et al., 2006] опублікували дослідження результатів короткотривалої результат-орієнтованої терапії, у якому вони порівняли 21 міжнародне дослідження в метааналізі. Однак невідомо, чи містили методи лікування в цих дослідженнях достатньо елементів, щоб кваліфікувати їх як результат-орієнтовану терапію. Дослідження показали, що отримані результати свідчать про незначний ефект короткотривалої результат-орієнтованої терапії. Хоча ефект від цієї терапії не перевищує ефекту від звичайного лікування, вона дає позитивний результат за менший час, клієнт є фокусом терапії, що сприяє більшому захисту автономності клієнта порівняно з традиційними терапевтичними методами [Stams et al., 2006].

Макдональд [Macdonald, 2007] також представив огляд досліджень результатів. Один із його висновків полягає в тому, що результат-орієнтована короткотривала терапія працює краще, ніж традиційні форми терапії, для клієнтів із нижчих соціально-економічних верств. Він також дійшов висновку, що короткотривала результат-орієнтована терапія може бути освоєна доволі швидко й приводить до поліпшення морального стану фахівців. Де Йонг і Берг [de Jong & Berg, 1997] розробили протоколи короткотривалої результат-орієнтованої терапії, які можуть сприяти подальшим дослідженням.

## ПОКАЗАННЯ ТА ПРОТИПОКАЗАННЯ

Існує велика кількість літератури про результат-орієнтовану терапію для дорослих із різними проблемами, такими як алкоголізм [Berg & Miller, 1992], посттравматичний стресовий розлад [Bannink, 2008b; Berg & Dolan, 2001; Dolan, 1991; O'Hanlon & Bertolino, 1998], розлади особистості та психози [Bakker & Bannink, 2008; O'Hanlon & Rowan, 2003; van der Veen & Appelo, 2002]. Психотерапевти писали про використання короткотривалої результат-орієнтованої терапії з “ветеранами терапії” [Duncan, Hubble, & Miller, 1997; Duncan, Miller, & Sparks, 2004], з дітьми та підлітками [Bannink, 2008a; Berg & Steiner, 2003; Metcalf, 1995; Selekman, 1993; 1997], у груповій терапії [Metcalf, 1998], при догляді за людьми з порушеннями розвитку [Roeden & Bannink, 2007a, 2007b, 2009; Westra & Bannink, 2006a,b], у менеджменті та коучингу [Cauffman, 2003], в організаціях [Stam & Bannink, 2008], в освіті [Goei & Bannink, 2005] і в медіації [Bannink, 2006a,b; 2008a,d,e,f,g,h; 2009a,b,d,e,f,g; 2010a,b; Haynes, Haynes, & Fong, 2004]. Модель результат-орієнтованого інтерв'ю може застосовуватися до “клієнтів усіх типів” [Cladder, 1999]; важливо, щоб у клієнта була мета (або він міг визначити її під час сесій), над якою він готовий працювати. Кількість сесій не визначено заздалегідь, але в середньому трьох-чотирьох бесід виявляється достатньо для більшості клієнтів.

Два інших протипоказання стосуються не клієнта, а фахівця або установи. Коли фахівець не готовий змінити свою позицію з ролі експерта, який ставить діагноз і дає поради, на положення ведучого, який іде на крок позаду клієнта, результат-орієнтоване інтерв'ю не матиме сенсу. Нарешті, деякі установи не хочуть позбуватися своїх (фінансово вигідних) методів і тривалості лікування. Якщо спеціаліст або установа робить ставку на тривалість лікування, інтерв'ю з фокусом на результат протипоказане, бо воно впливає на прискорення потоку клієнтів.

# ПРАКТИКА РЕЗУЛЬТАТ-ОРІЄНТОВАНОГО ІНТЕРВ'Ю

## Дерево запитань, орієнтованих на результат

Де Шейзер [*de Shazer, 1988*] запропонував таке дерево результат-орієнтованих запитань.

1. Чи відбулося якесь поліпшення в період між направленням клієнта в терапію і першим сеансом? Якщо так — поцікавтеся цим. Якщо ні — перейдіть до п. 2.
2. Чи можна знайти якісь винятки з проблеми клієнта, тобто ситуації, у яких проблема не виникала або була менш значною? Якщо так — запитайте про це. Якщо ні — переходьте до п. 3.
3. Чи може клієнт описати в поведінкових термінах, що змінилося б, якби проблему було розв'язано (вирішено достатньою мірою)?

Коли клієнт здатний побачити пробліски бажаного майбутнього? Якщо ці позитивні думки проявилися, фахівець може запропонувати поговорити про них. Якщо вони ще не виникли, але на цей момент можна сформулювати мету, фахівець може поцікавитися цим. Якщо цього немає, проблему можна проаналізувати. Переходити до аналізу проблеми потрібно тільки в тому разі, якщо до першої сесії не відбулося поліпшення, якщо не вдалося знайти винятків і якщо не можна сформулювати мету в поведінкових термінах за допомогою, скажімо, запитання про диво (описаного далі в цьому розділі). У більшості випадків можна одразу розпочати роботу над результатом, не складаючи спочатку докладної карти проблеми [*de Shazer, 1985*].

Розробляти рішення простіше й корисніше, ніж аналізувати й розв'язувати проблеми. Деякі клієнти, як з'ясується, уже зробили кроки в правильному напрямку після запису на прийом, — такі, на які можна спиратися під час сесії. Їм вдається знайти винятки з проблеми, моменти, коли проблема стає менш значущою, або підцілі, яких вони вже досягли.

## ВПРАВА 6

Виконайте таку вправу з іншою людиною.

- Протягом 5 хв. говоріть з іншою людиною про проблему, занепокоєння або роздратування, які вона може відчувати. Попросіть співрозмовника відповідати, орієнтуючись на проблему. Поставте такі запитання: "Як давно ви це відчуваєте? Наскільки це серйозно? Як сильно це вас турбує? Що ще вас турбує? У яких інших сферах вашого життя ця проблема впливає на вас? Чи відчували ви це раніше?"
- Поговоріть із тією людиною ще 5 хв. про ту саму проблему, занепокоєння або роздратування й попросіть відповісти, орієнтуючись на результат. Поставте такі запитання: "Яким чином це становить для вас проблему? Що ви вже намагалися зробити для розв'язання цієї проблеми та що допомогло? Коли проблеми немає або вона менш виражена? Як ви справляєтеся з цим? Що ви робите по-іншому? Якщо ви стикалися зі схожою проблемою в минулому, як ви тоді її розв'язали? Що ви знаєте про те, як інші розв'язували б цю проблему?" Ви також можете поставити запитання про формулювання цілей: "Чого б ви хотіли досягти до кінця цієї розмови, щоб засвідчити, що вона була корисною для вас і що вона була значущою?"
- Разом з іншою людиною зверніть увагу на відмінності між двома бесідами. Ви можете відчути легший тон і оптимістичніший настрій, коли говорите про більш позитивний досвід, тоді як певна важкість часто супроводжує розмови, зосереджені на проблемах. Також можливо, що ви вже розв'язали свою проблему або знаєте, що потрібно робити, щоб досягти мети.
- Поміняйтеся ролями: тепер ви слухаєте, поки інша людина розповідає про свою проблему чи роздратування. Протягом перших 5 хв. відповідайте, орієнтуючись на проблему, а потім протягом наступних 5 хв. — орієнтуючись на результат. Разом з іншою людиною знову відзначте відмінності.

Фахівці, орієнтовані на результат, звертають увагу саме на такі винятки; вони завжди шукають різницю, яка змінює ситуацію. Якщо винятки є навмисними, клієнт сам може зробити так, щоб вони повторилися. Якщо винятки спонтанні, клієнт може дізнатися про них більше, наприклад, спробувати передбачити їх. У цьому разі йдеться про винятки з правил проблеми. Якщо фахівець і клієнт роблять такі винятки частішими, вони можуть наблизити клієнта до його мети. Винятки необхідно повторювати доти, доки вони не стануть новим правилом. Щоб знайти винятки, не потрібно глибоко копати: вони лежать на поверхні, але клієнт зазвичай не помічає їх. Завдання фахівця — помітити ці приховані успіхи та запропонувати клієнтові сприймати їх як цінність. Якщо клієнт хоче виконувати домашню роботу в перервах між сесіями, фахівець може давати завдання, що адаптуються до мотивації та бажань клієнта (див. розд. 5).

Де Шейзер [*de Shazer, 1994*] розглядає інтерв'ю, сфокусоване на результаті, як “поплескування по плечу”. Фахівцю, орієнтованому на результат, не потрібно підштовхувати або тягнути, він стоїть на крок позаду клієнта й дивиться в тому самому напрямку. Поплескування по плечу допомагає спрямувати увагу на бажане майбутнє клієнта. Ця позиція також називається “вести, перебуваючи на крок позаду”. Результат-орієнтовані запитання — це і є те саме поплескування по плечу. Позицію професіонала, орієнтованого на результат, також називають позицією незнання. Це позиція “пошарпаного детектива Коломбо з фільму”. Раз за разом головному герою серіалу вдавалося розкрити злочин, оскільки його дещо розгублений стиль незнання наводив убивцю на хибний слід, і рішення самі знаходили детектива.

## **Шість важливих типів запитань**

Розгляньмо шість найважливіших типів запитань у результат-орієнтованому інтерв'ю.

## **Запитання про зміни, які відбулися до першої сесії**

“Що змінилося відтоді, як ви записалися на прийом?” Багато клієнтів відзначають прогрес відтоді, як вони записалися на прийом. Тоді можна запитати: “Як вам це вдалося?” і “Що потрібно зробити, щоб це відбувалося частіше?” Ці запитання відповідають припущенню, що все піддається змінам і що суть не в тому, щоб з’ясувати, чи відбуваються зміни, суть у тому, що вони відбуваються або відбулися.

## **Питання про мету**

“Яка мета цієї бесіди для вас?” або “Чого має бути досягнуто до кінця цієї сесії (або цих сесій), щоб ви могли сказати, що вона була значущою та що вашої мети досягнуто?” або “Що може вказати вам на те, що вам більше не потрібно повертатися сюди?” Можна також запитати: “Що б ви хотіли бачити замість проблеми?” або “На що ви сподіваєтеся? Що б це змінило?”

Запитання про диво — це один шлях до формулювання мети: “Припустимо, що сьогодні вночі станеться диво. Диво полягає в тому, що проблему, яка привела вас сюди, було розв’язано (розв’язано достатньою мірою). Однак ви про це не знаєте, бо спите. Як би ви помітили завтра вранці, що проблему було розв’язано? Що зміниться завтра? Що б ви почали робити по-іншому? Як би ви ще помітили протягом дня, що сталося диво? Як ще? Як інші помітять, що сталося диво? Як би вони відреагували?” Можна також запитати: “У який момент ми з вами можемо перестати бачитися?”

## **Питання “Що ще?”**

Запитання про деталі є ключовими. “Що необхідно для того, щоб це сталося? Припустимо, що це станеться. Що б ви робили по-іншому? А що ще?” Важливо продовжувати розпитувати про все, що схоже на успіх, ресурс або щось, що клієнт цінує в собі. Ба більше, запитання передбачає, що є щось іще, і все, що потрібно зробити клієнтові, — це з’ясувати, що саме.

## Питання про винятки

“Коли невелика частина дива вже сталася?” або “Коли ви вловили натяки на втілення вашої мети? Як ви змогли це визначити? Що тоді було по-іншому? Як ви це робили? Чим це відрізнялося від того, що відбувається зараз?” Можна також поцікавитися, коли проблеми не було або вона була менш значущою, або коли на деякий час перестала бути проблемою: “Що змінилося в той момент?” Клієнт часто не помічає часу, коли проблеми немає або вона є менш значущою, тому що, на його думку, проблема є завжди (“усе бежеве”).

Вітгенштейн писав: “Найважливіші для нас аспекти речей сховані за їхньою простотою та буденністю (людина не здатна помітити щось, тому що воно завжди перед очима)” [Wittgenstein, 1953; 1968]. Отже, не потрібно глибоко копати, щоб знайти винятки: вони лежать на поверхні, але клієнт їх пропускає.

## Питання масштабу

Запитання масштабу зосереджено на прогресі, мотивації та впевненості. Їх можна ставити наприкінці сесії [Duncan, 2005], коли людина шукає винятки або обговорює диво (і, відповідно, свою мету). Необхідно запитати клієнта, чи розуміє він, як оцінювати масштаб свого прогресу. Можна поставити таке запитання: “Якщо диво (або мета, якої ви хотіли б досягти) — це 10 балів, а момент, коли все було погано (або момент, коли ви призначили зустріч), — 0 балів, то де на цій шкалі ви перебуваєте зараз? Як вам вдалося досягти цього числа? Як би виглядало підвищення на 1 бал? Що б ви робили по-іншому? Як би ви змогли піднятися на 1 бал? Що необхідно для цього зробити? Що ще?”

Також може бути корисно запитати клієнта, де він хоче опинитися; 10 балів часто не тільки не потрібні, а й недосяжні. Більшість клієнтів дуже задоволені 7 або 8 балами. Подумайте самі: як часто ви перебуваєте на рівні 10? У літературі з питань результат-орієнтованої терапії питання масштабу використо-

вують по-різному. Найчастіше працюють зі шкалою від 0 до 10, іноді зі шкалою від 1 до 10 — імовірно, для того, щоб виключити найгіршу ситуацію (0), оскільки той факт, що клієнт звертається до фахівця, уже засвідчує деяке поліпшення стану. Вважають, що клієнти дають собі вищу оцінку, якщо шкала йде від 10 до 0, а не від 0 до 10, що покращує їхнє самовідчуття. З цієї причини має сенс завжди ставити запитання за шкалою від 10 до 0.

Одним з основних запитань, орієнтованих на рішення, є: “Що вже працює для вас у правильному напрямку?” (див. розд. 3). А потім: “А що ще?” Краще ставити ці запитання до того, як просити клієнта дати оцінку, на відміну від стандартної методики, згідно з якою спочатку просять дати оцінку, а потім запитують, що вона означає. Зазвичай, клієнти дають вищі оцінки, якщо їх спочатку запитують, що вже працює в правильному напрямку. Це пов’язано з когнітивним дисонансом: якщо клієнт дає низьку оцінку, він далі не зможе назвати багато чого з того, що працює в правильному напрямку.

### **Запитання про навички (компетенції), якими клієнт уже володіє**

Запитання про компетенції: “Як ви це робите? Як вам вдається...? Як ви продовжуєте? Чому справи йдуть не гірше?” І знову важливо запитувати про дрібні позитивні деталі. Якщо клієнт використовує небажані способи опанування ситуації, наприклад, кричить на співрозмовника, можна сказати: “У вас має бути вагома причина підвищувати голос. Будь ласка, розкажіть мені про те, як крик допомагає вам”. Це запитання показує, що страждання клієнта визнано. Запитання також полегшує формулювання відповіді. Після цього можна запитати, які інші (більш бажані) способи досягнення того ж ефекту є у клієнта.

У книжці *Winnie-the-Pooh on Success* (Вінні-Пух досягає успіху)<sup>5</sup> мудрий і частково орієнтований на результат

<sup>5</sup> Р. Аллен, С. Аллен. *Вінні-Пух добивається успеха*. Перевод с англ. Амфора, 2005. — Приміт. ред.

Незнайомець розповідає тваринам, як вони можуть стати успішними.

“Яка формула успіху?”

“Це зовсім інша формула, дурне ведмежатко”, — сказав Незнайомець. Він дістав із валізи аркуш паперу й почав писати на ньому. Закінчивши, Незнайомець розгорнув аркуш і показав своїм друзям. Ось що він написав.

- Виберіть мрію.
- Використовуйте свою мрію для постановки мети.
- Створіть план.
- Урахуйте ресурси.
- Покращіть навички та вміння.
- Витрачайте час з розумом.
- Почніть! Організуйтеся й дійте!

“Це заклинання успіху, П'ятачок”, — сказав Незнайомець [Allen & Allen, 1997].

## ВПРАВА 7

Згадайте період свого життя, коли у вас була проблема. Як ви тоді розв'язали цю проблему? Згадайте щонайменше три речі, які допомогли вам тоді. Якщо у вас зараз є проблема, які з цих стратегій ви могли б застосувати знову (або вже застосовуєте) для розв'язання поточної проблеми? Що ви знаєте про те, як інші розв'язували подібні проблеми?

Волтер і Пеллер повністю відмовилися від розмежування між проблемою і розв'язанням. Вони говорили про “преференції”, бо вважали, що це дає їм змогу більш творчо спілкуватися з клієнтами. “Наше основне дослідницьке питання змінилося з “як ми створюємо результат?” на “як ми можемо створити простір діалогу й вивчення, у якому можуть виникати й розвиватися цілі, уподобання та можливості?” [Walter & Peller, 2000].

Де Боно також стверджував, що “модельовання” бажаного результату часто не має жодного стосунку до самого конфлікту. Він також не використовував термін “рішення”: “Мені навіть не подобається говорити «виробляти рішення», тому що це має на увазі наявність проблеми” [*de Bono, 1985*].

## **Інтерв’ю, орієнтоване на результат. Онлайн-формат**

Розвиток технологій за останні кілька років дає можливість проводити терапію онлайн. Онлайн-терапія — це шлях у майбутнє. Використання протоколів результат-орієнтованого інтерв’ю для першої та подальших сесій, описаних у наступних розділах, створює міцну структуру терапії. У Нідерландах тривають експерименти з проведення короткотривалої результат-орієнтованої терапії в режимі он-лайн; наприклад, існує веб-сайт Praten Online, де підлітки віком від 12 до 20 років можуть анонімно спілкуватися з терапевтом, орієнтованим на результат. Наслідки таких сесій багатоочікувані.

## **ПІДСУМКИ**

- Пошук результатів відрізняється від розв’язання проблем; інтерв’ю, орієнтоване на результат, не фокусується на проблемі, а запитує: “Що б ви хотіли бачити замість проблеми? Яка ваша мета? Що вже працює в правильному напрямку?” Загалом фахівець, орієнтований на результат, ставить запитання й не дає порад [*Smock, Froerer, & Bavelas, 2009; Tomori & Bavelas, 2007*].
- Погляд спрямований не в минуле, а в майбутнє. Передбачається, що клієнт здатний сформулювати свою мету, придумати рішення й реалізувати її.
- У цьому розділі наведено коротку історію проведення результат-орієнтованого інтерв’ю на основі 10 принципів.

**Таблиця 1.1. Відмінності між проблемно-орієнтованим інтерв'ю та результат-орієнтованим**

<b>Інтерв'ю, орієнтоване на проблему</b>	<b>Інтерв'ю, орієнтоване на результат</b>
Фокус на почуттях та емоціях	Фокус на спостереженні (значенні) і діях
Важливо знайти помилки	Важливо знайти рішення
Погляди клієнта неправильні	Погляди клієнта мають право на існування (клієнту буде простіше поміняти погляд)
Чия це вина?	Що, на думку клієнта, має статися?
Мотивацію ставлять під сумнів	Пошук мотивації та її використання
Важливість минулого	Важливість майбутнього
Спеціаліст протистоїть клієнту	Спеціаліст приймає погляди клієнта й запитує: "Чим це вам допомогло?"
Спеціаліст веде клієнта	Спеціаліст дозволяє клієнту вести себе
Необхідність великих змін	Маленьких змін часто достатньо
Необхідність нових ресурсів	Потрібні ресурси часто вже наявні
Проблема постійна	Проблема не постійна
Застосовують бесіду, засновану на теорії	Використовують визначену клієнтом бесіду
Необхідність аналізу та розуміння проблеми	Розуміння та аналіз проблеми приходять після або під час зміни
Теорія зміни залежить від терапевта	Теорія зміни залежить від клієнта; фахівець запитує: "Як це вам допоможе?"

- Розглянуто теоретичні основи, дослідження, показання та протипоказання терапії.
- Практику інтерв'ювання, орієнтованого на результат, описано за допомогою шести важливих типів результат-орієнтованих запитань.
- У табл. 1.1 надається огляд відмінностей між проблемно-орієнтованою та результат-орієнтованою моделями інтерв'ювання.