

УДК 159.99

**СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ:
КОНСТРУКТИВИСТСКИЙ ПОДХОД**

*канд. психол. наук, доц. Л.Г. СТЕПАНОВА
(Белорусский государственный университет)*

Рассматриваются теоретические основания конструктивистского подхода к оказанию психологической помощи, который в большей степени опирается на социальный конструктивизм – иной способ мышления о мире и человеке. К его важнейшим особенностям можно отнести релятивизм, критическую позицию и значимость языка во взаимодействии людей, с помощью которого они конструируют опыт и знания о мире. Дается краткое описание основных конструктивистских подходов, таких как нарративная практика, краткосрочная терапия, ориентированная на решение, терапия возможностей, коллаборативная терапия, когерентная терапия, и рассматриваются некоторые отличительные особенности конструктивистского подхода.

Ключевые слова: *конструктивистский подход, психологическая помощь, социальный конструкционизм, нарративная практика, краткосрочная терапия, ориентированная на решение, терапия возможностей, коллаборативная терапия, когерентная терапия.*

Введение. В настоящее время в социально-гуманитарных науках существуют несколько различных и в некоторой степени оппозиционных парадигм, основанных на определенных подходах к изучению человека. Наиболее открытое противостояние сегодня происходит между сторонниками позитивистской и конструктивистской парадигм. В частности, в психологии иногда это противопоставление называют оппозицией «новой» и «старой» (или традиционной) парадигм.

Сегодня в психологии принято говорить не о «конструктивистском подходе», а о «конструктивистских подходах», поскольку на данный момент конструктивизм «не сложился как единая, последовательная, теоретически непротиворечивая ориентация» [1, с. 7]. А.М. Улановский [2] делит совокупность теорий, образующих идеологическое пространство конструктивистской парадигмы, на три направления, или ветви: конструктивизм в узком смысле слова (Ж. Пиаже, Дж. Келли, Дж. Брунер, П. Бергер, Т. Лукман); радикальный конструктивизм (П. Ватцлавик, Э. фон Глазерсфельд, Х. фон Фёрстер); социальный конструкционизм (К. Герген, Р. Харре, Дж. Шоттер, Т. Сарбин, Г. Херманс). Все три исторически развивались во многом независимо друг от друга, опираясь на различные постулаты, традиции и исследования, и имеют особый подход к тому, что считается реальным и существующим. Конструктивистский подход к оказанию психологической помощи в большей степени опирается на социальный конструкционизм, который представляет собой не новую концепцию окружающего мира (в т.ч. и устройства человека), а это иной способ мышления о мире и человеке. Новая парадигма предлагает признать, что объяснение окружающего мира может быть только соглашением между людьми, которые вступают в определенные отношения друг с другом; слова, используемые для этих объяснений, имеют смысл в контексте существующих отношений. Поэтому для социального конструкционизма ключевыми понятиями являются сообщества, отношения между людьми, социальные конвенции, язык, дискурс, нарратив, диалог, социальные практики. А к наиболее важным признакам относят релятивизм, критическую позицию и значимость языка во взаимодействии людей, с помощью которого они конструируют опыт и знания о мире [3]. Реальности конструируются людьми посредством языка, организуются и поддерживаются посредством историй.

Идеи социальных конструкционистов в психологии были учтены и интегрированы другими подходами, так что сегодня даже психоаналитики и когнитивные психологи, анализируя проблемы психологии личности и познания, делают сноску на язык, культуру и условности существующих психологических сообществ. Конструктивизм выполняет важную рефлексивную и критическую функции в психологии и социальных науках. Это требует понимания влияния собственной (исторической, расовой, национальной, половой, гендерной) принадлежности, развенчания дискриминирующих концепций, взглядов и подходов, стремления к большей свободе и самоопределению [4].

Следствием применения этих идей в рамках психологической помощи является отказ от экспертной позиции психолога как носителя неких «объективных» знаний и ориентация на сотрудничество с самим клиентом как экспертом в своей жизни, обладающим наиболее полной информацией о своей проблеме и способах ее решения. Работа психолога в первую очередь направлена на выявление, поддержку и закрепление позитивных изменений, которые уже происходят в жизни клиента. В процессе работы исследуется жизненная ситуация, которая больше устраивает клиента, а также имеющиеся ресурсы и его сильные стороны. Конструктивистская направленность в оказании психологической помощи проявляется также в акцентировании внимания на взаимосвязи между поведением человека и тем, как он видит свою жизненную ситуацию. То есть как человек воспринимает себя и как обстоятельства его жизни влияют на его поступки,

а опыт, полученный в результате совершенных действий, влияет на представления человека о себе и событиях, происходящих с ним [5]. В связи с этим процесс оказания психологической помощи понимается как совместное конструирование с клиентом нового «беспроблемного» описания его жизненной ситуации.

Основная часть. Существует не менее пяти конструктивистских подходов к оказанию психологической помощи.

Нарративная практика. Основоположниками нарративного подхода являются австралийский психотерапевт Майкл Уайт и новозеландский психотерапевт Дэвид Эпстон. В 1979 г. М. Уайт начал работать в психиатрическом отделении детской больницы Аделаиды и вскоре обратил внимание на идеи Мишеля Фуко, которые помогли ему полностью понять проявления постмодернизма в мире. Эти мысли легли в основу создания терапии, которая могла бы отражать современные тенденции. Практическим подтверждением этих идей стала работа с подростками, страдающими хроническим энкопрезом. Кстати, именно в этот период М. Уайт разработал метод экстернализации, который стал «визитной карточкой» нарративной практики. М. Уайту удавалось избавлять детей от энкопреза за 4–5 встреч [6].

В 1982 г. М. Уайт стал сотрудничать с Д. Эпстоном, который с энтузиазмом воспринял идеи нарративной практики. В свою очередь он познакомил М. Уайта с теорией Джерома Брунера, автора нарративной метафоры. Нарративная практика также базируется на идеях Л.С. Выготского, в частности на представлениях о зоне ближайшего развития. По аналогии с идеей о зоне ближайшего развития М. Уайт создал практику «простраивания опор», которая заключалась в создании насыщенных историй, помогающих людям преодолеть разрыв между тем, что им привычно и знакомо, и тем, что является новым знанием об их жизни. Сейчас вместе с Д. Эпстоном продолжает дело М. Уайта Джонелла Берд, которая исследует и развивает идеи конструктивистской терапии, а также американские психотерапевты Джилл Фридман и Джин Комбс, которые используют нарративную практику в семейной терапии.

Такой подход привлекателен тем, что не верит в то, что проблемы в человеке и чтобы справиться с проблемами, необходимо «бороться с собой». Напротив, это помогает взглянуть на свою жизнь с ресурсной точки зрения, дистанцироваться от непосредственно переживаемого травматического опыта и сделать осознанный выбор, изменив свою жизнь в нужном направлении.

В нарративном подходе особое внимание уделяется контекстуальному процессу взаимодействия, формирующим фактором которого является язык. Идентичность понимается как нарратив, история, рассказанная о себе в процессе жизни. Человек заимствует повествовательные мотивы, ценности и нормы, существующие в культуре, трансформируя их в свои собственные жизненные истории. Идентичность человека формируется из субъективно отобранных биографических фактов своей жизни.

Нарративная практика основывается на двух основных принципах:

- все человеческие мысли и поступки существуют в культурных контекстах, которые придают им особый смысл и значение;
- взгляд человека на мир формируется через сложные, как правило, бессознательные процессы «проецирования», через опыт и выбор тех его элементов, которые наиболее соответствуют истории жизни [7].

Поскольку люди являются интерпретирующими существами, то в самом широком смысле нарративная практика – это беседа, в которой люди пересказывают, т.е. рассказывают, истории своей жизни по-другому. В нарративной практике считается, что жизнь человека мультиисторична. В ней разные истории соревнуются за привилегированное положение, и в конце концов одна из них становится доминирующей. Если доминирующая история закрывает человеку возможности развития, то можно говорить о существовании проблемы. Каждый момент содержит пространство для существования множества историй, и одни и те же события в зависимости от приписываемых им значений и характера связей складываются в различные нарративы. Исходя из этого, целью нарративной психологической помощи является создание новых историй, открытие пространства для широкого поля альтернатив, переживания чувства выбора; а позиция нарративного психолога – неэкспертность, «незнание», уважение, заинтересованность, сотрудничество и прозрачность [8; 9]. Кстати, М. Уайт не называл клиентов клиентами, он говорил – люди, которые столкнулись с трудностями.

Краткосрочная терапия, ориентированная на решение (Solution-Focused Brief Therapy – SFBT), или в русскоязычном варианте *ориентированная на решение краткосрочная терапия – ОРКТ* была разработана в конце 1970-х гг. в Стивом де Шейзером и Инсу Ким Берг совместно с коллегами из Центра краткосрочной семейной психотерапии в США. Как следует из названия, этот подход ориентирован на будущее, сконцентрирован на цели и фокусируется на решениях, а не на самой проблеме, которая привела клиента на терапию. Само направление как особый подход в психотерапии обычно датируется 1982 г. – лозунг Центра звучал как «Solutions since 1982» («Решения с 1982 года»). Подход SFBT предполагает, что все клиенты имеют некоторое представление о том, что сделает их жизнь лучше, даже если им может понадобиться помощь в описании деталей их лучшей жизни, и что каждый, кто ищет помощи, уже имеет, по крайней мере, минимальные навыки, необходимые для создания решений.

С. де Шейзер и И. Берг опирались на взгляды Пола Вацлавика, всемирно известного исследователя коммуникации, Джона Уикленда, проводившего исследования шизофрении совместно с Грегори Бейтсоном, и Джона Хейли, который всегда подчеркивал важность системного подхода и писал об особых прин-

ципах функционирования и существования систем, а также на идеи Сальвадора Минухина, основоположника структурной семейной терапии, который предложил рассматривать семью как систему и использовать изменения, происходящие в системе, в терапевтических целях. В частности, С. де Шейзер взял в свой методический арсенал метод наблюдения малых изменений и расширения небольших положительных изменений. Другим всемирно известным психотерапевтом, внесшим большой вклад в развитие краткосрочной терапии, ориентированной на решение, является Милтон Эриксон, который всегда подчеркивал, что клиент – это эксперт, который определенно знает, как работать со своей проблемой, но нуждается в помощи, чтобы увидеть, открыть это знание [10].

В то же время С. де Шейзер предложил несколько положений, отличающих его подход от других:

- клиенты приходят с жалобами, но не с проблемами;
- жалоба – это проявление поведения (которое вытекает из восприятия и интерпретации клиентом окружающего мира);
- проблема не является симптомом какой-либо скрытой системной дисфункции;
- акцент делается не на обсуждение проблем, а на будущее, которое не содержит проблемы, т.е. ориентированный на решение подход основан на поиске и создании решений, а не анализе и поиске причин проблем;
- решение может быть связано или не связано с проблемой, поскольку оно может проявляться в другой области поведения [11].

С. де Шейзер акцентировал внимание на важности построения решений, а не на решение проблем, и отводил клиенту роль эксперта. Поэтому в ходе терапевтического процесса акцент делается на решениях, надеждах, ресурсах, сильных сторонах клиента и положительных исключениях из его опыта. Психолог характеризуется исключительно позитивным отношением, которое определяется «видением» только конструктивных, ресурсных возможностей и принципиальным «невидением» проблемы. Задача психолога состоит не в том, чтобы выявить «недостатки» в жизни клиента, а в том, чтобы актуализировать имеющийся у клиента потенциал, поддержать и развить уже имеющиеся у него ресурсы. Поэтому любое проблемное прошлое воспринимается исключительно как полезный опыт, позволяющий сделать важные позитивные выводы на будущее и двигаться дальше к достижению желаемого результата. Результат определяется таким образом, чтобы он был максимально реалистичным, измерим и достижимым.

Терапия возможностей (Possibility Therapy) была разработана Биллом О'Хэнлоном и Мишель Вайнер-Дэвис. Это одна из разновидностей краткосрочной терапии, ориентированной на решение (SFBT). Изначально в 1955 г. Б. О'Хэнлон свой подход назвал ориентированной на решение терапией (*Solution-Oriented Therapy – SOT*), а в 1961 г. он изменил название на терапию возможностей, чтобы уменьшить путаницу с SFBT [12]. Терапия возможностей больше ориентирована на ресурсы клиента и гораздо больше фокусируется на эмоциональных аспектах проблем, чем SFBT, разработанная С. де Шейзером.

Терапия возможностей находится под влиянием не только работ Института психических исследований и Центра краткосрочной семейной психотерапии, но и опирается на идеи К. Роджерса, М. Эриксона и нарративных практиков (М. Уайт, Д. Эпстон). Терапия возможностей фокусируется на возможности клиентов и психологов совместно создавать решения, на будущих целях и достижениях небольших, но положительных результатов для клиентов, а также уделяет большое внимание внутреннему опыту клиентов и подчеркивает, что клиенты должны быть услышаны и поняты, чтобы произошли эти изменения. В терапии возможностей психологи считают, что клиенты застряли не столько на том, как они решают проблему, сколько на том, как они ее видят. Поэтому взгляды, действия и контекст становятся решающими [13].

Терапия возможностей решает три основные задачи:

- проверить опыт и идеи клиента;
- поощрить клиентов смотреть на вещи с новой точки зрения;
- получить доступ к сильным сторонам и ресурсам для достижения решения.

Терапевты помогают людям увидеть возможности в трудностях. Они часто работают над изменением негативных и саморазрушительных моделей мышления, заменяя их надеждой на большие возможности. Например, психолог может предложить рассмотреть проблему как мимолетную и изменчивую, а не постоянную и неуправляемую, или как нечто пережитое, а не как характеристику личности клиента, или как периодически повторяющуюся, а не как жизнь, пронизанную проблемами. Соответственно, цель состоит в том, чтобы помочь клиентам определить возможности, а не проблемы, использовать то, что происходит правильно, а не фокусироваться на том, что происходит неправильно. Психологи, работающие в рамках терапии возможностей, используют истории, анекдоты, притчи и юмор, чтобы помочь клиентам измениться. Это похоже на то, что делают нарративные психологи, помогая клиентам перейти от проблемных историй к более обнадеживающим альтернативным. Нарративные психологи также считают, что клиент никогда не является проблемой, проблема – это проблема.

Коллаборативная терапия (Collaborative Therapy), или в русскоязычном варианте *совместная терапия* была разработана в 1980-х гг. Харлин Андерсон и ее коллегой Гарольдом А. Гулишианом как постмодернистский подход к творческой коммуникации, основанный на решениях. В 1997 г. Х. Андерсон опубликовала свою первую книгу «Разговор, язык и возможность: постмодернистский подход к терапии».

в которой изложила свою теорию коллаборативной терапии, при которой психологи сотрудничают со своими клиентами без осуждения, чтобы клиент был точно понят. Кстати, Х. Андерсон, так же как и М. Уайт, не называет клиента клиентом, а говорит – человек в терапии [14]. Вне терапевтических сессий психологи должны постоянно проходить через процесс саморефлексии и самосознания, чтобы избежать врожденной осуждающей природы людей. Этот подход позволяет клиенту контролировать терапевтическую сессию, а психологу – сосредоточиться на ней и игнорировать любые предубеждения. Коллаборативная терапия фокусируется на развитии совместных и равноправных отношений между клиентом и психологом, рассматривается как партнерство, которое позволяет психологу и клиенту объединить свои знания, облегчая взаимодействие и приводя к позитивным изменениям. Клиентам предлагается активно участвовать в процессе, предоставляя обратную связь о самом процессе. Близкие люди в жизни клиента не подвергаются стигматизации и не считаются вмешивающимися, но их также приглашают принять участие в терапевтическом процессе.

Коллаборативная терапия основана на постмодернистском скептицизме к знанию и убеждению, что знание – это социально сконструированная концепция, а не универсальная истина. Таким образом, Х. Андерсон подчеркивает важность избегания чрезмерной патологизации нормальных характеристик и поведения клиента. Например, можно предположить, что у каждого клиента среднего возраста обязательно будет кризис среднего возраста. В то время как коллаборативный психотерапевт будет стремиться позволить клиентам включить их собственное любопытство, интерес и творческие способности. В основе лежит идея, что нет единственного правильного способа увидеть ситуацию. В коллаборативной терапии точка зрения клиента считается равной точке зрения психолога. Х. Андерсон рассматривает коллаборативную терапию как философию, а не модель, и выделяет два ключевых принципа этого подхода: развитие отношений сотрудничества между психологом и клиентом и участие в диалогах, которые поощряют рост и изменения. И подчеркивает, что коллаборативная терапия способствует трансформации как для клиента, так и для психолога. По мере проведения содержательных бесед и изучения различных точек зрения обе стороны могут получить новые знания и понимание. Психолог не действует как авторитетная фигура или как будто у него больше знаний или понимания, не использует диагностические ярлыки, потому что за ними могут стоять предвзятые представления и мнения, и рассматривает как эксперта в разговоре клиента, а не себя [15].

Когерентная терапия (Coherence Therapy, или в русскоязычном варианте терапия согласованности) была разработана в начале 1990-х гг. Брюсом Экером и Лорел Халли и в настоящее время считается одним из наиболее уважаемых конструктивистских подходов к оказанию психологической помощи. Первоначально Б. Экер и Л. Халли назвали свой подход глубинно-ориентированной краткой терапией (*Depth-oriented brief psychotherapy – DOBT*), а в 2005 г. переименовали его в когерентную терапию, обосновывая такое переименование тем, что оно, во-первых, более четко отражает центральный принцип подхода, а во-вторых, «краткая терапия» часто ассоциируется с методами избегания глубины и поверхностностью, что, по мнению авторов, было в корне неверно [16]. Когерентная терапия признает, что и бессознательное, и сознание играют определенную роль в эмоциональном и психологическом здоровье. Когерентная терапия основана на принципах конструктивизма и нейробиологии и предлагает эмпатический, непатологизирующий подход, который может быть использован для решения многих проблем.

Б. Экер и Л. Халли заметили, что во время некоторых психотерапевтических сессий клиент переживает глубоко прочувствованный трансформационный сдвиг, который рассеивает его негативные эмоциональные паттерны и приводит к немедленному прекращению симптомов. Они стали изучать такие трансформирующие сессии и пришли к выводу, что во время этих сессий психолог воздерживался от любых действий, направленных на противодействие симптому, а клиент получал мощный, чувственный опыт некой ранее неосознанной «эмоциональной истины», которая делала наличие симптома необходимым. Подавляющее большинство укоренившихся негативных реакций, нежелательных паттернов поведения, настроений, эмоций и мыслей, рассматриваемых в терапии, порождается эмоциональной памятью. Убеждения, конструкты, сформированные в детстве под влиянием интенсивных эмоций (эмоциональное обучение), как бы «запираются» в мозгу сильными синапсами и становятся неизгладимыми на всю жизнь человека, а психологи и клиенты часто чувствуют, что они борются с какой-то неумолимой, но невидимой силой.

Кроме того, Б. Экер и Л. Халли обнаружили, что большинство их клиентов могут начать испытывать глубинную связь своих симптомов уже с первой сессии. В дополнение к созданию методики быстрого извлечения эмоциональных схем они также определили процесс, посредством которого восстановленные схемы затем претерпевают глубокие изменения (или растворение), – восстановленная эмоциональная схема должна быть активирована, и в тоже время клиент ярко переживает что-то, что резко противоречит ей. Позже нейробиологи установили, что именно эти шаги открывают и удаляют нейронную цепь в имплицитной памяти, которая хранит эмоциональное обучение, – процесс реконсолидации (переуплотнения), т.е. долгорочные нейробиологические изменения могут привести к глубокому эмоциональному сдвигу. Новое обучение всегда создает новые нейронные цепи, происходят трансформационные изменения, и это именно то, чего достигает терапевтический процесс восстановления. Этот процесс отвечает требованиям мозга, позволяющим новому обучению переписывать и стирать старое, нежелательное обучение, а не просто подавлять и конкурировать с ним. Результатом является трансформационное изменение.

Клиент поощряется в использовании своих собственных ресурсов, чтобы найти и развеять те эмоциональные истины, которые обычно формируются в детстве и являются причинами проявления симптомов в настоящем. В основе когерентной терапии лежит принцип когерентности симптомов. Согласно этой точке зрения, любая реакция системы «головной мозг – сознание – тело» является выражением когерентных (согласованных) личностных конструктов (или схем), которые являются не вербально-когнитивным, а невербальным (на телесном уровне и уровне эмоций и ощущений) знанием. Принцип когерентности симптомов утверждает, что кажущиеся иррациональными, неконтролируемыми симптомы человека на самом деле разумные, убедительные, упорядоченные выражения существующих у человека конструкций себя и мира [17]. Другими словами, симптомы вызваны тем, как человек стремится, не осознавая этого, реализовать самозащитные или самоутверждающие цели, сформированные в течение жизни. Конечная цель когерентной терапии заключается в том, чтобы клиент осознал, что его симптомы – это просто способы, с помощью которых он пытается либо самоутвердиться, либо защитить себя в своей повседневной жизни.

Это согласуется с конструктивистской теорией, согласно которой поведение и опыт формируются частично самим человеком. Сторонники этого подхода предполагают, что эти симптомы «решают» проблему расстройства человека или эмоциональных истин, и когда истины раскрываются и симптомы признаются как форма защиты, симптомы исчезнут, как только начнется исцеление.

Заключение. В заключение хотелось бы остановиться на нескольких проблемах, с которыми сталкивается современный конструктивистский подход к психологической помощи, и на особенностях, отличающих его от традиционных подходов.

Во-первых, высокое уважение к миру смысла клиента в сочетании с относительным отсутствием какой-либо фиксированной внешней точки отсчета, позволяющей патологизировать и стигматизировать клиента. Конструктивистский подход утверждает, что люди являются создателями смысла в своей жизни и, по существу, строят свои собственные реальности. В различных конструктивистских подходах к оказанию психологической помощи клиент рассматривается как активный участник, который сам создает и определяет свой жизненный путь.

Во-вторых, необходимость ставить личные проблемы клиента в более широкие рамки социальных контекстов в соответствии с общим акцентом на культурно-языковые особенности проблемного конструирования, представленные в модели эпигенетических систем (особенно это касается повествования, феминистского или культурно информированного типа). В конструктивистской теории смысл не обязательно создается одним человеком, поскольку смыслы возникают в результате взаимодействия между людьми. Следовательно, реальность социально сконструирована. Другими словами, мы есть то, что мы есть, как мы есть по отношению к другому [18].

В-третьих, оценка эффективности. Большинство современных конструктивистских подходов к психологической помощи не в меньшей степени, чем сторонники, например, когнитивно-поведенческого подхода, поддерживают возможность оценки уровня эффективности своей работы, но они отличаются по своим предпочтительным подходам к этому вопросу. Так, конструктивисты серьезно относятся к растущему консенсусу в том, что большинство форм обязательной психотерапии пользуются значительной поддержкой, но существует очень мало доказательств превосходства одной школы или подхода над другой. Однако в настоящее время нет сомнений, что львиная доля положительных результатов в психотерапии обусловлена переменными клиента (например, особенностями мышления) и факторами, общими для всех видов терапии (например, качеством терапевтического альянса). А обзоры исследований эффективности различных школ и направлений психотерапии показывают, что если принять во внимание точку зрения, которой придерживается исследователь, то очевидные различия в пользу эффективности одного подхода по сравнению с другим исчезают. Например, было установлено, что более 70% различий в эффективности разных школ и направлений обусловлено защитой интересов исследователя по отношению к одному терапевтическому подходу над другим [19]. Подчеркивая этот вывод, тщательно рандомизированные сравнительные исследования, в которых не отдавались предпочтения какому-либо виду психотерапии, сообщают об отсутствии таковых различий [20]. В соответствии с этой растущей доказательной базой исследователи эффективности конструктивистского подхода ориентированы на проведение фундаментальных исследований психологических структур и процессов изменений, имеющих отношение к развитию любой терапии, независимо от ее теоретической ориентации.

В-четвертых, конструктивистский подход предлагает перейти от традиционного в психологии фокуса на том, что не так с конкретным клиентом, ко вниманию к сильным сторонам клиента. Этот подход более оптимистичен и заботится о ресурсах, целях, надеждах и мечтах клиента, который считается активным создателем реальности.

В-пятых, роль психолога, работающего в конструктивистском ключе, отличается от классической роли «доктора», в которой психолог должен «лечить» клиента. Конструктивный психолог не рассматривается в качестве объективного эксперта. Конструктивизм имеет глубокое понимание субъективности, которая есть у всех, включая психологов. Психолог и клиент – участники сотрудничества, они вместе помогают клиенту в создании его лучшей реальности. Конструктивный психолог рассматривает свою работу с клиен-

том как совместное конструирование смысла посредством беседы. Психолог не ищет болезни или недостатка, а скорее акцентирует внимание на ресурсах, сосредотачивается на сильных сторонах клиента и его будущем, полон надежд и оптимизма относительно способности клиента внести позитивные изменения в свою жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Raskin, J.D. Constructivism in psychology: Personal construct psychology, radical constructivism, and social constructionism / J.D. Raskin // *American Communication Journal*. – 2002. – V. 5, Iss. 3. – P. 7–24.
2. Улановский, А.М. Конструктивизм, радикальный конструктивизм, социальный конструктивизм: мир как интерпретация / А.М. Улановский // *Вопросы психологии*. – 2009. – № 2. – С. 35–45.
3. Барр, В. Социальный конструкционизм и психология / В. Барр // *Постнеклассическая психология. Журнал конструкционистской психологии и нарративного подхода*. – 2004. – № 1. – С. 29–44.
4. Neimeyer, R.A. Constructivist psychotherapy: distinctive features. The CBT distinctive features series / R.A. Neimeyer. – Hove, East Sussex : Routledge, 2009.
5. Будинайте, Г.Л. Ориентированная на решение краткосрочная терапия / Г.Л. Будинайте // *Системная семейная терапия: Классика и современность* / под ред. А.В. Черникова. – М. : Класс, 2005. – С. 233–269.
6. Уайт, М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию / М. Уайт. – М. : Генезис, 2010. – 328 с.
7. Степанова, Л.Г. Нарративный подход в консультировании и психотерапии: теоретическое основание / Л.Г. Степанова // *Семейная психология и семейная психотерапия*. – 2014. – № 2. – С. 5–15.
8. Степанова, Л.Г. Психологическое консультирование / Л.Г. Степанова. – М. : Выш. шк., 2017. – 334 с.
9. Степанова, Л.Г. Нарративная практика – современное направление психологической помощи / Л.Г. Степанова // *Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: сб. тез. IV Междунар. науч. конф., Минск, 21–22 мая 2015 г.* / Белорус. гос. ун-т ; под ред. И.А. Фурманова. – Минск : БГУ, 2015. – С. 434–437.
10. Михальский, А.В. SFBT: Ориентированная на решение краткосрочная терапия / А.В. Михальский. – М. : Форум, 2015. – 96 с.
11. Shazer, S. Constructing solutions / S. Shazer, I.K. Berg // *Family Therapy Networker*. – 1993. – V. 2. – P. 42–43.
12. O'Hanlon, V. In Search of Solutions: Creating a Context for Change / V. O'Hanlon, M. Weiner-Davis. – New York : Norton, 1988. – 224 p.
13. O'Hanlon, V. Thriving Through Crisis: Turn Tragedy and Trauma Into Growth and Change / V. O'Hanlon. – New York : Norton, 2004. – 224 p.
14. Anderson, H. Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy / H. Anderson. – New York : Basic Books, 1997. – 336 p.
15. Anderson, H. Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference Routledge / H. Anderson, D. Gehart. – New York, London, 2012. – 472 p.
16. Ecker, B. Coherence therapy: Swift change at the roots of symptom production / B. Ecker, L. Hulley // *Studies in Meaning* / eds. J.D. Raskin, S.K. Bridges. – New York : Pace University Press, 2008. – Vol. 3. – P. 57–84.
17. Ecker, B. Unlocking the emotional brain: eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation / B. Ecker, R. Ticic, L. Hulley. – New York ; London : Routledge, 2012. – 264 p.
18. Mascolo, M.F. The construction of meaning and action in development and psychotherapy: An epigenetic systems approach / M.F. Mascolo, L. Craig-Bray, R.A. Neimeyer // *Advances in Personal Construct Psychology* / eds. G.J. Neimeyer, R.A. Neimeyer. – Greenwich, CT : JAI Press, 1997. – Vol. 4. – P. 3–38.
19. Messer, S.B. Let's face facts: Common factors are more important than specific therapy ingredients / S.B. Messer, B.E. Wampold // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2002. – V. 9. – P. 21–25.
20. Bright, J.I. Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions / J.I. Bright, K.D. Baker, R.A. Neimeyer // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1999. – V. 67. – P. 491–501.

Поступила 30.03.2020

MODERN DIRECTIONS OF PSYCHOLOGICAL HELP AND SUPPORT: CONSTRUCTIVIST APPROACH

L. STEPANOVA

The article discusses the theoretical foundations of the constructivist approach to the provision of psychological assistance, which relies more on social constructivism, which is another way of thinking about the world and man. The most important features of social constructionism include relativism, the critical position and importance of language in the interaction of people, with the help of which they construct experience and knowledge about the world. The article also provides a brief description of the main constructivist approaches, such as narrative practice, solution-focused brief therapy; possibility therapy, collaborative therapy and coherent therapy, and discusses some of the distinctive features of the constructivist approach.

Keywords: *constructivist approach; psychological help; social constructionism, narrative practice; Solution-Focused Brief Therapy; Possibility Therapy; Collaborative Therapy; Coherence Therapy.*