

ПРЕОДОЛЕНИЕ СОПРОТИВЛЕНИЯ В КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Р О Б Е Р Т
Л И Х И



Когнитивно-поведенческая психотерапия

Роберт Лихи

**Преодоление сопротивления
в когнитивной терапии**

«Питер»

2001

УДК 615.851
ББК 53.57 УДК 615.851

Лихи Р.

Преодоление сопротивления в когнитивной терапии / Р. Лихи —
«Питер», 2001 — (Когнитивно-поведенческая психотерапия)

ISBN 978-5-4461-1630-0

В книге представлена многомерная модель сопротивления, предложенная лидером современной когнитивно-поведенческой психотерапии Робертом Лихи. Она богато иллюстрирована примерами случаев и виньетками сеансов и рассматривает различные способы, которыми клиенты могут сопротивляться основным терапевтическим процедурам: несоблюдение повестки дня и невыполнение домашних заданий, разделение переноса с другими терапевтами, неподобающее поведение и преждевременное прекращение работы. Исследуются глубинные процессы сопротивления — от стремления к валидации до отвращения к риску и самоограничению. Также выделяются способы, которыми собственные реакции терапевта могут непреднамеренно препятствовать изменению. Предоставляются инновационные инструменты для возвращения лечения в нужное русло, включая целевые вмешательства, сессионные «эксперименты», а также вопросники и графические модели для обмена с клиентами. В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

УДК 615.851
ББК 53.57 УДК 615.851

ISBN 978-5-4461-1630-0

© Лихи Р., 2001
© Питер, 2001

Содержание

Предисловие	7
Об авторе	9
Благодарности	10
Глава 1	11
Аспекты сопротивления	12
Контрперенос	15
Структура книги	16
Часть I	17
Глава 2	17
Что такое сопротивление	17
Психоаналитические модели сопротивления	19
Поведенческие модели неуступчивости и сопротивления	21
Когнитивные модели сопротивления	23
Модель Эллиса	23
Модель Бернса	24
Модель схема-терапии Бека	24
Интегративная социально-когнитивная модель сопротивления	25
Значимость других моделей сопротивления	25
Аспекты сопротивления	26
Выводы	26
Глава 3	28
Поведенческие интервенции	28
Психологическое самообразование	28
Инструкции к домашним заданиям	29
Формирование реакции	30
Модификация поощрений	31
Увеличение обусловленности	31
Цена реакции	32
Оценка и изменение других обуславливающих	32
Составление повестки дня	33
Совместная работа	38
Выполнение домашнего задания	39
Непрерывность сеансов	42
Оскорбительное или обольстительное поведение по отношению к терапевту	43
Оскорбительное поведение по отношению к терапевту	43
Соблазняющее поведение по отношению к терапевту	45
Расщепление переноса	46
Преждевременное прекращение терапии	48
Выводы	49
Часть II	51
Глава 4	51
Недостатки когнитивной терапии	52
Теоретические подходы к эмпатии и валидации на терапии	52

Патологические стратегии для получения валидации	55
Лишение себя валидации	56
Нежелание говорить о потребностях	57
Рассматривание потребностей как слабости	57
Использование когнитивно-поведенческой терапии в качестве защиты от потребностей	57
Извинение за потребности	58
Неспособность обрабатывать информацию о потребностях	58
Диссоциация	58
Снижение ожиданий	59
Соматизация	59
Клинические интервенции для сопротивления валидации	59
Принятие сопротивления валидации	60
Конец ознакомительного фрагмента.	61

Роберт Лихи

Преодоление сопротивления в когнитивной терапии

Поведавшим мне о своей борьбе пациентам посвящается

ROBERT L. LEAHY

Overcoming Resistance in Cognitive Therapy

Права на издание получены по соглашению с The Guilford Press.

© 2001 Robert L. Leahy

© Перевод на русский язык ООО Издательство «Питер», 2021

© Издание на русском языке, оформление ООО Издательство «Питер», 2021

© Серия «Когнитивно-поведенческая психотерапия», 2021

© Д. Ковпак, предисловие, 2020

Предисловие

Уважаемые читатели!

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии совместно с нашим давним партнером издательством «Питер» представляет вашему вниманию уже седьмую переведенную на русский язык книгу нашего дорогого друга и коллеги профессора Роберта Л. Лихи.

Роберт Лихи уже много лет возглавляет Американский институт когнитивной терапии в Нью-Йорке, является профессором клинической психологии отделения психиатрии Медицинского колледжа Уэйл Корнелл и автором более двух десятков монографий, посвященных наиболее актуальным вопросам психотерапии.

Профессор Лихи был президентом Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии (США), Международной ассоциации когнитивной психотерапии и Академии когнитивной терапии. Роберт Лихи – лауреат премии Аарона Т. Бека за вклад в развитие когнитивной терапии. Он является одним из наиболее опытных когнитивноповеденческих психотерапевтов, мировым экспертом и методологом и одновременно известным практиком, клиницистом, уже несколько десятилетий помогающим своим пациентам избавиться от разнообразных проблем в области ментального здоровья, межличностных отношений и в повседневной жизни.

Можно сказать, каждый практикующий психотерапевт или психолог сталкивался с сопротивлением клиентов процессу «причинения добра». И попытки решить подобные ситуации нахмуриваниями, апелляцией к авторитетам, директивностью или даже жесткостью не только не дают результатов, но и приводят к еще большему сопротивлению или даже уходу клиентов из терапии.

Профессор Лихи пишет, что сопротивление терапии казалось ему парадоксом. И, надо заметить, далеко не ему одному. Зачем пациенту добровольно продолжать лечение, делиться болезненной информацией с очевидным намерением изменить дисфункциональные паттерны, а затем отказываться от предложенного лечения? Зачем держаться за свою боль при наличии возможного решения?

Можем ли мы полагаться на то, что клиент «испытывает потребность в страдании» и его мазохизм приводит к саботажу терапии?

Пришел ли он на терапию просто для демонстрации своих проблем и наказания терапевта?

Р Лихи отмечает, что старается не только не прибегать к таким объяснениям сопротивления, но и рассматривает подобные взгляды скорее как вызов и повод найти более существенные и подтверждаемые основания. В этой книге он разъясняет, что сопротивление пациента в терапии основано на процессах, которые, по мнению Лихи, защищают его от дальнейших потерь или вреда. Даже сопротивление валидации, кажущейся основополагающим аспектом человеческой природы, отчасти связано со страхом того, что лишаящим пациента валидации людям нельзя доверять. Сопротивление в моральных аспектах тоже является самозащитой: пациент сопротивляется изменению, чтобы не отказаться от своих ценностей. Сопротивление в том виде, в котором оно представлено в этой книге, не следствие мазохизма, а скорее процесс, посредством которого индивид защищает ценные аспекты своей жизнедеятельности.

Сопротивление в терапии может принимать форму проблем, связанных с составлением повестки дня, совместной работой, выполнением домашних заданий, отсутствием регулярности встреч, оскорбительным или соблазняющим поведением, расщеплением переноса с другими терапевтами и преждевременным прекращением терапии. Книга будет захватывающе интересна и полезна для профессиональных психотерапевтов, психологов и психиатров. Она последовательно и фундаментально описывает причины, генез процесса сопротивления, его динамику и возможности изменения. Роберт Лихи описывает фундаментальные процессы

обработки информации, теории схем и процессы схематизации, ссылаясь на работы И. Канта, Ф. Хайдера, Г. Келли, Дж. Келли, Ж. Пиаже, А. Бека, А. Фримена, В. Ф. Гуидано и Г. А. Лиотти, Дж. Янга, Э. Лофтус, Д. Таннен. Ранний опыт, каузальная атрибуция, развитие фиксации схем и канализированное развитие, а также сценарии жертвы имеют отношение к формированию оснований для сопротивления. Понятия ассимиляции, аккомодации и центрации, убеждение неизбежного воздаяния Ж. Пиаже играют существенную роль в понимании процессов, лежащих в основе сопротивления клиента. Лихи подробно разбирает моральные, этические и религиозные аспекты сопротивления, эмоциональную дисрегуляцию, непринятие риска, инвестиционную модель сопротивления и управление ожиданиями. Профессор Лихи наглядно и методично описал ряд методов и техник, которые могут оказаться полезными для решения каждой из этих проблем терапии.

Развитие любознательности клиента и сохранение живого интереса терапевта позволяет сопротивлению стать динамичной и функциональной частью совместного опыта излечения. Если принимать личность человека безусловно и рассматривать сопротивление как вынужденную компенсаторную стратегию, скрывающую более глубокие причины страдания, индуцирующие сопротивление как защиту, то мы увидим в клиенте не «сопротивленца» и агрессора, а скрывающегося за этими масками человека, нуждающегося в помощи. Именно таким путем мы сможем помочь ему вырваться из оков сопротивляющейся самозащиты. Проактивная позиция и развитие понимания, что ответственность – это обратная сторона свободы, помогают нам вместе пройти через трудности терапии к новому качеству жизни.

Дмитрий Викторович Ковпак,

врач-психиатр, психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова,

председатель Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации, член исполнительного совета Международной ассоциации когнитивной психотерапии (IACP),

член Международного консультативного комитета Института Бека (Филадельфия, США)

Об авторе

– *Открой глаза.*

– *Зачем мне открывать их, если Кришна внутри меня?*

Русхан, XVI век

Роберт Л. Лихи, доктор философии, является избранным президентом Международной ассоциации когнитивной психотерапии и редактором «Международного журнала когнитивной терапии». Автор или редактор девяти¹ книг, включая «Планирование лечения и интервенций при депрессии и тревожных расстройствах» (в соавторстве со Стивеном Дж. Холландом) и «Биполярное расстройство: методы когнитивной терапии» (совместно с Кори Ньюманом, Аароном Т Беком, Норин Рейли-Харрингтон и Ласзило Гюлай), доктор Лихи также является основателем и директором Американского института когнитивной терапии в Нью-Йорке (www.CognitiveTherapyNYC.com) и профессором клинической психологии отделения психиатрии Медицинского колледжа Уэйл Корнелл.

¹ На момент выхода данной книги их гораздо больше, шесть из них переведено на русский язык. – *Примеч. пер.*

Благодарности

Я хотел бы начать с благодарности Сеймуру Вейнгартену из издательства The Guilford Press, у которого хватило терпения смириться с тем, что книга о «сопротивлении» выйдет с опозданием. Его коллега Джим Нэйджотт очень помог мне с редактурой. Тони Папа и Лиза Ву из Колумбийского университета постоянно просматривали рукопись и содействовали ее подготовке.

Мои мысли об интегративной когнитивной модели сопротивления оформились в течение нескольких лет благодаря дискуссиям с членами Американского института когнитивной терапии в Нью-Йорке. Я хотел бы поблагодарить Мудиту Бухадур, Кристиан Хамке, Линн Марцинко, Лауру Олифф и Элизабет Винкельман. Мой друг и коллега Стивен Холланд – бесценный источник знаний и поддержки на протяжении многих лет – подарил мне множество идей о понимании личности и сопротивлении, а Дэвид Кларк сделал немало полезных комментариев к рукописи. Излишне говорить, что любые ошибки и недочеты исключительно мои.

И конечно, я хочу поблагодарить мою жену Хелен за ироничный комментарий о моем сопротивлении завершению книги о сопротивлении. Моя особая благодарность – многочисленным пациентам, которые просветили меня о причинах и «логике» сопротивления и помогли понять, что гораздо легче изменить свои слова, чем чувства.

Глава 1

Введение

*Кто спасет одну жизнь – спасет весь мир.
Талмуд, Санхедрин*

Несмотря на усилия терапевтов² и пациентов, состояние последних после когнитивно-поведенческой (или любой другой) терапии не улучшается. Например, пожалуй, только каждый третий пациент, лечившийся от депрессии при помощи когнитивной терапии, демонстрирует клинически значимые изменения. Более того, некоторые исследования показывают, что около сорока процентов пациентов заканчивают терапию преждевременно. Эти результаты касаются *когнитивной терапии*, которая часто считается методикой с доказанной эффективностью. Почему так много пациентов бросают терапию? И почему не наступает улучшений у оставшейся трети? Чем можно объяснить эти не слишком утешительные результаты?

Считается, что когнитивно-поведенческая терапия опирается на структурированные виды лечения и специальные техники интервенций, часто применяемые, как представляется, без учета индивидуальных особенностей пациента. В отличие от психодинамических терапевтов, подчеркивающих важность прошлого пациента и имеющийся перенос как препятствие для изменений в настоящем, часто считается, что когнитивный терапевт, движимый наивным оптимизмом, игнорирует проявляемое пациентом существенное сопротивление.

По мере превращения когнитивной терапии в терапевтическую модель возрастает и осознание необходимости ее адаптации под преодоление препятствий индивидуальных изменений. В последнее десятилетие среди когнитивных терапевтов наблюдается значительный интерес к индивидуализации лечения с использованием *концептуализации случая* (см.: Beck, Freeman, 1990³; Beck, 1996⁴; Leahy, 1991; 1996a, 1999a; Needleman, 1999; Persons, 1989; Tompkins, 1999). Она включает в себя анализ имеющихся когнитивных схем пациента, межличностных проблем, поведенческих дефицитов, а также жестокого отношения в раннем детстве. Но концептуализация случая может принимать отличную от данных стандартов форму, что будет проиллюстрировано в моих рассуждениях о разновидностях сопротивления. На протяжении всей книги я опираюсь на концептуализацию случая как на руководство в борьбе с сопротивлением и контрпереносом.

² Здесь и далее, когда Р. Лихи пишет «терапевт», он подразумевает «психотерапевт». – *Примеч. пер.*

³ Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2019. – *Примеч. пер.*

⁴ Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – *Примеч. пер.*

Аспекты сопротивления

Моя цель – рассмотреть *несколько* причин, или аспектов, сопротивления изменениям и показать, каким образом возможно их устранить в рамках модели когнитивной терапии. Прежде чем начнется индивидуальное изменение, терапевту следует выяснить, как воспринимает перемены пациент и от чего тот, по его мнению, отказывается, изменив свою точку зрения. Возьмем, например, женщину, которая в течение пятнадцати лет была замужем за издевавшимся над ней скрытым пассивно-агрессивным алкоголиком, отказывавшимся заниматься с ней сексом. У нее начались проблемы на работе. С точки зрения терапевта, почти все, что будет способствовать разрыву отношений пациентки с мужем, является позитивным изменением. Его удивляет, что она сохраняет семью, даже решив свои насущные проблемы: где жить и на что себя содержать. Почему женщина «сопротивляется» переменам? Наивный терапевт может предположить, что пациентка не хочет меняться или подвержена психологическому мазохизму. Но она чувствует себя запертой в ловушке и жалуется на свои страдания. Каким образом пациентка рассматривает изменения?

Вопреки убеждениям наивного терапевта, рассматривающего изменения личности *лишь* с точки зрения решения практических проблем, учитывающий сопротивление пациента терапевт узнает, что изменения зачастую связаны с *решением психологических, а не только практических проблем*. Решение практических проблем может помочь в решении психологических проблем, но этого редко бывает достаточно в случае пациентов с затянувшимися личностными проблемами.

Помочь сопротивляющейся пациентке должно рассмотрение нескольких аспектов. Во-первых, она может нуждаться в валидации своих чувств и точки зрения. Если терапевт неосторожно скажет: «Просто уйдите от мужа и подайте на развод», пациентка может решить, что он неспособен понять, насколько плохо она себя чувствует и насколько сложным видит свое будущее. Валидация ее страданий и ощущения безнадежности может оказаться необходимым для изменения компонентом. Рекомендации терапевта могут рассматриваться ею как снисхождение и усиливать ощущение безнадежности. Пациентка может подумать: «Каким образом он может мне помочь, если не понимает меня?»

Сопротивление пациентки изменению может быть связано с неспособностью справиться с силой эмоций. Испытывая чувство тревоги, она сосредотачивается на телесных ощущениях и описывает, насколько «ужасно» ее состояние в целом. Такие жалобы кажутся терапевту туманными и расплывчатыми, но именно их неопределенность способствует ее подавленности. Ведь если она не в состоянии конкретизировать жалобу, ей трудно выработать стратегию для ее решения. Пациентка утверждает, что «ее переполняют чувства», и ей сложно идентифицировать порождающие эти чувства мысли или подлежащие решению конкретные проблемы. Она обращается к терапевту с жалобами в надежде, что он отыщет выход из ее дистресса. Она излагает свои проблемы с точки зрения их болезненности, а не решения. Первым аспектом сопротивления может быть ее требование валидации.

Вторым препятствием для перемен может быть *самосогласованность*. Пациентка может сопротивляться переменам из-за убежденности в том, что она вложила в отношения кучу времени, усилий и самоуважения и не хочет их бросать. Она может оказаться в ловушке невозвратных издержек, заставляющих ее придерживаться принятого в прошлом и оказавшегося неудачным решения. С ее точки зрения, прекращение отношений может свидетельствовать о неумении принимать решения, что делает для нее будущее еще более проблематичным.

Таким образом, женщине с багажом пятнадцатилетнего брака нужно «понять», почему она в нем остается. Она стремится оправдать свое прошлое поведение. За отсутствием ясных позитивных причин для сохранения брака в настоящем она еще сильнее мотивирована на при-

думывание все более веских причин для пребывания в нем и дальше. Пациентка может думать: «Если уйти было так легко и просто, то почему я не сделала этого давным-давно?» У нее есть несколько вариантов объяснения: она может считать себя идиоткой, раз остается в браке, либо беспомощной (неспособной на перемены), либо говорить о моральных обязательствах.

Третье препятствие – привычка считать себя недостойной любви и беспомощной, то есть ее *личностные схемы*. Обычно нам нравится рассматривать свое прошлое поведение как соответствующее нашему видению себя, то есть нашей личности. Сформировав представление о себе, мы склонны искать или запоминать информацию, согласующуюся с этим концептом личности, или *схемой*. Наличие личностной схемы позволяет предсказать свои поступки в будущем и понять свое поведение. В случае несчастной жены ее личностная схема – схема беспомощности. Изменения могут активировать ее уверенность в том, что она не сможет позаботиться о себе: окажется не в состоянии управлять домом, продолжать работать или воспитывать детей. Как ни странно, оставаясь с унижающим ее пассивно-агрессивным мужем, она усиливает ощущение собственной беспомощности, что делает уход от него еще более проблематичным. Таким образом, психологическое насилие, рассматриваемое терапевтом в качестве главной причины для ухода, может быть психологическим звеном, удерживающим ее в браке.

Четвертым препятствием для пациентки может быть *моральное сопротивление*. Она может верить в «справедливость мира», в котором плохие вещи происходят с плохими людьми. Вследствие этого, исходя из своего опыта, она может сделать вывод, что не заслуживает хорошего, поскольку дистресс свидетельствует о ее никчемности. Или же она может считать себя обязанной наладить отношения.

Пятой причиной может быть рассматривание себя *жертвой*. Пациентка может ощущать себя имеющей право на жалобы и страдания: «Я вправе чувствовать себя плохо – посмотрите, как он ко мне относится!» Она может считать себя имеющей право остаться в квартире, тогда как ему следует уехать. Или чувствовать себя обязанной спасти его от алкоголизма и рассматривать его пьянство как свидетельство изъязнов собственного характера. Она может получать удовлетворение от доказательств того, что она права, а он – нет.

Шестая причина заключается в том, что пациентка считает изменения слишком *рискованными*. Поскольку ее самооценка вследствие отношений упала, а издевающийся над ней муж ежедневно твердит о ее неспособности позаботиться о себе, она считает себя не имеющей права на ошибку. Если она уйдет, то не сможет позаботиться о себе. Она боится, что ее финансовые сбережения иссякнут, она заболеет и некому будет о ней позаботиться, или же после ухода она поймет, что совершила ошибку и, если вернется, ей придется столкнуться с публичным унижением. Поскольку женщине заранее известно, «как ужасно все будет, если я уйду», она ищет любые признаки возможной неудачи. Она боится слишком обнадеживать себя, чтобы не забежать вперед событий и не подвергнуть себя слишком большому риску. Более того, она злится на терапевта, наивно полагающего, что его ободрение поможет ей почувствовать себя лучше. То, что для него возможность, для нее – испытание собственной неспособности.

Седьмой аспект сопротивления заключается в использовании проблемы с браком в качестве *стратегии самоограничения*. Считая свои личные отношения проблемой, она может использовать их в качестве оправдания того, почему она не занимается своей карьерой. Она может сказать себе и друзьям: «Чего вы от меня хотите? Мне и дома проблем хватает». Проблемы, на которые она жалуется, – как соматические, так и в отношениях – могут рассматриваться «достаточными» объяснениями отсутствия успеха в других сферах жизни. Возможно, что на самом деле она боится узнать, как ее оценивают на работе, поэтому использует озабоченность отношениями дома, чтобы отвлечься от этих проблем.

Пример пойманной в ловушку брака женщины довольно типичен для затяжных проблем, с которыми может столкнуться опытный терапевт. Пациент может немного снизить проявление симптомов после использования лекарств и терапии, но основные проблемы остаются.

Многие терапевты с опытом работы более десяти лет могут подтвердить, что большую часть времени посвящают пациентам с сохраняющимися проблемами. Сопротивление присуще не только пациентам, проходящим длительное лечение. Начинающие терапию могут продемонстрировать его на первых же двух сессиях: некоторые отказываются заполнять необходимые бланки, другие передумывают лечиться еще до первой сессии. Одна пациентка сообщила мне на первой же сессии: «Я не буду делать никаких домашних заданий по самопомощи. Если вы собираетесь мне помогать, это должно происходить здесь – на сессии».

Контрперенос

Излишне говорить, что такие пациенты активируют сильный контрперенос терапевта. Когнитивных терапевтов может удивить то, почему я, когнитивный терапевт, решил использовать термин «контрперенос», тесно связанный с психодинамическим подходом. Есть несколько причин, по которым я хочу позаимствовать, если не украсть, его у наших «динамичных» коллег. Во-первых, контрперенос существует независимо от того, насколько вы как терапевт объективны или зависите от техники. Всем нам известно, что некоторые пациенты или проблемы «давят на наши кнопки» больше других. Во-вторых, никто из нас не обладает монополией на истину. Психодинамические понятия переноса, контрпереноса и даже защитных механизмов это могут помочь понять и изменить проблемы наших пациентов. Так, недавний обзор некоторых основных компонентов психодинамической теории указывает на существенную эмпирическую поддержку нескольких основных принципов этой модели, включая бессознательную мотивацию, предшествующее развитие личности и ее различные типы (Weston, 1998). В-третьих, использование мною понятий «перенос» и «контрперенос» не означает отказа от когнитивной модели. Напротив, я пытаюсь ассимилировать эти термины в когнитивную модель, показав, каким образом можно понять отношение пациента к терапевту и реакцию терапевта на эти отношения, используя вышеупомянутые когнитивные конструкты, такие как эмоциональная дисрегуляция, моральное сопротивление, процессы схематизации и неприятие риска. Считая себя «своим собственным пациентом» (поскольку нам следует заниматься этим при изучении контрпереноса), мы начинаем сознавать, что так же, как пациенту трудно отказаться от старых моделей, нам, терапевтам, самим трудно изменять привычные поведенческие паттерны. В терапевтических отношениях и пациент, и терапевт являются *пациентами*.

Структура книги

Я начну с весьма краткого обзора важности сопротивления в психотерапии. В части I мы рассмотрим, как объясняется сопротивление в психоаналитических, поведенческих и (традиционных) когнитивных моделях. Из этого обзора можно сделать единственный вывод: важность «сопротивления» лучше всего понимается в контексте теоретической, или клинической, модели. То, что кажется «сопротивлением» в поведенческой терапии, в динамической модели называется «регрессией», а она может быть целью лечения. Также в части I я описываю «процессуальное сопротивление», то есть связанные с когнитивной моделью специфические элементы сопротивления.

В части II я раскрою семь аспектов сопротивления: валидацию, самосогласованность, сопротивление схемы, моральное сопротивление, сопротивление жертвы, неприятие риска и самоограничение. Они являются основными аспектами сопротивления в предлагаемой мной когнитивной модели. Эта модель не претендует на звание всеобъемлющей, охватывающей весь спектр сопротивления. Например, в нее не включены проблемы привязанности и семейных систем, столь важные для природы сопротивления. Эти проблемы лучше рассматриваются другими моделями и должны учитываться клиницистом при модификации сопротивления.

В части III мы обсудим вопросы контрпереноса, исследуя различные проблемы схем, порождающие наш контрперенос, и то, как он взаимодействует с разными типами встречаемых нами пациентов. Я также рассматриваю то, каким образом терапевт может использовать когнитивную терапию для модификации своего контрпереноса и – в процессе – для помощи пациенту. Полагаю, что контрперенос является отличной возможностью заглянуть в мир межличностных отношений пациента. С его помощью клиницист получает представление о «реальном» мире пациента и может выяснить, каким образом начали формироваться его дезадаптивные схемы.

Эта книга предназначена знакомым с когнитивной терапией клиницистам. Однако не обязательно практиковать данную методику. Я обнаружил, что представители практически всех подходов обсуждают вопросы, изложенные в данной книге. Возможно, ввиду моей попытки преодолеть разрыв в теории между когнитивной терапией и другими моделями, читатели обнаружат, что содержание книги и предлагаемые здесь рекомендации в значительно меньшей степени противоречат их теоретическим представлениям и в большей – соответствуют их клиническому опыту.

Часть I

Теоретические и концептуальные основы

Глава 2

Модели сопротивления

Идея о том, что пациенты могут сопротивляться изменениям, является центральной темой психотерапии на протяжении уже более ста лет. В XIX веке многие неврологи (предшественники психиатров) рассматривали психопатологию именно с позиций сопротивления. Эти первые наблюдатели невротиков утверждали, что большая часть психопатологии вызвана притворством, то есть пациенты лишь имитировали симптомы для получения социальных выгод: группы инвалидности, освобождения от ответственности, а также внимания и сочувствия со стороны других людей (Shorter, 1997). Однако, в понимании Брейера и Фрейда (1895), психическое заболевание вызывалось неосознанным внутренним конфликтом в психике пациента.

Что такое сопротивление

Прежде чем заняться разработкой модели сопротивления, необходимо выяснить, что же такое сопротивление. Это не так-то просто. Сопротивление является контекстуальным конструктом в отношении того, каким образом пациент не выполняет отведенную ему терапевтом роль. Если пациент сопротивляется терапии, нужно сначала понять, что от него ожидается. Например, в зависимости от конкретной терапии, сопротивление может принимать форму чрезмерного или недостаточного сосредоточения на эмоциях, слишком подробного или слишком скупого рассказа о прошлом, обращения или необращения к терапевту за советом. Психоаналитические модели психотерапии могут подчеркивать важность катарсиса, тогда как когнитивно-поведенческие модели – стратегии решения проблем. То, что считается сопротивлением в одной терапии, может быть обычным явлением в другой.

Однако определенные виды поведения обычно считаются «сопротивлением» или «неуступчивостью» независимо от методики лечения. Например, неприход или опоздания на сессии, задержка оплаты, обесценивание терапевта или лечения либо отсутствие работы на сессиях квалифицируется как сопротивление. В когнитивно-поведенческой терапии сопротивление или неуступчивость пациента может принимать форму отсутствия повестки дня, частой смены темы, отказа отвечать на вопросы, тривиализации сессий и невыполнения домашних заданий. Это примеры «процедурного сопротивления», на котором я остановлюсь позже. В психодинамической терапии сопротивление может принимать форму отказа от чувств, «забывания» важных событий, идеализации или обесценивания терапевта или действий, совершаемых между сессиями. В когнитивно-поведенческой модели сопротивление понимается как неуступчивость или отсутствие сотрудничества наряду с решением проблем по принципу «здесь и сейчас»⁵, тогда как в психоанализе сопротивление понимается как неспособность пациента сознавать соответствующие неприятные мысли и тенденция «отыгрывания» в переносе (Stearns, 1990).

Сопротивление – не просто неудача в попытке достичь улучшения при лечении. Состояние пациентов может не улучшаться по многим причинам: из-за биологических препятствий в рефрактерных случаях, неправильного диагноза или неподходящего лечения. Но теорети-

⁵ Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2019. – Примеч. пер.

ческие модели могут по-разному рассматривать улучшение и сопротивление. Психоаналитические модели стремятся к «структурным» изменениям, прежде всего через инсайт и прохождение длительного процесса переноса в лечении. В соответствии с мнением о жизненной важности процесса изменений некоторые аналитики могут рассматривать быстрое улучшение настроения пациента как «бегство в здоровье» или «излечение переноса», а следовательно, как сопротивление со стороны пациента непосредственному решению лежащих в основе переноса невротических конфликтов.

Когнитивные терапевты редко рассматривают быстрое улучшение как сопротивление. Скорее, мы гордимся (возможно, чересчур) быстрыми результатами. Но это согласуется с когнитивной моделью, рассматривающей быстрое улучшение с последующим бросанием лечения как избегание необходимости устранения основных когнитивных уязвимостей, например дезадаптивных убеждений и схем (см.: Ingram, Miranda & Segal, 1998; Young, 1990). Мы можем провести справедливое различие между понятиями «почувствовать себя лучше» и «пойти на поправку»: последнее предполагает модификацию делающих человека уязвимым для депрессии убеждений и схем. Мы также можем утверждать, что лечение пациента не закончено, если он не приобрел навыков самопомощи, которые помогут ему в будущем в случае кризиса. Таким образом, мы не приходим к выводу об успешности или законченности терапии, если нарциссический пациент почувствует себя лучше, потому что в ходе лечения приобрел нового поклонника. Мы также не возьмемся утверждать, что пытавшаяся покончить с собой на прошлой неделе пациентка завершила лечение просто потому, что сегодня она не настроена на самоубийство.

Психоаналитические и когнитивно-поведенческие модели (получившие развитие в последние годы) единодушно рассматривают терапию как незаконченную, если она не направлена на устранение глубинных уязвимостей пациента. Возможно, психоаналитический терапевт считает эти уязвимости более сложными и трудными для лечения, тогда как когнитивный терапевт полагает, что их можно выяснить через призму дезадаптивных схем и убеждений, а также через приобретение навыков самопомощи. Но незаконченное лечение может быть одним из маркеров сопротивления. Возможно, именно поэтому многие когнитивно-поведенческие терапевты стремятся считать лечение законченным еще до момента его фактического окончания – вероятно, из-за своего желания чувствовать себя компетентными, – в то время как психоаналитические терапевты могут рассматривать терапию практически бесконечной – возможно, из-за желания ее завершения. В когнитивной терапии пациент может преждевременно бросить лечение вследствие «иллюзии функциональности», то есть ему может показаться, что он чувствует себя и функционирует лучше. Тем не менее лежащая в основе уязвимость могла никуда не деться. В психоанализе цели терапии могут оказаться настолько размытыми, что пациент и терапевт никогда не придут к единому мнению относительно критериев ее завершения.

Общепринятого определения сопротивления не существует. Поэтому, рискуя казаться нахальным, предлагаю следующее определение понятия когнитивно-поведенческого сопротивления. *Сопротивление* – это нечто в поведении, мышлении, аффективной реакции и стиле общения пациента, препятствующее его способностям извлекать пользу из лечения и справляться с проблемами вне терапии и после ее прекращения. «Требуемые характеристики» когнитивной терапии включают в себя следующее: акцент на происходящем «здесь и сейчас», структурированные сессии, их непрерывность, ориентированность на решение проблем, рациональное мышление, сотрудничество с терапевтом, обучение психологической самопомощи и обмен информацией, активную роль как пациента, так и терапевта, контролируемость (о чем свидетельствуют определение, отслеживание и достижение целей) и выполнение задач по

самопомощи (см.: Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979⁶; J. Beck, 1996⁷; Leahy, 1996а). Согласно приведенному выше определению сопротивление – это все, мешающее этим характеристикам. Более того, мое определение указывает на то, что сопротивление может возникать при преждевременном прекращении терапии, даже если пациент чувствует себя лучше. Так происходит потому, что целью лечения является помощь пациенту в приобретении навыков самопомощи и модификации способствующих его уязвимости дезадаптивных убеждений и схем. Возможно, многие когнитивно-поведенческие терапевты заявят, что я слишком много жду от терапии. Может быть. Но я считаю, что пациенты с когнитивными уязвимостями или отсутствием способности использовать самопомощь существенно рискуют повторно столкнуться со своей проблемой.

В последних разделах этой главы я дам краткий обзор психоаналитических, поведенческих и когнитивных моделей сопротивления. В главе 3 я начну обсуждение процессуального сопротивления в когнитивно-поведенческой терапии для определения конкретных, достаточно широко применяемых интервенций. Далее следует часть II «Аспекты сопротивления», в которой я остановлюсь на семи различных аспектах сопротивления и расскажу о том, каким образом терапевт может с ними справиться. В части III я займусь контрпереносом, рассматриваемым мной как сопротивляющийся пациенту терапевт, – и особенно тем, каким образом сопротивление терапевта может пониматься как реакция на сопротивление пациента.

Психоаналитические модели сопротивления

Модель сопротивления Фрейда основана на представлении о столкновении пациента с неразрешимыми конфликтами (см.: Breuer & Freud, 1895; Freud, 1923⁸). Фрейд выдвинул структурную теорию, в которой предложил разделить психику на ид, эго и суперэго. Ид соответствовал сильным инстинктам, например сексуальному инстинкту и агрессии, стремящимся к немедленному удовлетворению независимо от последствий. Суперэго, напротив, отражало усвоение полученных от родителей и других членов общества норм, обычаев и морали. Эго смягчало конфликты между ид и суперэго, обеспечивая тестирование реальности, контролируя импульсивный, примитивный ид и смягчая чрезмерные требования суперэго. Таким образом, требующим немедленного сексуального удовлетворения импульсам ид противостоит суперэго, которое может «потребовать» подавления всех сексуальных желаний как «зла». Выполняющее смягчающую функцию эго может превратить желание сексуального удовлетворения в социально приемлемое поведение, например в привязанность к супругу, или перенаправить сексуальную энергию в спорт или какую-то иную физическую активность.

Перенаправление импульсов ид с помощью эго составляет основу фрейдистской модели защитных механизмов эго. Согласно психоаналитической модели защитные механизмы эго, подавляющие и перенаправляющие импульсы ид, являются экономическим или эффективным решением требований как ид, так и суперэго. Зигмунд (1912, 1923) и Анна Фрейд (1946) классифицировали многочисленные виды защитных механизмов эго (или защитных механизмов «обслуживания эго»). К ним относятся вытеснение, отрицание, сублимация, изоляция, интеллектуализация, замещение, регрессия, проекция и реактивное образование. Защитные механизмы эго считаются наиболее эффективным средством сдерживания импульсов ид, подразумевая, что исчезновение защитных механизмов эго без приобретения соответствующих адаптивных функций приведет к увеличению психопатологии.

⁶ Бек А., Раши А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – *Примеч. пер.*

⁷ Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – *Примеч. пер.*

⁸ Фрейд З. Я и Оно. – М.: ЭКСМО, 2015. – *Примеч. пер.*

Психоаналитическая модель терапии подчеркивает важность сопротивления. Согласно этой модели, пациентам обычно неизвестна их истинная проблема именно потому, что защитные механизмы мешают осознанию реальных конфликтов. «Симптом», с которым они приходят на терапию, редко является истинной проблемой, скорее, это символическое представление внутренних конфликтов. Согласно данной модели защитных механизмов эго, пациент держится за симптом, поскольку тот защищает его от возникновения внутреннего конфликта, считающегося подавляющим и примитивным. При исчезновении симптома на его место приходят другие защищающие эго невротические симптомы. Таким образом, согласно эго-психологической модели в рамках теории психоанализа сопротивление рассматривается с позиций конкретных защитных механизмов: проекции, отрицания, интеллектуализации, изоляции, замещения, подавления и сублимации. Эго-психолог сосредотачивает свое внимание на анализе данных специфических защитных механизмов и на их препятствовании улучшению состояния пациента на терапии. Впоследствии, при рассмотрении мнoй процессов схематизации, станет видно, что схема-центрированная когнитивная терапия расстройств личности обращает особое внимание и на когнитивные механизмы избегания и компенсации, весьма напоминающие защитные механизмы эго (см.: Beck et al., 1990⁹; Young, 1990).

Цель психоаналитической терапии состоит в анализе бессознательных конфликтов пациента с целью заменить примитивные конфликты «ид – эго – суперэго» более адаптивным функционированием. В соответствии со словами Фрейда о том, что «там, где был ид, должно стать эго», целью терапии является восстановление структуры эго. Особое значение в терапии придается помощи пациенту в регрессии к более ранним конфликтам и его обратному возвращению с помощью восстановительной природы интерпретации и через важность терапевтических отношений.

Поначалу Фрейд уделял особое внимание тому, чтобы направить пациентов к изменению мышления и поведения (что мало чем отличается от позиций многих когнитивных терапевтов!). Но он отказался от этого подхода, полагая, что пациенты вернутся к своим первоначальным проблемам или в некоторых случаях разовьют новые симптомы. Терапевтическая модель Фрейда в процессе ее развития больше фокусировалась на самих терапевтических отношениях, названных им «переносом», поскольку он верил, что они отражают обобщение или перенос пациентом детских конфликтов с родителями на терапевта. Таким образом, согласно Фрейду, отношения переноса предоставляли пациенту уникальную возможность «регрессировать» и тем самым еще раз проживать первоначальные конфликты, но на этот раз с помощью нейтрального, интерпретирующего их психоаналитика.

Психоаналитическая модель рассматривает сопротивление как важный компонент лечения. Согласно этой модели, пациент и терапевт втянуты в длительный процесс переноса и контрпереноса, так что терапия влечет за собой проработку сопротивления во время переноса и регрессию пациента к более ранним конфликтам. Поскольку психопатология рассматривается как дисфункция (поддерживающих конфликт) защитных механизмов эго, терапия включает в себя противостояние им. В зависимости от конкретной психоаналитической модели терапевт может непосредственно интерпретировать защитные механизмы, сосредоточиться на том, как перенос пациента мешает лечению, обеспечить корректирующий эмоциональный опыт посредством эмпатической рефлексии и общения или заняться коррекционным «репарингом» (см.: Kernberg, 1975, 1978; Kohut, 1971, 1977¹⁰; Masterson, 1976; Winnicott, 1986).

Когнитивно-поведенческие терапевты, как правило, недружелюбно относятся к психоаналитическим моделям. Эта теоретическая антипатия происходит из ряда факторов. Во-

⁹ Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2019. – Примеч. пер.

¹⁰ Кохут Х. Анализ самости. – М.: Когито-Центр, 2017. Кохут Х. Восстановление самости. – М.: Когито-Центр, 2017. – Примеч. пер.

первых, это может быть просто желанием когнитивно-поведенческих терапевтов установить свою теоретическую «сферу влияния» путем исключения всех других терапевтических методик. Откровенно говоря, я обнаружил, что такой теоретический «пуризм» чаще встречается среди новичков или тех, у кого немного пациентов в клинической практике. Многие опытные клиницисты, независимо от избранного направления, готовы заимствовать или украсть любую методику ради простого повышения своей успешности. Во-вторых, психоаналитический взгляд отвергается, так как когнитивная и поведенческая терапия изначально подчеркивали либо наблюдаемое поведение, либо осознанное мышление «здесь и сейчас». Так, ранние работы Бека в области когнитивной терапии были ответом на очевидную ограниченность психоаналитического лечения. Однако когнитивная терапия имеет долгую историю развития с 1980-х годов, начиная с объединения теории привязанности

Боулби с теорией Бека, выполненного Гуидано и Лиотти (1983), затем проведенного Беком и его коллегами (1990) анализа расстройств личности, в котором подчеркивалась важность компенсаторных стилей и сохраняющегося влияния ранних дезадаптивных схем; и наконец, совсем недавно появились предложенные Сафраном (1998) и Янгом (1990) интегративные модели. В-третьих, когнитивно-поведенческие терапевты подчеркивают необходимость мануализации лечения, обращая особое внимание на единообразие техник, вне зависимости от личностных характеристик пациента. Такое внимание к мануализации и краткосрочным подходам привело к интересному противоречию между акцентом на планах лечения, с одной стороны, и концептуализации случая, с другой стороны (см.: Persons, 1989).

Такая теоретическая поляризация представляет собой ложную дихотомию. Известные мне опытные когнитивные терапевты обращают внимание на перенос, учитывают важность защитных механизмов, подчеркивают влияние проблем психического развития в раннем возрасте и – безусловно – говорят о сопротивлении. Когнитивно-поведенческий терапевт может использовать разную терминологию, называя сопротивление «неуступчивостью лечению» или «мотивацией», защитные механизмы – «компенсацией схемы», а проблемы развития или регрессивное функционирование – «влиянием ранних дезадаптивных схем», но занимается теми же самыми проблемами.

В этой книге я использую теоретические идеи, которые, на мой взгляд, важны для понимания сопротивления. Я позаимствовал их из психоанализа, Боулби, Пиаже, этики, микроэкономических моделей, когнитивной психологии, поведенческих моделей и, что самое для меня важное, из собственного опыта лечения пациентов.

Поведенческие модели неуступчивости и сопротивления

Хотя бихевиористы традиционно избегают термина «сопротивление», им хорошо известно, что многие пациенты не следуют рекомендациям терапевта. Предпочитая относиться к ним как к «неуступчивым», а не как к «сопротивляющимся» (поскольку последнее придает поведению пациента мотивационный компонент), бихевиористы решили эту проблему с помощью модели обучения и подкрепления.

Согласно поведенческой модели, неспособность пациента пройти терапию может быть результатом неподходящих стимулов, или обстоятельств подкрепления. Неподходящие стимулы включают в себя несоответствующие, несущественные либо излишние для пациента подкрепления или их возможности. *Несоответствующее* подкрепление может стать не слишком желательным последствием для пациента. Например, подростка-бунтаря не воодушевит похвала учителя, поскольку публичная похвала такого рода рассматривается им противоречащей роли разбитного парня среди сверстников. *Несущественное* подкрепление представляет собой слабый, не замечаемый пациентом стимул, например кивок головой в ответ на уступчивость пациента. Подкрепления не будут эффективными, если они *излишни*: например, воз-

возможности общения с другими людьми не будут подкрепляющими, если у пациента уже достаточно социальных контактов.

Невозможность – или ощущение невозможности – будет влиять на подкрепление. Если подкрепление происходит вне зависимости от частоты поведения, то не сможет поддерживать или усиливать желаемое поведение. Другие причины неуступчивости включают в себя подкрепление противоречащего целям терапии поведения. Например, алкоголика могут подбивать на употребление спиртного пьющие друзья, а за воздержание его могут поднять на смех или исключить из компании.

Зачастую сопротивляющиеся пациенты способны отсрочить удовлетворение потребностей лишь на непродолжительное время. Они часто ожидают немедленного, стопроцентного подкрепления. Сопротивление контролю веса или модификации зависимого поведения часто влечет за собой увеличение фрустрации. Исчезновение вознаграждающих последствий переживания, алкоголизма или курения лишь увеличивает фрустрацию пациента и еще больше затрудняет отсрочку удовлетворения. Ее можно оттянуть путем непосредственного устранения проблемы: «Возможно, вам придется ждать желаемого результата дольше, чем хочется». Во время тренировки пациента в отсрочке можно ввести промежуточные этапы подкрепления. Они включают в себя отслеживание желаемого поведения, например ограничение количества потребляемых калорий и отказ от алкоголя, а также самоконтроль.

Кроме того, пациент и терапевт могут использовать *опосредованные стимулы*, стимулы с символической ценностью или символы, используемые в обмен на другое подкрепление, например символические жетоны. Более того, отсрочку удовлетворения пациента можно увеличить путем сосредоточения внимания на поведении, а не на результатах: так, вместо подсчета потерянных килограммов пациент может самостоятельно контролировать позитивное поведение в процессе изменения. Самоотчеты также значительно увеличивают способность переносить отсрочку. Ценность самоотчетов или самоподкрепления заключается в их постоянной потенциальной доступности под контролем пациента. Внешняя поддержка со стороны коллег, членов группы (особенно программы «12 шагов» для зависимых личностей), семьи, терапевта и других людей (например, личных тренеров) также может отсрочить удовлетворение.

Поведенческий подход также подчеркивает важность «формирования» поведения в борьбе с неуступчивостью. Слишком часто терапевт и пациент могут установить чересчур высокую начальную планку и цель. Не выполняющий задания по самопомощи пациент может нуждаться в этапах формирования поведения, выраженных в самых простых шагах, которые можно отретпировать во время сессии и практиковать за ее пределами. Терапевт может моделировать такое поведение во время сессии, включая моделирование поощрительных высказываний о себе, содействующих уступчивости пациента и поддержанию желаемого поведения. Можно составить поведенческие цепочки таким образом, чтобы неуступчивый пациент мог выполнить один этап, получить заранее запланированное вознаграждение, а затем выполнить остальные этапы. «Заполнение брешей» с помощью подкреплений полезно для создания и поддержания поведения, которого пациент может избегать.

Моделирование важно не только на сессиях, но и в жизни. Пациента можно попросить перечислить людей, демонстрирующих желаемое поведение, а также их поведенческий репертуар. Затем это поведение можно перенять и самостоятельно контролировать. Если пациенту трудно самому перейти к желаемому поведению, можно предложить сделать поведенческое описание наблюдаемой им успешной модели. Например, пациент, которому трудно ладить с начальником, может назвать преуспевшего в хороших отношениях с боссом сотрудника, а затем составить описание его успешного поведения. Впоследствии это описание можно использовать как список целевого поведения, причем пациент сам будет контролировать свои действия по перениманию этого поведения.

Неудача терапии может быть связана с тем, что пациент просто не знает, что следует сделать для получения подкрепления. Например, отправка хронически застенчивого и стеснительного человека на общественные мероприятия с заданием «поговорить с людьми» закончится фиаско, если пациенту неизвестно, как и когда следует использовать подходящее социальное поведение. Похожим образом некоторые пациенты могут «сопротивляться» изменениям, потому что просто не знают, как эффективно решать проблемы, а даже если знают, то не думают, что это уместно в данном контексте (см.: Nezu & Nezu, 1989). Эти примеры показывают важность приобретения навыков при коррекции неуступчивости, когда терапевт помогает пациенту усвоить подходящее социальное поведение и навыки решения проблем.

Неуступчивость также можно устранить с помощью техник наказания, более мягко называемых «ценой реакции». Они предполагают наступление негативных или нежелательных последствий при невыполнении домашних заданий. Среди примеров цены реакции повторное получение того же домашнего задания, выполнение его во время сессии, увеличение объема домашних заданий из-за их невыполнения или наложение «штрафа», выплачиваемого до назначения следующего домашнего задания. Приведу случай с пациенткой, постоянно не выполнявшей свою программу упражнений по снижению веса. Она согласилась выписать чек самой неуважаемой ею организации, и если пациентке не удастся выполнить следующее, придуманное ей самой домашнее задание, терапевт отправит чек на адрес этой организации. Чек оказался очень мотивирующим, и пациентка справилась с заданием.

Когнитивный подход предполагает, что люди значительно различаются по своему способу «обработки» подкреплений. Депрессивные люди часто *отслеживают негатив*, то есть сосредотачиваются на прошлых ошибках и связанных с ними фрустрациях. Они не замечают имеющихся подкреплений. Или, даже замечая подкрепления, они могут обесценивать их, утверждая, что такие подкрепления не считаются, потому что они слишком обычны или слабы. Некоторые неуступчивые люди, особенно на терапии пар, имеют перфекционистские требования взаимности подкреплений: они ожидают их получения за каждое демонстрируемое ими позитивное поведение. Другие ожидают от партнера обязательного подкрепления еще до своего изменения. Третьи не будут подкреплять партнера, пока тот не продемонстрировал им устойчивых, длительных изменений. Такие «правила подкрепления» являются целью когнитивных интервенций, о которых я говорю на протяжении всей этой книги.

Когнитивные модели сопротивления

Модель Эллиса

Модель сопротивления Альберта Эллиса уделяет значительное внимание роли имеющегося у пациента дисфункционального мышления. Эллис (1985) предполагает, что сопротивление часто является результатом «долженствований», низкой переносимости фрустрации, нереалистичных ожиданий, абсолютистского мышления и прочих «иррациональных убеждений». Модель сопротивления Эллиса – и следующая из этой модели терапия – в целом не отличается от его рационально-эмотивного подхода. Подход Эллиса делает акцент на прямой конфронтации с иррациональным мышлением, вследствие чего пациент «должен» осознать, что ему следует убрать или «выкинуть» свои иррациональные убеждения до начала улучшения своего состояния.

Эллис подчеркивает, что многие иррациональные убеждения, например «я – ничтожество», не имеют смысла. Он указывает, что такие понятия, как «никчемность», не поддаются эмпирической проверке, а следовательно, бессмысленны. В дополнение к обычному когнитивному оспариванию в рационально-эмотивной терапии (РЭТ) Эллис рекомендует поощ-

рять сопротивляющихся пациентов переубеждать других, использовать остановку мысли и распевать бросающие вызов иррациональному мышлению рациональные песенки. Кроме того, Эллис признает ценность поведенческих и эмпирических техник в борьбе с сопротивлением.

Хотя некоторые из техник РЭТ (например, оценка издержек и выгод убеждения) включены в представленную мною здесь модель, подход Эллиса к сопротивлению не уделяет особого внимания ничему, что уже не является частью типичного подхода РЭТ. Несмотря на то что Эллис подчеркивает «энергичность» и «напористость» в борьбе с сопротивлением, многие терапевты могут обнаружить, что конфронтация приводит лишь к большему сопротивлению со стороны пациентов. Как я попытаюсь показать позже, конфронтационные подходы действительно могут подтвердить многие из основных мыслей сопротивляющихся пациентов, особенно тех, кто сопротивляется из-за своей потребности в валидации или из-за моральных и этических убеждений.

Модель Бернса

Подобно модели сопротивления Эллиса, модель Бернса¹¹ (1989) рассматривает роль когнитивных ошибок, определяющих участие пациента в терапии. Бернс сосредотачивается на невыполнении заданий по самопомощи, однако его подход более универсален. В своей книге «Терапия настроения» Бернс называет двадцать пять «причин невыполнения домашних заданий». Среди примеров перфекционизм, потребность в одобрении, приверженность убеждению, что все проблемы имеют медицинский характер, «чувствительность к принуждению» (реактивность), навешивание ярлыков, право требования и эмоциональное обоснование. Каждое из этих убеждений может быть оспорено с помощью методов когнитивной терапии, включая изучение выгод и издержек, оценку доказательств, рассмотрение альтернатив и организацию экспериментов для проверки этих убеждений.

Многие из автоматических мыслей депрессивных пациентов являются примерами сопротивления переменам. К ним относятся предсказания будущего («Ничего не выйдет»), размышления по принципу «все или ничего» («У меня ничего толком не получается»), обесценивание позитива («Даже если стало лучше, это ничего не значит») или навешивание ярлыков («Я неудачник, нечего и стараться»). Многие из этих традиционных подходов когнитивной терапии включены в следующую главу и в каждую главу о сопротивлении.

Модель схема-терапии Бека

Бек и его коллеги (1990) расширили модель схемы депрессии и тревоги Бека (см.: Beck, 1967; Beck et al., 1979¹²) для создания схемы-модели расстройств личности. Согласно этой модели, люди с хроническими или рецидивирующими проблемами, часто существующими наряду с расстройствами личности, еще в раннем детстве создали себе дезадаптивные схемы. Они направляют внимание на схему и увеличивают воспроизведение в памяти согласующейся с ней информации. Схемы депрессии сосредоточены на потерях, депривации и неудачах, в то время как схемы тревоги – на угрозах, таких как опасность для аспектов ценностной ориентации личности (см.: Beck, Emery & Greenberg, 1985). *Личностные схемы* являются общими темами межличностного общения и функционирования личности, соответствуя уязвимостям, которые могут быть активированы текущими жизненными событиями. Например, зависимая женщина со схемой беспомощности и покинутости может достаточно хорошо жить в отношениях. Однако стоит им распасться, как она впадает в депрессию из-за озабоченности своей

¹¹ Бернс Д. Хорошее самочувствие. Новая терапия настроений. – М.: Персей; Вече; АСТ, 1995. Бернс Д. Терапия настроения. Клинически доказанный способ победить депрессию. – М.: Альпина Паблишер, 2019. – Примеч. пер.

¹² Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – Примеч. пер.

беспомощностью и покинутостью. Но, даже состоя в отношениях, она может быть восприимчивой к проблеме покинутости, поскольку независимое существование кажется ей невозможным из-за наличия схемы беспомощности.

Модель Бека и коллег (1990) подчеркивает две основные копинг-стратегии этих личностных схем: избегание и компенсацию. *Избегание* – это склонность не начинать или бежать от активирующих схему ситуаций. Например, зависимый человек может избегать требующих независимого существования ситуаций: взятия на себя новых задач, переезда в новый город или смены работы. *Компенсация* – это тенденция преодолевать угрозу разоблачения схемы путем «сверхадаптивного» поведения. К примеру, зависимый человек может быть неассертивным, очень приятным и почтительным просто для поддержания отношений.

Сопротивление изменениям для этих людей будет включать в себя как избегание, так и компенсацию. Они могут рассматривать терапию как угрозу схеме. Изменения могут означать отказ от копинг-стратегий избегания и компенсации и существование прямой угрозы, которая может нанести непоправимый вред (см.: Beck et al., 1990¹³; Guidano & Liotti, 1983). Избегание может принимать форму плохой посещаемости, диссоциативных реакций, тривиализации повестки дня и преждевременного прекращения терапии. Компенсация у зависимого человека может выражаться в чрезмерной привязанности к терапевту, его идеализации, эротизации и попытках доставить ему сильное удовольствие.

В соответствии с моделью расстройств личности Бека – Фримена мы ожидаем на терапии активации схем, которые приведут к индивидуальным различиям в сопротивлении. Например, нарциссический пациент со схемой особенности и уникальности может сопротивляться роли пациента, считая ее унижительной. Его компенсация за «понижение» статуса может состоять в дистанцировании и обесценивании терапевта. Считающий терапевтические отношения докучливыми шизоидный пациент может рассматривать терапию как угрожающую его личности и границам. Его адаптация состоит в ограничении выражения эмоций или тем обсуждения на сессиях. В главе 6 я более подробно рассмотрю важность схем в понимании и лечении сопротивления.

Интегративная социально-когнитивная модель сопротивления

Значимость других моделей сопротивления

Каждая из перечисленных моделей сопротивления обеспечивает основу для предлагаемой мной в этой книге модели. Психодинамические модели подчеркивают важность механизмов самозащиты, многие из которых могут лежать за пределами сознательного понимания пациента. Интегративная социально-когнитивная модель сопротивления признает, что оно часто является результатом эмоциональной дисрегуляции (или сверхрегуляции), переживаний раннего (и более позднего) детства и бессознательных процессов. Защитные механизмы эго – проекция, вытеснение, отрицание, изоляция и интеллектуализация – рассматриваются как важные для поддержания сопротивления тактики. Более того, эта модель подчеркивает как перенос, так и контрперенос в проявлении и модификации сопротивления. Однако предлагаемая мной модель не является производной психодинамической модели психосексуального детерминизма и не подчеркивает недирективную, нейтральную позицию терапевта, я также не разделяю гидравлическую модель поведения¹⁴.

¹³ Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2019. – Примеч. пер.

¹⁴ Идея гидравлической модели поведения принадлежит Лоренцу, видоизменившему и усовершенствовавшему механическую модель для описания поведения Макдугалла. – Примеч. пер.

Как я указывал выше, поведенческая модель полезна для решения некоторых проблем некомплаентности, которая является результатом возможности, качества, уместности подкрепления и способности создавать подкрепления. При некомплаентности поведенческий подход имеет дело с простейшим аспектом «мотивации», но этого недостаточно с интрапсихическими качествами сопротивления, являющимися целью моей книги. Поведенческий терапевт может утверждать, что пациенту следует воспринимать возможности подкрепления, тем самым, по-видимому, подчеркивая значимость когнитивных процессов. Однако это довольно ограниченный взгляд на когнитивные функции, что я надеюсь прояснить позже. Поведенческие интервенции часто используются для проверки или оспаривания дисфункциональных мыслей и предположений (см.: Wells, 1997). Однако для адекватной проверки мысли или гипотезы пациенту может потребоваться помощь в формулировке предсказаний таким образом, чтобы их можно было сделать опровергаемыми. Как я покажу позже, процессы когнитивной согласованности и неприятия риска при сопротивлении часто включают в себя механизмы обесценивания, так что отсутствие наступления события рассматривается не в качестве доказательства опровержения, а как не относящееся к делу или как свидетельство того, что требуется все большая бдительность. В последующих главах будут рассмотрены вероятные недостатки простой поведенческой модели в понимании сопротивления.

Аспекты сопротивления

Интегративная социально-когнитивная модель на самом деле представляет собой совокупность отдельных моделей сопротивления. Оно выражается в разных аспектах, каждый из которых является относительно автономным стилем мышления. Каждый из этих самостоятельных аспектов следует понять и рассмотреть на терапии в соответствии с правилами и логикой. Выявленные и рассматриваемые мной в этой книге аспекты сопротивления включают в себя валидацию, самосогласованность, сопротивление схемы, моральное сопротивление, роли жертвы, неприятие риска и самоограничение. Каждый имеет свою «психологию». Некоторые люди могут использовать более одного аспекта сопротивления – например, пациент может выражать свое сопротивление требованиями валидации, сопротивлением схемы и ролями жертвы. Однако терапевт и пациент могут разделить эти аспекты и действовать против каждого из них в отдельности.

Каждый аспект сопротивления отражает потенциально здоровый или адаптивный способ функционирования. Таким образом, будучи терапевтами, нам не хотелось бы говорить пациенту, что получение валидации или поддержание самосогласованности (или надежности) тривиальны. Мы также не хотим заявлять, что цель терапии состоит в устранении всех моральных соображений, или что никто не является жертвой по-настоящему. Используя не пейоративный язык Бека и Фримена при описании процессов схем, аспект может быть просто «сверхразвитой» копинг-стратегией. В целом отстаиваемый на протяжении всей этой книги подход заключается в нахождении имеющейся в конкретном аспекте «истины», а также в изучении того, как можно модифицировать во время терапии завышенную оценку и ригидность.

Выводы

Сопротивление является центральной темой психодинамической психотерапии. Возможно, «сопротивление» заняло центральное место в психодинамических моделях из-за психоаналитического акцента на бессознательной мотивации, функциях защитных механизмов эго и важности невроза переноса. Одно из разделяемых психоаналитическими моделями допущений заключается в том, что большая часть сопротивления может казаться бессознательной стратегией, не дающей угрожающей информации захлестнуть пациента. В зависимости

от используемого психоаналитического подхода функция терапевта состоит в интерпретации сопротивления, поощрении регрессии в процессе лечения, помощи пациенту в отказе от защитных функций и воссоздании более здорового или более адаптивного эго.

Когнитивный и поведенческий подходы к сопротивлению сформулированы не так четко. Возможно, из-за их акцента на «здесь и сейчас», на использовании легко применимых интервенций и очевидном отказе от важности бессознательного и сопутствующих ему защитных механизмов они, как правило, избегали дискуссий о сопротивлении. Даже когда сопротивление, отказ от сотрудничества или неуступчивость обсуждались, концептуализация редко отклонялась от более традиционного плана и мышления когнитивно-поведенческой терапии.

В следующей главе я перейду к более традиционным когнитивно-поведенческим подходам к «процедурному сопротивлению», то есть к неуступчивости пациента при типичном использовании методики. В последующих главах я развиваю более дифференцированную социально-когнитивную модель сопротивления, включающую в себя многие идеи традиционной когнитивной терапии, но показывающую и новые направления.

Глава 3

Сопротивление терапии

Когнитивная терапия включает в себя набор методических рекомендаций или ожиданий относительно поведения пациента. Каждая методическая рекомендация при несоблюдении представляет собой возможность явного отхода от задачи сотрудничества в психотерапии. Бек с коллегами (1979) и Лихи (1996а) в общих чертах обрисовали перечень этих «ожиданий», или рекомендаций, когнитивной терапии. Рекомендации, касающиеся непосредственно пациента, включают в себя следующее: пациент составляет повестку дня, пациент и терапевт сотрудничают, повестка дня или текущая тема определяют «главное», цель состоит в модификации мыслей, чувств и поведения, основное внимание уделяется принципу «здесь и сейчас», акцент делается на решении проблем, пациент и терапевт отвергают идею «готовности к изменениям» и пациент выполняет домашние задания по самопомощи вне сессии. В дополнение к этим рекомендациям, в большей степени относящимся к когнитивно-поведенческой, чем к традиционной психодинамической терапии, существуют общие ожидания относительно пациентов на психотерапии. Они включают в себя обязательство пациента пройти курс сессий, его ответственность по их оплате, важность контроля саморазрушающего поведения, необходимость честности, ответственность пациента воздерживаться от оскорбительного или соблазняющего поведения по отношению к терапевту.

Когнитивная терапия представляет собой «требование» рационального, активного решения проблем «здесь и сейчас». Вместо рассматривания терапии как возможности для пациента регрессировать к более примитивным способам функционирования или участвовать в «свободной ассоциации» когнитивный терапевт предъявляет пациенту вынуждающие к ответственности социальные требования. Терапевт не занимает осуждающую позицию, а скорее выдает *методические рекомендации*. Их целью является повышение успешности, продуктивности, развитие независимости и компетентности пациента в решении собственных проблем. Терапевт надеется, что принятое на сессиях совместное решение проблем распространится на жизнь пациента вне терапии и что терапевт послужит образцом для подражания в рациональном, успешном решении проблем.

Конечно, причина прохождения лечения многими людьми заключается в том, что они не подходят к своим проблемам с таким набором методик. Вместо того чтобы заняться повесткой дня и сосредоточить внимание на решении своих проблем, пациенты заняты сменой тем разговора, жалобами и даже демонстрацией неразрешимости своих проблем. Вместо сосредоточения на прогрессе «здесь и сейчас» многие заняты мыслями о пережитых в детстве травмах. На самом деле сама природа методических рекомендаций позволяет обнаружить беспокоящие пациента схемы и сопротивление. Рассмотрим некоторые из этих рекомендаций, а также то, как возникает сопротивление и как можно его устранить.

Поведенческие интервенции

Психологическое самообразование

Некоторые пациенты ошибочно считают, что для улучшения их состояния требуется долгий процесс психоанализа. Другие полагают, что последствия событий раннего детства (зачастую неизвестных им) невозможно преодолеть в дальнейшей жизни. Поведенческий компонент когнитивно-поведенческой терапии требует ознакомления пациента с моделью терапевтической интервенции. Например, жалующегося на одиночество пациента, рассказываю-

щего о том, что большую часть времени он проводит в одиночестве в своей квартире, можно проинформировать о поведенческой модели избегания: «Давайте рассмотрим последствия вашего избегания выхода на улицу и попыток общения с людьми. Всякий раз, думая о том, чтобы покинуть свою квартиру, вы начинаете испытывать тревогу. Когда вы выходите из дома, она нарастает. Что, если вы решите повернуть обратно, вернуться домой и провести остаток вечера за просмотром телевизора? Допустим, ваша тревога уменьшится и вам полегчает.

Такое снижение тревоги действует как награда за избегание: каждый раз, решив избежать общества, вы получаете вознаграждение в виде снижения тревоги.

Или давайте представим, что всякий раз, испытывая тревогу, вы решаете выпить. Что произойдет? Со временем вы приучитесь пить при возникновении чувства тревоги. Вы начнете пить все больше и больше в течение недели, пока не превратитесь в алкоголика. Поэтому, чтобы справиться с одиночеством, следует обучиться заниматься тем, что вызывает у вас тревогу».

Инструкции к домашним заданиям

Чтобы заставить пациента измениться, простого назначения домашних заданий по самопомощи недостаточно. Например, выданная одинокому пациенту инструкция «Я хочу, чтобы на этой неделе вы больше выходили из дома и пытались общаться с людьми» может казаться терапевту предельно ясной, а пациенту – весьма туманной и угрожающей. Существует несколько рекомендаций по назначению домашнего задания.

1. *Попрактикуйтесь в выполнении домашнего задания на сессии.* Терапевт и пациент могут заняться моделированием ситуации и отработкой поведения во время сессии. Например, терапевт может придумать, куда бы он пошел и как спланировал бы вечер, а пациент – показать применение этого примера по отношению к себе. В данном случае пациент может сказать, что пойдет по магазинам, а потом в музей и попытается с кем-нибудь пообщаться. Терапевт и пациент могут отрепетировать такой разговор. Такие сессии можно записать на диктофон, и пациент может прослушивать их в течение следующей недели (что увеличивает вероятность имитации поведения).

2. *Объясните пациенту смысл выполнения домашнего задания.* То, что домашнее задание имеет смысл для терапевта, не означает того же для пациента. Он может думать: «Каким образом поход по магазинам или в музей поможет мне найти друзей?» Следует объяснять пациенту смысл всех домашних заданий, имея в виду, что он может быть незнаком с такими понятиями, как формирование или генерализация реакции.

3. *Попросите пациента объяснить смысл домашнего задания.* Объяснив смысл домашнего задания и указав на необходимость самоконтроля определенного поведения, терапевту следует попросить пациента самому объяснить смысл задания: «Не могли бы вы объяснить мне своими словами причину такого домашнего задания?»

4. *Укажите на необходимость определенного поведения, то есть поясните, как следует себя вести, насколько часто (или с какой интенсивностью) и в каких ситуациях.* Домашнее задание должно быть конкретным. Не говорите: «Записывайте свои негативные мысли и оспаривайте их». Пациент может не знать, когда и как часто ему следует это делать. Гораздо правильнее будет сказать: «Записывайте по две негативные мысли каждый день и по три рациональных ответа на них. Используйте бланк “Ежедневного отчета об отслеживании дисфункциональных мыслей”, которым мы только что пользовались. Вот вам три его копии». «Графики активности» могут оказаться полезными для выявления времени или ситуаций, в которых пациент ведет себя определенным образом. Задавая домашнее задание, стоит быть конкретным, потому что все пациенты разные: некоторые могут посчитать, что достаточно

лишь подумать над рациональным ответом, в то время как перфекционисты и самокритичные пациенты могут решить, что должны написать целое сочинение.

5. *Покажите и попрактикуйтесь на сессии в том, каким образом пациент будет отслеживать свое поведение.* Пациентам полезно отслеживать самопомощь, записывая свои высказывания, дела или мысли. Необходимо выдать им бланки для самоконтроля, в том числе «График активности», «Бланк самоконтроля» или «Ежедневный отчет об отслеживании дисфункциональных мыслей». Самоконтроль можно практиковать во время сессии: например, терапевт может попросить пациента заполнить «График активности» во время сессии и разобратся со всеми возникшими при этом проблемами.

6. *Получите обратную связь от пациента относительно его сомнений по поводу выполнения домашнего задания или неуверенности в том, что оно собой представляет.* Поскольку многие пациенты ощущают себя безнадежными или двойственно относятся к терапии в целом, они, как правило, сомневаются в полезности заданий по самопомощи. Некоторые не понимают, что от них ожидается.

Здесь клиницисту стоит быть откровенным: «Давайте рассмотрим причины, по которым вы можете захотеть избежать домашнего задания» или «Иногда я не совсем понятно объясняю домашнее задание. Может быть, у вас есть вопросы относительно того, что именно вам следует сделать?».

Формирование реакции

Распространенной проблемой в терапии является то, что терапевт задает на дом слишком много и слишком быстро. В этом случае ощущение беспомощности, безнадежности и самокритика пациента возрастают и приводят его к выводу, что терапевт не совсем понимает его проблемы. Например, описанный выше одинокий пациент, возможно годами пребывавший в самоизоляции и никогда не заводивший бесед с незнакомцами в общественном месте, вполне мог посчитать задание выйти из дома и первым начать разговор в музее чересчур сложным. Терапевту следует помнить о месте конкретного пациента в поведенческом репертуаре и поведенческой иерархии. Обучение социальным навыкам можно разбить на более мелкие этапы: например, сбор информации путем наблюдения за кажущимися успешными людьми, обучение себя улыбаться наедине с собой, оценка правильного ухода за собой, сближение с другими людьми путем посещения тех же мест, что и они, и т. д. Лучше всего начать с простых, менее пугающих заданий, например: «Опишите людей, которые, по вашему мнению, легко общаются с другими», «Какими способами люди поощряют или доставляют радость другим? Составьте их список» или «Какие места общения людей вы можете перечислить?».

Например, женщину, стеснявшуюся общаться с мужчинами, попросили перечислить позитивные знаки внимания, которые могли оказывать ей люди. К ним относились взгляд в ее сторону, выбор места рядом с ней, улыбка, установление зрительного контакта, завязывание разговора и т. п. Получился список знаков внимания, которые нужно отслеживать при наблюдении за людьми. Наблюдение за поведением других показалось ей не таким страшным, как участие в нем. Оно также позволило ей осознать, что многие из этих позитивных знаков внимания предназначались именно ей. Это навело терапевта на мысль спросить ее: «Каковы последствия того, что вы не замечаете и не поощряете людей за такое поведение?» Пациентка поняла, что отсутствие поощрения с ее стороны могло заставить окружающих перестать оказывать ей позитивные знаки внимания (то есть привести к затуханию реакции).

Следующие ступеньки в иерархии заданий включали в себя разглядывание людей в общественных местах (например, в лифте, на вокзале, на вечеринке) и подмечание того, какую одежду они носят. Частично вследствие предшествующего наблюдения за позитивным поведением других и частично в результате собственного все более позитивного поведения паци-

ентка начала получать позитивное социальное поощрение, то есть люди оглядывались на нее, улыбались и завязывали разговор. По мере нашего продвижения вверх по иерархии заданий – к тому, чтобы улыбнуться первой, задать вопрос или похвалить, – ей все больше нравилось подкреплять позитивное поведение других.

Модификация поощрений

Чтобы поощрения оказались эффективными, они должны быть связаны с мотивационной системой, которую пациент ценит. Терапевт и пациент могут иметь совершенно разные понятия о поощрении. В практических целях мы можем считать *поощрением* или *подкреплением* любое событие, увеличивающее вероятность повторения желаемого поведения. Терапевт может рассматривать похвалу как поощрение, а пациент – как наигранность или способ привлечь чрезмерное внимание к своей персоне. Застенчивые люди могут найти похвалу неприятной; таким образом, поощрение в виде похвалы может нечаянно стать наказанием.

Терапевт и пациент могут совместно создать «меню поощрений», то есть список вещей, приятных для пациента. Для начала полезно использовать меню поощрений Левинсона, Бренкенриджа, Антонуччио и Тери (1987). Важно, чтобы поощрения относились к разным мотивационным системам – например, никому не захочется получать все поощрения в виде еды, поскольку можно легко пресытиться. Более того, терапевту следует предлагать поощрения разной интенсивности, продолжительности и стоимости, поскольку их получение или потребление не должно тяготить пациента. При определении поощрения терапевт может использовать принцип Примака, то есть поведение, обычно выбираемое пациентом и проявляющееся с высокой частотой, становится вознаграждающим последствием поведения, частоту проявления которого он желает увеличить (см.: Premack, 1965). Например, если пациент любит читать, это может послужить поощрением за поведение, демонстрируемое с более низкой частотностью, к примеру за спортивную тренировку. Одна из проблем, связанных с использованием принципа Примака в отношении пациентов с хронической депрессией или тревогой, заключается в том, что многие виды их частого поведения являются негативными, например руминации, жалобы или просмотр телевизионных программ в одиночестве.

Терапевт и пациент могут использовать «График активности», чтобы выяснить, какие из имеющихся видов поведения связаны с относительно высоким уровнем владения ими или получаемого от них удовольствия. Эту информацию можно затем использовать для создания меню поощрений поведения. Члены семьи или значимые для пациента лица также могут выступать в качестве источников информации о том, что пациент считает или привык считать поощрением. Поскольку многие пациенты с тяжелой депрессией или тревогой не помнят приятных вещей, окружающие их люди могут оказаться более точным источником такой информации. Полученные сведения можно затем добавить в список поощрений, а также изучить автоматические мысли пациента об этом ранее вознаграждавшем поведении. Например, страдающий депрессией пациент может утверждать, что раньше нравившиеся ему занятия теперь разонравились, или же напоминают о том, насколько ему сейчас плохо, или о том, что он слишком вымотан для таких вещей. Эти мысли можно затем изучить с использованием описанных далее когнитивных техник.

Увеличение обусловленности

Многие пациенты не получают обуславливающих подкреплений. Чтобы поощрение стало *обуславливающим*, человек должен осознавать предсказуемость получения вознаграждения за конкретное поведение. Например, пытавшемуся сбросить вес пациенту было предложено составить список «здорового поведения». Он включил в список планирование приемов пищи, сокращение количества калорийных продуктов в доме, тщательное пережевывание, занятия

спортом в течение двадцати минут и так далее. Однако до этого момента «возможность» самопоощрения выглядела так: «Если я не похудею на этой неделе, то буду себя ругать». Следовательно, все перечисленное им позитивное здоровое поведение не будет иметь предсказуемой связи с вознаграждением. Обусловленность можно увеличить путем отслеживания поведения, отмечания каждого случая его использования в течение дня, определенных похвал себя за нужное поведение и установления более значимого вознаграждения за использование позитивного поведения определенное количество раз.

С увеличением обусловленности связано *изменение режимов подкрепления*. У многих людей отсутствует четкая предсказуемость (или возможности), вместо этого они полагаются на вариативные режимы подкрепления, например на режим с вариативным соотношением или с вариативным интервалом. Таким образом, человек не знает, сколько раз следует повторить поведение для получения подкрепления. Пациента следует поощрять следовать *режиму подкрепления с постоянным соотношением*, чтобы определенное количество повторений поведения приводило к постоянному количеству вознаграждений. Не все режимы подкрепления должны быть *постоянными*, то есть не обязательно вознаграждать на все сто процентов. Как правило, это нецелесообразно и может привести к пресыщению вознаграждением. После закрепления поведения – что может поначалу потребовать постоянного поощрения – можно побудить пациента выбрать режим с постоянным соотношением. Например, вознаграждение может следовать за выполнение поведения в половине случаев, а затем опуститься до тридцати процентов или ниже. Это приводит к затуханию сопротивления.

Цена реакции

Если пациент оценил издержки и выгоды от изменения поведения, но не смог модифицировать свое поведение, используя предложенные терапевтом техники, терапевт может сместить внимание на привязывание негативного последствия к негативному поведению или к отсутствию позитивного поведения. Например, если пациент не занимается поведением, начать которое он согласился, например ежедневно завязывать три разговора с людьми, то он может договориться с терапевтом об отрицательных для себя последствиях, которые могут включать либо запрет позитива (например, «Вам нельзя смотреть телевизор сегодня вечером»), либо введение негатива («Вам придется обойти квартал пешком три раза»).

Некоторые пациенты отмечают, что если они не желают участвовать в позитивном поведении, на которое изначально согласились, то маловероятно их участие и в негативном поведении. Терапевт может избежать такой проблемы, убедив пациента согласиться на цену реакции, предложенную терапевтом. Например, пациент может согласиться выписать чек (на небольшую сумму) на имя нелюбимой им организации при условии, что этот чек будет отправлен терапевтом только в том случае, если пациент не занимается желаемым поведением. Или же они могут заранее договориться, что при невыполнении пациентом домашнего задания часть следующей сессии будет посвящена вопросу неуступчивости. На самом деле очень эффективной техникой является использование части следующей сессии на выполнение заданного домашнего задания: таким образом, если пациент не заполнил «График активности», то первые десять минут сессии можно посвятить его заполнению.

Оценка и изменение других обуславливающих

В жизни пациента могут присутствовать люди, поощряющие его невыполнение согласованных с ним целей терапии. Например, желавшая строить более успешные отношения с мужчинами одинокая женщина большую часть свободного времени проводила с озлобленной, завистливой подружкой, называвшей всех мужчин ненадежными эксплуататорами. Пациентка стала сознавать, что всякий раз, когда она рассказывает подружке о позитивных шагах, пред-

принимаемых ею для улучшения своей социальной жизни с мужчинами, та начинает обеспечивать ее усилия. В результате существовала возможность частого наказания за позитивное социальное поведение. Похожим образом пациент, желавший перестать пить, обнаружил, что собутыльники часто критиковали его за воздержание. В обоих случаях связанные с подкреплением возможности оказывали значительное влияние на амбивалентность пациента в отношении целей лечения.

Изменение поведения в системе межличностных отношений часто нарушает эту систему, побуждая других ее участников пытаться вернуть пациента к проблемному поведению. Пациенту следует изучить издержки и выгоды от сокращения времени общения с подкрепителями, а затем попытаться поставить эксперимент определенной продолжительности, во время которого проводить меньше времени с такими личностями и больше времени – наедине с собой или с другими людьми. В случае обоих описанных выше пациентов обязательство проводить меньше времени с подкрепителями привело к более четкому пониманию того, что зачастую те не желали им добра, и это еще больше мотивировало пациентов продолжать терапию самостоятельно.

Составление повестки дня

Вслед за оценкой пациента во время первой сессии его следует подготовить к модели когнитивной терапии (см.: Beck et al., 1979¹⁵; J. Beck, 1996¹⁶; Leahy, 1996a; Leahy & Holland, 2000). Начальная подготовка может включать в себя четкое обоснование необходимости составления пациентом повестки дня, уделения особого внимания решению проблем «здесь и сейчас», составления списка проблем, разработки базовых мероприятий, акцента на непрерывной оценке целевых симптомов или проблем, а также ожидания выполнения домашнего задания по самопомощи. Следует рекомендовать пациенту прочитать посвященные когнитивной модели книги или информационные материалы, например книги Дэвида Бернса «Терапия настроения»¹⁷ (1980) или «Справочник хорошего настроения» (1990). Они содержат послание о том, что терапия подразумевает сотрудничество, помогает решать проблемы, ориентирована на психообразование и самопомощь.

Составлением списка проблем, которые необходимо решить в ходе лечения, можно заняться на первых двух сессиях. Терапевт предоставляет пациенту список возможных проблем, которые тот может захотеть решить: самокритика, прокрастинация, паника, конфликт в отношениях, принятие решений и тому подобное. Пациент может отобрать в свой список нужные проблемы или добавить новые. Терапевт хочет донести следующее: «Мы займемся конкретными проблемами», а затем говорит пациенту:

«Каждую сессию мы будем составлять повестку дня. Я хочу, чтобы вы заранее подумали о том, что в нее включить. Почти каждый раз в ней будут определенные вопросы – например, анализ ваших чувств и мыслей о предыдущей сессии, разбор заданий по самопомощи, – а потом мы займемся той насущной темой, которую вы захотите включить в повестку. Заканчивать сессию мы будем обзором проделанной работы и вашим мнением о ней».

По моему опыту, ограничение повестки дня каждой сессии одной или двумя проблемами реалистичнее охвата трех или более вопросов.

◆ *У пациента нет повестки дня.* Составление повестки дня – это четкое изложение набора задач. Повестка дня также отражает ожидание того, что пациент несет ответственность

¹⁵ Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – Примеч. пер.

¹⁶ Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – Примеч. пер.

¹⁷ Бернс Д. Хорошее самочувствие. Новая терапия настроений. – М.: Персей; Вече; АСТ, 1995. – Примеч. пер.

за участие в их решении. Существует множество причин, по которым пациенты ее не составляют. Некоторые из них связаны с неспособностью терапевта научить пациента это делать. Другие могут быть следствием того, что терапевт не придерживается повестки дня пациента, даже если тот ее составил. Однако более подходящая к теме сопротивления причина состоит в том, что пациент может не составить повестку из-за схем, связанных с решением проблем.

У пациента может не быть повестки дня, потому что он не считает свои проблемы «подлежащими решению». Например, многие пациенты воспринимают их как повод для жалоб. То есть пациент рассматривает терапию как место получения валидации или утешения, а не решения проблем.

Другие пациенты могут считать, что обращаются к «врачу», который поможет им найти решение. Например, полагающаяся на защиту и решение своих проблем другими людьми зависимая пациентка может безынициативно сидеть в начале сессии, ожидая инициативы обсуждения от терапевта. Одна такая женщина, чей нарциссический муж ушел к другой, обычно пассивно сидела в начале сессии, отвечая на вопросы терапевта о повестке дня градом жалоб. По ее мнению, терапевт должен был выслушивать ее жалобы и каким-то волшебным образом помочь ей почувствовать себя лучше.

Другой причиной отсутствия повестки дня является то, что она подразумевает ответственность за решение проблем. Например, одного пациента, у которого ее обычно не было, спросили: «Каковы преимущества отсутствия повестки?» – и он ответил: «Если она у меня будет, мне придется нести ответственность за решение своих проблем, а я не хочу их решать». Другая пациентка ответила, что причина отсутствия повестки дня состоит в ощущении такой громадности проблем, что никакая повестка дня ей не поможет, а только умалит ее переживания.

◆ *Пациент просит терапевта составить повестку дня.* Достаточно часто пациент заявляет что-то вроде: «У меня нет никаких идей. Я подумал, что, может быть, вы поможете мне ее сегодня составить». Такая попытка заставить терапевта составить повестку дня может включать ряд «скрытых мотивов». Во-первых, пациент может полагать, что неспособен решить или даже определить свои проблемы и только терапевт (или кто-нибудь еще) сможет решить их за него. Во-вторых, пациент может захотеть «проверить» терапевта, чтобы посмотреть, «действительно ли он меня понимает». Например, одна пациентка пришла без повестки дня. Затем она настояла на составлении ее терапевтом. Тот сказал ей, что, по его опыту, для нее было бы лучше составить повестку дня самой, поскольку он мог установить такую повестку дня, которой она не захотела бы следовать. Тогда пациентка сказала: «Давайте поговорим о том же, что и в прошлый раз. Не могли бы вы напомнить мне, о чем именно шла речь?» Когда терапевт обратился к своим (обширным) записям в поиске основных моментов предыдущей сессии, пациентка разозлилась и закричала: «Почему вы роетесь в своих записях? Вы слишком заняты, чтобы вспомнить, кто я такая и какие у меня проблемы?»

Такое самопораженческое поведение «жертвы» привело к дискуссии о разрушительном нарциссизме пациентки.

Терапевт: Вы вроде бы попросили меня напомнить итоги нашей прошлой сессии, а затем разозлились на меня за это. Вы хотели устроить мне проверку, а затем «завалить» меня?

Пациентка: А вот доктор Джонс (ее бывший терапевт) была намного лучше вас. Мое состояние действительно ее волновало. Вам что-нибудь известно о моей проблеме – обсессивно-компульсивном расстройстве?

Терапевт: Ваша цель – доказать мою некомпетентность и, следовательно, неспособность вам помочь?

Пациентка: Возможно.

Терапевт: Вы задумали проверить меня еще до вашего прихода сегодня? **Пациентка** (*улыбается*): Да. Я действительно хотела вашего провала.

Терапевт: Почему вам так важно выставить меня в дурном свете?

Пациентка: Вы так заняты. С вами трудно договориться о встрече. У меня нет миллиона долларов, как у других ваших пациентов.

Терапевт: Что заставляет вас так думать?

Пациентка: То, что вы не считаете меня настолько важной, чтобы обо мне волноваться.

Терапевт: Значит, если я провалю ваш тест, то я недостаточно хорош, чтобы быть вашим терапевтом?

Пациентка (*улыбается*): Возможно.

В данном случае отказ пациентки составить повестку дня, а затем ее требование, чтобы это сделал терапевт, на самом деле было «скрытым мотивом» – желанием провала терапевта, чтобы почувствовать себя «победительницей» того, кто, по ее мнению, считал ее недостаточно важной.

Скрытый мотив этой пациентки – сосредоточение на недостатках терапевта, а не на ощущении собственной никчемности – был разоблачен путем непосредственного изучения ее вклада в «провал терапевта». Пациентка призналась, что всегда ощущала недостаток внимания родителей и соперничала со своими братьями. Более того, она верила, что единственный способ борьбы для нее – быть идеальной, то есть выглядеть идеально, достигать больших успехов и всегда угождать мужчинам. Это привело ее к восприятию жизни в стиле «все или ничего»: либо она останется без средств к существованию, либо у нее будет лучшая работа, либо она не будет работать; и либо она будет лучшей пациенткой, либо не будет пациенткой совсем.

◆ *Пациент указывает в повестке дня слишком много проблем.* Как я упоминал выше, на одной сессии достаточно работы над одной проблемой. Однако некоторые пациенты могут включать в повестку дня пять-шесть вопросов. Когда пациента просят расставить их по степени важности, у него часто возникают затруднения. Лежащие в основе такой «перенасыщенной повестки дня» допущения включают в себя следующее: «У меня много проблем. Если не работать над всеми, мы не сдвинемся с места», «Очень важно решить проблемы прямо сейчас», «Чтобы понять меня, терапевт должен знать все мои проблемы. Если он не поймет меня полностью, то никак не сможет мне помочь» или «Терапевт – это эксперт, который может помочь мне во всем. Я должен рассказать ему все, он даст мне ответы на все вопросы, и мне станет лучше».

Например, одна женщина начинала сессию с пяти вопросов: «Я хотела бы поговорить о моем отце, работе, подруге Сьюзен, своем парне и о том, как я себя чувствую». Хотя вначале она согласилась считать рабочими проблемами первые два вопроса, в конечном счете ее внимание переместилось на другие темы. Примечательно, что она, казалось, не слышала ответы терапевта на свои вопросы и тут же перескакивала на следующую тему. В ответ на замечание терапевта по этому поводу она возразила, что ей предстоит решить слишком много проблем, чтобы перестать о них думать и говорить только об одной. По ее словам, «все они одинаково важны». Это привело к дискуссии о ее гипоманиакально-нарциссическом отце, пристававшем к ней с вопросами и выводами, а затем отвергавшем все ее ответы. Она сказала, что никогда не могла ему перечить. Терапия была для нее возможностью оказаться в центре внимания и удовлетворить потребность в валидации.

◆ *Пациент выносит на повестку дня свои чувства.* Пациент может не принимать ориентированный на решение проблем подход и вместо этого выносить на повестку дня свои чувства: «Я бы хотел(-а) поговорить о том, как я устал(-а)» или «Я хотел(-а) бы рассказать о своей

депрессии». Терапевт может ответить на эти запросы, спросив: «Вашу депрессию вызывает что-то конкретное?» или «Не могли ли бы вы сказать мне, какие мысли посещают вас во время депрессии?» Однако некоторые пациенты просто хотят поговорить о своих чувствах, попытки использовать с ними ориентированный на решение проблем подход могут привести к ощущению отсутствия валидации. Например, страдающая булимией пациентка сказала, что хочет поговорить о своих чувствах. Зная, что когнитивная терапия ориентирована на решение проблем, она отказывалась сосредоточиться на их решении, пока не смогла поговорить о своих чувствах. Терапевт указал ей на то, что она немного отходит от обычной повестки дня.

Терапевт: Как вам известно, обычно мы говорим о решении проблем, однако же вы хотите сосредоточиться на своих чувствах. Сколько времени нам следует им посвятить?

Пациентка: Не могли бы мы уделить им первые пятнадцать минут? Я хочу не оспаривать свои мысли или решать какие-то проблемы, а просто поговорить о том, что я чувствую.

Терапевт: Отлично (*затем пациентка рассказывает о чувствах к своей матери, к бывшему возлюбленному и о стрессе на работе, сосредотачиваясь на непонимании себя другими, ощущении своей несостоятельности и подавленности*). Почему вы считаете, что важно говорить о ваших чувствах вместо работы над решением проблем?

Пациентка: Думаю, потому, что я никогда не уверена в своих чувствах. Я не уверена, что в них есть какой-то смысл.

Терапевт: Вас кто-то заставил так думать и чувствовать?

Пациентка: Да. В моей семье было непозволительно иметь чувства. Отец был алкоголиком, и нам не разрешалось ничего говорить. Мама просто делала вид, что все хорошо.

Терапевт: Но, похоже, это было не так. Что вы чувствовали, когда ваша мать притворялась, что все в порядке?

Пациентка: Это заставляло меня чувствовать смущение и злость.

Терапевт: Подобные чувства испытывают многие люди в такой ситуации. Как вы себя чувствуете, когда я пытаюсь заставить вас составить повестку дня и сосредоточиться на решении проблем?

Пациентка: Иногда я думаю, что это хорошая идея. Вот почему я здесь. Но я думаю и о том, интересуют ли вас мои чувства.

Терапевт: Вызывает ли это в вас какие-то чувства?

Пациентка: Смущение и злость.

◆ *Пациент составляет повестку дня, но отказывается ей следовать.* Возможно, больше всего терапевта смущает, когда пациент составляет повестку дня, но затем отказывается ей следовать. Это может происходить по нескольким причинам. Одна из них заключается в том, что в ходе обсуждения пациент начинает осознавать появление какого-то очень важного вопроса, не указанного в повестке дня, но с которым нужно разобраться. Вторая причина в том, что пациент сначала следует своей повестке дня, но затем понимает, что тема его слишком расстраивает. Поэтому он пытается ее сменить. Третья причина – в желании пациента «казаться» принимающим участие в процессе изменений, хотя на самом деле он не хочет меняться.

Рассмотрим случай, когда пациент осознает, что необходимо обсудить что-то более важное, и поэтому меняет повестку дня. Терапевту следует заметить изменение и сразу же спросить, по какой причине оно происходит. Затем пациент и терапевт могут договориться обсудить изначальную повестку дня в конце сессии или включить данный пункт в следующую повестку дня.

В случае изменения повестки дня из-за слишком расстраивающей пациента темы терапевт может сразу решить этот вопрос, заметив, что тема изменилась, а у пациента перед этим

ухудшилось настроение. Например, женщина, считавшая, что мужа не волнуют ее чувства и сексуальные потребности, включила эти пункты в повестку дня. Однако после начала обсуждения терапевтом ее мыслей и чувств по этому поводу она сменила тему на свой график работы. Терапевт заметил, что пациентка изменила первоначальную повестку дня.

Терапевт: Я заметил, что мы начали говорить о ваших потребностях в браке, но потом вы сменили тему на обсуждение своего рабочего графика. О чем вы думали, когда мы обсуждали ваш брак?

Пациентка: Мои потребности не удовлетворяются, так что я сменила тему, потому что она меня слишком расстраивает.

Терапевт: Как вы считаете, что произойдет, если мы займемся этими потребностями на терапии?

Пациентка: Я еще больше расстроюсь.

Терапевт: Это напоминает вам о разговорах с мужем на эту тему?

Пациентка: Я никогда не думала, что он будет считаться с моими потребностями, поэтому не люблю говорить с ним об этом.

Терапевт: Ваши слова звучат так, словно вы предполагаете, что ни одна из ваших потребностей не будет удовлетворена, поэтому вы их не обсуждаете и поэтому они не удовлетворяются. Были ли в вашей жизни другие люди, с которыми все происходило точно так же?

Пациентка: С моей матерью. Ее больше интересовали собственные потребности. Когда я заговаривала о своих чувствах, она называла меня эгоисткой.

Приведенная выше беседа иллюстрирует то, как когнитивный терапевт может напрямую изучить проблемы переноса у пациента. Составление повестки дня является ассертивным действием. Оно выявляет у пациентки схемы валидации и эмоциональной депривации. Пациентка считает, что обсуждение ее потребностей на терапии закончится расстройством, точно так же она может осознать общность этой проблемы на примере мужа и матери (а также на примере своего работодателя и друзей). Ее уход от собственных потребностей побудил ее и терапевта провести несколько экспериментов по выработке ассертивности по отношению к мужу, работодателю и матери. Кроме того, она стала более ассертивной с терапевтом, настаивая на включении ее потребностей в повестку дня последующих сессий.

Третий паттерн отклонения пациента от собственной повестки дня подразумевает «отказ от помощи». Так, пациент составляет повестку дня, а затем сердится на терапевта за ее выполнение. Одна пациентка, постоянно неохотно занимавшаяся повесткой дня, наконец-то с ней согласилась – в данном случае речь шла о поисках работы. Когда терапевт начал это с ней обсуждать, она расстроилась еще сильнее.

Терапевт: Какие вакансии вас бы устроили?

Пациентка: Не знаю.

Терапевт: Чем вы занимались раньше?

Пациентка: Я работала администратором в офисе, а еще занималась телемаркетингом. Не знаю, что и делать. А у вас есть какие-то идеи?

Терапевт: А что вы думаете о том, чтобы продолжить заниматься привычной работой?

Пациентка: Я не хочу ничего делать. Мне все равно. Это того не стоит. Знаете, мои родители всегда на меня давят.

Терапевт: Вы сказали, что не хотите ничего делать. Каковы последствия такого убеждения?

Пациентка: Ничего не улучшится. И даже если улучшится, это все равно ничего не значит. Кстати, а почему мы об этом говорим?

Терапевт: Я думал, вы включили работу в повестку дня.

Пациентка: Это *вы* хотите о ней поговорить.

Такое общение привело к обсуждению тенденции пациентки просить помощи – у терапевта, у родителей, – а затем критиковать помогавших ей людей. После указания на это она еще больше раскритиковала терапевта.

Терапевт: Мне кажется, что вы сначала просите о помощи, а затем сердитесь, когда вам пытаются помочь. Что вас смущает в получении помощи?

Пациентка: Это означает, что я должна буду принять любую помощь. А она никогда не будет такой, как мне надо. Вы так говорите, чтобы *решить вопрос*.

Такое общение привело к обсуждению перфекционизма пациентки практически во всех сферах жизни и ее убеждения в обязанности быть идеальной, что противоречило ее убежденности в своей неспособности достигать целей. А значит, любая необходимость следовать повестке дня, в том числе собственной, приводила к увеличению тревоги и гнева, поскольку запускала ощущение депривации и инвалидации, а также осознание того, что у нее не будет «особого» положения, в котором, по ее мнению, она нуждается (и заслуживает). Таким образом, ее цель состояла в устранении любых повесток дня, включая собственную.

Совместная работа

Когнитивная терапия основана на идее объединения пациента и терапевта для изучения и модификации мыслей, поведения и чувств пациента. Бек (см.: Beck et al., 1979¹⁸; Padesky, 1996) подчеркивал важность взаимораскрытия в сократовском диалоге, в котором терапевт проводит пациента через ряд вопросов и ответов для выявления автоматических мыслей и допущений, а также изучения относящихся к ним логики и доказательств. От пациента ожидается честное обсуждение своих чувств и мыслей, работа с терапевтом для проверки их обоснованности.

Некоторые пациенты при обсуждении перепрыгивают с вопроса на вопрос, часто внезапно отклоняясь от темы. Бывают моменты, когда трудно понять суть рассказа пациента. Одна из моих пациенток начинала сессии с повестки дня, но затем принималась скакать туда-сюда по несвязанным темам, погружаясь в не относящиеся к делу детали и замечания по поводу разных, незнакомых мне людей из ее жизни. Я прокомментировал тот факт, что ее рассказы отклонялись от темы, из-за чего мне было трудно следить за ее мыслями, и поинтересовался о возможной причине.

Это привело к обсуждению того, что отец-алкоголик и нарциссическая мать пациентки, похоже, никогда не прислушивались к ее детским потребностям. А значит, ей было неизвестно, о чем стоит говорить, а о чем – нет, поскольку ее родителей, казалось, никогда ничего не интересовало. Единственное, о чем ей позволяли говорить в семье, – это рассказывать интересные истории. Этим же она продолжала заниматься на терапии (и в жизни). В дальнейшем ощущение того, что ее не слышат, усилилось холодностью мужа и его постоянной критикой в ее адрес. Мне удалось, не критикуя, высказать ей свое мнение: «Поскольку для меня важны ваши потребности и чувства, я хотел бы иметь возможность следить за теми важными моментами, которые вы пытаетесь до меня донести. Возможно, ввиду того, что вы намного лучше знакомы с деталями и вовлечены в ситуацию людьми, вы можете забыть, что я не знаю столько же, сколько вы. Я намного лучше пойму вас, если вы сможете ограничить ваш рассказ сутью, чтобы я не потерял мысль. Так вы сможете почувствовать себя услышанной и понятой».

¹⁸ Бек А., Раши А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – Примеч. пер.

Такая валидация чувств и потребностей пациентки очень отличалась от пережитых ею отсутствия внимания или критики со стороны родителей и мужа. Впоследствии большая часть терапии была сосредоточена на выявлении ее потребностей, прав и обучении асертивности без потребности в одобрении окружающих. На самом деле ее «пассивное» поведение не было никаким «сопротивлением», скорее оно отражало ее потребность в научении новым способам выражения своих основных потребностей. Как ни странно, ей, как и многим людям, которым трудно сформулировать собственные потребности, прекрасно удавалось удовлетворять потребности других.

Еще одним аспектом совместной работы является то, что и пациенту, и терапевту следует иметь возможность выражать друг другу свое мнение и давать рекомендации по изменению. Терапевт может поощрять такого рода общение во время сессий, запрашивая в конце них обратную связь напрямую либо с помощью специальных бланков самоотчетов (см.: Beck et al., 1979¹⁹; Burns, 1989²⁰). Терапевтическое обоснование получения обратной связи от пациента заключается в том, что мнение пациента может помочь терапевту лучше адаптировать терапию к его специфическим потребностям. При выслушивании мнения пациента терапевту следует проявлять эмпатию и готовность помочь, а также побуждать пациента предлагать возможные стратегии решения проблем. Например, одна пациентка жаловалась на то, что слишком большую часть терапии занимало выявление и изменение ее мыслей и поведения, не оставлявшее ей достаточно времени для выражения своих эмоций. Терапевт спросил ее: «Как можно оптимально структурировать наши сессии, чтобы успеть сделать и то и другое?» Пациентка посоветовала разделить их на три части, посвятив каждую эмоциям, мыслям и новому поведению соответственно. Сопротивление изменениям можно уменьшить при налаженной непосредственной обратной связи и последующем использовании стратегии решения проблем.

Выполнение домашнего задания

Как я говорил в предыдущей главе, выполнение заданий по самопомощи можно улучшить, разбивая задания на простейшие единицы поведения. Терапевт может также смоделировать подходящее задание по самопомощи во время сессии, показав пациенту, как заполнять соответствующие бланки, или предложив ему заполнять их во время сессии под своим руководством. Задание на отработку определенного поведения (например, ежедневное записывание по одной мысли и ее оспаривание) может повысить выполняемость домашнего задания. Кроме того, его выполнение можно стимулировать путем получения подкреплений за сделанную работу.

Некоторые пациенты-перфекционисты могут рассматривать самопомощь как «тест», который они провалят, разочаровав тем самым терапевта. Такие проблемы можно решить, называя домашнее задание практикой и обучением, а не оценкой труда. Скажем, невыполнение домашнего задания является практикой в ничегонеделании – таким образом пациент может узнать, что произойдет, если он ничего не сделает (не выполняющим домашние задания пациентам я задавал на дом «ничего не делать», чтобы потом, в определенные дни недели, вместе выяснить, как они ощущали свою пассивность).

Когнитивный терапевт может использовать многие традиционные техники самопомощи для оценки автоматических мыслей, способствующих невыполнению домашних заданий. Не выполняющему задания пациенту можно предложить следующее.

¹⁹ Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – *Примеч. пер.*

²⁰ Бернс Д. Хорошее самочувствие. Новая терапия настроений. – М.: Персей; Вече; АСТ, 1995. – *Примеч. пер.*

Терапевт: Так. На прошлой неделе вы не сделали ни одного домашнего задания. Давайте поговорим об этом. В верхней части страницы напишите «Невыполненное домашнее задание». Давайте проанализируем издержки и выгоды такого решения. Каковы издержки и выгоды невыполнения домашнего задания?

Пациент: Издержки в том, что я не могу изменить свои негативные мысли и, вероятно, мне не станет лучше. Выгоды? Я не трачу свое время на то, что может не получиться. Я могу заняться другими вещами (*подводит итог, что издержки перевешивают выгоды со счетом восемьдесят против двадцати процентов*).

Терапевт: Хорошо. Попробуйте закончить предложение: «Думая о том, чтобы записать свои мысли и оспорить их, я медлю, потому что думаю...»

Пациент: Что это бесполезно. Это не поможет.

Терапевт: Хорошо. Конечно же, никто не хочет тратить время на бесполезные вещи. Но давайте посмотрим на эти мысли. На сколько процентов от нуля до ста, по вашему мнению, не поможет выполнение домашнего задания?

Пациент: Если я его не сделаю? На сто процентов!

Терапевт: Хорошо. Итак, вы считаете, что, если запишете свои мысли и попытаетесь их оспорить, в ваших чувствах не произойдет никаких изменений?

Пациент: Я знаю, это звучит глупо. Но дома я чувствую именно это.

Терапевт: Давайте посмотрим на доказательства. Чувствовали ли вы себя лучше когда-нибудь в прошлом, во время моих сессий или дома, записывая и оспаривая свои мысли?

Пациент: На самом деле, как правило, я чувствую себя немного лучше (*переоценив затем свое утверждение о том, что самопомощь не помогает, на десять процентов*).

Определенные автоматические мысли можно рассматривать как основу сопротивления выполнению домашних заданий. К ним относятся предсказания будущего («Это не поможет»), размышления по принципу «все или ничего» («Мне нисколько не лучше»), обесценивание позитива («Это не такое большое изменение, как мне нужно»), навешивание ярлыков («Таким занимаются только неудачники»), эмоциональное обоснование («Мне просто не хочется этого делать») или свехобобщение («Мне не стало лучше, когда я оспорил одну свою мысль, так что этого не произойдет и с другими мыслями»). Терапевт может оспаривать и проверять эти мысли, изучая издержки и выгоды каждого убеждения, рассматривая доказательства за и против, проводя «эксперименты» во время и вне сессий и спрашивая пациента, какой совет он дал бы другу. Примеры невыполнения домашнего задания и рациональных ответов на эти негативные мысли приведены в табл. 3.1.

Мы также можем оценить невыполнение заданий либо с точки зрения сопротивления схемы, либо с позиции расстройства личности пациента. В качестве примера рассмотрим следующее домашнее задание: «Запишите свои негативные мысли в левом столбце, а рациональные ответы – в правом». Каковы могут быть причины его невыполнения?

Таблица 3.1. Рациональные ответы на причины не делать домашнее задание

Автоматическая мысль	Рациональный ответ
Это не поможет	Вы никогда не узнаете, если не попробуете. Давайте проведем эксперимент. Сделаем часть домашнего задания на сессии и посмотрим, не почувствуете ли вы изменения в своем настроении. Почему бы не попробовать выполнять задания в течение недели и посмотреть, помогают ли они вообще?
Я могу сделать его устно	Многие думают, что могут выполнить задание устно, но вы можете обнаружить, что гораздо эффективнее его написать. Это вроде разницы между записью лекции и попыткой ее запомнить
Это для неудачников	Если вам станет лучше, значит, вы не являетесь неудачником. Разве упражнения придуманы только для неудачников?
У меня нет на это времени	Как вы думаете, сколько времени это займет? Почему бы не выделить немного времени на домашнее задание и не сделать хотя бы его часть? Сколько времени вы уже посвятили депрессии/тревоге?
Это просто рационализация	«Рационализация» — это выдумывание не соответствующих действительности историй. Домашнее задание помогает собрать факты и попрактиковаться в позитивном поведении
Раз мне надо это сделать, я неудачник	Вы станете гораздо успешнее, если выполните домашнее задание. «Неудача» — это потеря возможности помочь себе
У меня реальные проблемы	Ваши проблемы могут быть отчасти реальными и отчасти зависящими от того, как вы решаете реальные проблемы. Самопомощь может помочь вам справиться с реальными проблемами. Если у вас «реальные» проблемы, вам следует помогать себе еще больше
Мне не следует его делать	У вас нет морального обязательства помогать или не помогать себе. Так же как и нет обязанности делать упражнения. Это ваш личный выбор
Если я сделаю домашнее задание, меня можно будет осудить	Домашнее задание — это возможность собрать информацию о том, что вы думаете и как себя ведете. Цель состоит в улучшении ваших действий. Терапевт нужен не для того, чтобы вас судить. Он здесь, чтобы руководить и направлять вас. Если ваш бухгалтер попросит вас предоставить ему информацию, откажетесь ли вы сделать это, потому что вам неловко?

1. *Особенный человек.* Нарциссический пациент верит, что он уникальный и выдающийся, так что домашнее задание должно «соответствовать» его незаурядному эго. Зачастую в случае нарциссических, когнитивных и поведенческих интервенций – или при чтении популярных книг по когнитивной терапии – может показаться, что «это задание тривиально» и «мои проблемы гораздо сложнее и требуют более узкого и продвинутого подхода». Терапевт

может посоветовать пациенту найти особый способ анализа своих мыслей, научившись подбирать рациональные ответы к своим особым мыслям и проблемам.

2. *Эмоциональная регуляция.* Пациенты, чья схема отражает проблемы эмоциональной регуляции, могут считать домашнее задание не соответствующим их эмоциональным потребностям, являющимся для них первостепенными. Таким образом, рациональный или ориентированный на решение проблем подход может не годиться для решения проблем сильных эмоций. Терапевт может сказать, что эмоции пациента настолько важны, что их легче всего понять, если пациент обуздает их и выразит наиболее эффективным образом. Это станет одной из целей домашних заданий.

3. *Покинутость.* Озабоченному проблемами покинутости и зависимости пациенту домашнее задание может показаться неподходящим, поскольку проблема рассматривается как полное отсутствие какого-то человека в жизни пациента или опасность его потери: «Каким образом запись моих мыслей поможет мне найти партнера?» Или же пациент может сказать: «Каким образом оспаривание моих убеждений удержит ее в наших отношениях?» Терапевт может указать на то, что больший контроль над настроением и поведением поможет пациенту построить лучшие отношения и успешнее жить в период их отсутствия.

4. *Жесткие стандарты.* Пациент с обсессивно-компульсивным расстройством может стесняться выполнять задания по самопомощи, так как считает, что их стоит выполнять либо идеально, либо никак. Такие пациенты иногда звонят между сессиями, чтобы «уточнить», как следует выполнять домашнее задание. Кроме того, не приносящее идеального решения домашнее задание они считают бесполезным. Терапевт может указать им на то, что совершенство – цель пациента, но научение и практика – процесс. Пациента можно вдохновить научиться на своем несовершенном домашнем задании тому, что для прогресса не обязательно делать все идеально, что поможет ему модифицировать потребность быть совершенным во всем.

Непрерывность сеансов

Общим для сопротивления в терапии является отсутствие непрерывности лечения пациента. Конечно, существуют мешающие лечению практические моменты, например планирование и финансовые затраты, но многие пациенты демонстрируют двойственное отношение к лечению, просто опаздывая или не приходя на прием. В некоторых случаях пациент может попытаться продемонстрировать свою независимость или на самом деле желание наказать терапевта агрессивным отказом от присутствия на лечении. Особенно ярко это проявляется у пациентов, согласившихся с правилом оплаты прогулянных сессий, но все равно отказывающихся платить за пропуски.

С самого начала работы с пациентом терапевту следует озвучить свое ожидание непрерывности лечения, указав на необходимость еженедельных (в некоторых случаях дважды в неделю) встреч с пациентом. Если пациент выказывает нежелание проходить непрерывный курс лечения, терапевту следует выяснить причины этого, например: стоимость сессии, неудобство или амбивалентность. В некоторых случаях проблемы стоимости можно рассмотреть с помощью подхода, ориентированного на решение проблем. Например, пациент может ожидать, что обязательство непрерывности сессий означает обещание приходить на еженедельные сессии в течение многих лет, тогда как курс предусматривает всего десять сессий. Или же пациент может упустить из виду такие ресурсы, как страховка или личные сбережения, которые могут облегчить финансовое бремя терапии. Во многих случаях пациенту может потребоваться направление к более дешевому терапевту. Многие стыдятся раскрывать свои истинные финансовые возможности, опасаясь, что в таком случае будут меньше волновать терапевта. Многие считают, что менее дорогой терапевт хуже лечит. Такие вопросы можно решить сразу

же: «Какие чувства возникают у вас при разговоре о финансовых возможностях?» или «Какие чувства возникают у вас по поводу посещения менее дорогого терапевта?»

Однако в тех случаях, когда непостоянное посещение пациентом сессий не связано с этими вопросами, проблему следует сразу же изучить: «Я заметил, что вы отменили несколько сессий. Мысль о еженедельной сессии вызывает у вас какие-то сложности?» Пациент может указать на практические проблемы – деньги, расписание или требования на работе и в семье, – и тогда терапевт вместе с пациентом могут изучить возможные решения этих вопросов. В отсутствие практических проблем терапевт может напрямую спросить: «Не возникают ли у вас из-за лечения смешанные чувства?» На это могут последовать различные ответы: «Я думаю, ваша терапия не работает», «Я думаю, что говорить о своих проблемах эгоистично», «Я не хотел бы слишком от вас зависеть», «Мой муж считает, что мне не следует к вам ходить». Одна пациентка, боявшаяся своей растущей зависимости от терапевта, одновременно страшилась его отказа от нее. Ее стратегия состояла в опозданиях (чтобы он «дождался меня»), а в некоторых случаях пропусках целых сессий. Она сказала, что хочет, чтобы терапевт ощущал такую же потребность в ней, как и она в нем.

Оскорбительное или обольстительное поведение по отношению к терапевту

Оскорбительное поведение по отношению к терапевту

Некоторые пациенты отыгрывают свою патологию путем оскорбления терапевта. Оскорбление включает в себя физическое или сексуальное запугивание терапевта, угрозы судебными процессами, оскорбительные фразы, запугивание криками или воплями на сессиях, постоянные телефонные звонки с требованиями и угрозы неоплаты. Терапевту следует попытаться пресечь любое враждебное или унижающее его поведение при первом же его проявлении. Терапевты, боящиеся обидеть или потерять пациентов, могут быть нерешительными в установлении правил их поведения. А самоотверженные, даже с мазохистскими наклонностями терапевты считают, что собственные потребности и права не так важны, как требования пациента. Другой крайностью являются терапевты, отвечающие репрессиями или наказаниями на враждебность пациента. Эти терапевты, зачастую сами имеющие нарциссические проблемы, реагируют сарказмом, унижением и даже запугиванием.

Терапевты не привязаны к позорному столбу. Мы предназначаемся не для оскорблений. Позволяя пациентам вести себя по отношению к нам оскорбительно, мы принижаем себя и усиливаем патологическое, деструктивное поведение пациента.

Линехан²¹ (1993) дала замечательные рекомендации по установлению границ отыгрывания пациентов, включая ограничения на телефонные звонки, угрозы самоубийства и отсутствие непрерывности посещаемости. В дополнение к ее превосходным рекомендациям я хотел бы добавить следующее. Во-первых, терапевты – люди, имеющие право работать в не оскорбляющих их условиях. Мы имеем право не подвергаться сексуальным, физическим и психологическим домогательствам. Во-вторых, пациенты имеют право на профессиональное лечение при условии выполнения ими определенных *обязательств*. Они включают в себя оплату услуг, запрет на злоупотребление телефонными звонками терапевту и употребление по отношению к нему (или обслуживающему персоналу) ненормативной лексики, а также запрет на домогательства в отношении терапевта на его рабочем месте. Например, пациентам, позволяю-

²¹ Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2020. – Примеч. пер.

щим себе унижительные, оскорбительные комментарии об этнической принадлежности, семье или религиозных убеждениях терапевта, следует сообщить об их неприемлемости. Можно изучить *мотивацию* для таких унижительных комментариев, но такое *поведение* нельзя терпеть. Пациентам, обзывающим терапевта «сухой» или «шлюхой», следует сказать, что дальнейшее использование такой лексики приведет к прекращению сессии или всего лечения. Пациентов, начинающих физически запугивать терапевта, следует предупредить: «Думаю, что не смогу работать с людьми, выражающими свой гнев подобным образом. Я не в состоянии продолжать заниматься с вами, если вы не начнете выражать свой гнев более адекватным и контролируемым образом».

Пациент начал злоупотреблять звонками терапевту, часто оставляя сообщения на его автоответчике. Изначально терапевт говорил пациенту, что, хотя понимает важность его чувств, автоответчик следует использовать только при очень серьезных состояниях и неотложных вопросах. Пациент продолжал испытывать терпение терапевта, приходя на час раньше сессии, а затем задерживаясь в приемной еще на час. В связи с нарастанием интенсивности и регулярности такого поведения, а также отсутствием реакции пациента на установленные ограничения терапевт решил выдать ему список правил пациента: «Не допускаются телефонные звонки в перерыве между сессиями без крайней необходимости. Запрещается задерживаться в приемной дольше пятнадцати минут после сессии. Не допускаются обидные или оскорбительные выражения в адрес терапевта. Несоблюдение данных правил может привести к досрочному прекращению лечения».

Предъявление пациенту таких правил является деликатной, нелегкой задачей. Первый вопрос, на который следует ответить терапевту: «Не отыгрываю ли я свой гнев? Не пытаюсь ли я наказать пациента?» В приведенном выше примере терапевт признался себе в своем гневе, но понял, что подобные рекомендации необходимы, чтобы пациент был проинформирован о модели общепринятого поведения на приеме. Они помогут и пациенту, и терапевту. Ассертивность или установление правил терапевтом должны соответствовать поведению пациента. Многие пациенты начинают злиться, ставя под сомнение квалификацию, отзывчивость и методику терапевта. Однако оскорбительное и деструктивное поведение пациента требует соответствующей настойчивой реакции терапевта, включающей подробное описание запрещенного и принятого поведения, признание расстроенного состояния пациента и важности его чувств для терапии, а также прямое заявление о наличии собственных прав. Мне удобно говорить пациентам что-то вроде этого: «Я понимаю, что у вас есть потребность и право говорить о своих чувствах, но хочу сказать вам, что и у меня есть право на то, чтобы ко мне относились с уважением». Иногда пациенты заявляют: «Вы мой терапевт! Я плачу вам, чтобы вы это выслушивали!» Мой ответ таков: «Вы платите мне за мои профессиональные услуги, а не за свои оскорбления. Чтобы лечение было успешным, есть кое-что, что я хочу от вас. Я постараюсь дать вам наилучшее лечение, но вам стоит подумать о том, как сделать так, чтобы я захотел провести с вами такое лечение». Я часто спрашиваю пациентов: «Если бы вы были мной и у вас был пациент, который бы говорил или делал такие вещи, как бы вы поступили?» Следующий вопрос, который следует задать пациенту: «Кажется, у нас дилемма. Вы обращаетесь ко мне за помощью, а я хочу вам помочь. Но как такое ваше поведение поможет вам получить желаемое? Каким образом я захочу помочь вам, если вы меня оскорбляете? Соотносится ли такое поведение с вашими долгосрочными интересами?»

После озвучивания правил я предлагаю пациенту изучить свои негативные и позитивные чувства по поводу услышанного. Негативная реакция включает в себя следующие высказывания: «Вы жесткий. Вам все равно. Вас волнует только собственная персона. Вы как мой отец. Как я могу откровенно говорить о своих чувствах, если мне приходится думать о ваших?» Положительная реакция включает в себя следующее: «Знаю, что я потерял контроль. Я постараюсь себя контролировать». Один пациент с облегчением узнал, что терапевт хотел погово-

речь о его оскорбительном поведении, а не нападать на него и отказывать ему в лечении. В результате он расплакался на сессии, сказав, что всегда ожидал отвержения близкими людьми за свое дурное поведение. Используемый терапевтом сотруднический, но асертивный подход помог пациенту сохранить терапевтические отношения.

Соблазняющее поведение по отношению к терапевту

Терапевты – люди, а отношения между пациентом и терапевтом – мощный эмоциональный опыт. У некоторых пациентов может возникнуть эротический перенос на терапевта. Возникшее влечение пациента к терапевту может быть естественным следствием привязанности двух людей друг к другу в сильных эмоциональных отношениях. Однако в большинстве случаев влечение является следствием возросшей зависимости пациента. Возможная активация схем пациента может привести к идеализации терапевта. Например, схема «обо мне позаботятся другие» может привести пациента к идеализации терапевта как человека, который спасет его от проблем. Избирательные знания пациента о терапевте и идеализированное отношение к нему не должны побуждать терапевта льстить своему эго, считая себя неотразимым. Обычно влечение больше говорит о пациенте, чем о терапевте.

В некоторых случаях эротический перенос может отражать попытку пациента соблазнить терапевта, чтобы свергнуть его с пьедестала. В этих случаях пациент может воспринимать терапевта как контролирующую, могущественную фигуру, которую он одновременно боится и желает. Фантазия может состоять в завладении терапевтом в виде любовника, чтобы его сила, таким образом, перешла к пациенту. Например, одна пациентка принимала сексуально соблазнительные позы перед своим терапевтом при обсуждении с ним того, как она становилась жертвой мужчин. Во время таких бесед она рассказывала, как ей нравилось быть стриптизершей, потому что это заставляло ее чувствовать себя сильной и высокомерной по отношению к мужчинам, «хотевшим, но не имевшим возможности получить меня». Как-то она в своей сексуально провокационной одежде наклонилась к терапевту и сказала: «Интересно, почему мужчины разрешают женщинам заниматься с ними оральным сексом? Это делает их такими уязвимыми». Такое провокационное, соблазнительное поведение привело терапевта к следующей интерпретации переноса: «Интересно, почему вы чувствуете потребность контролировать мужчин и заставлять их хотеть вас?»

Это привело к обсуждению ее переживаний из-за своей непривлекательности и лишнего веса в подростковом возрасте, когда она не нравилась ни одному парню. Она вспомнила ощущение постоянной необходимости компенсировать эти чувства, став соблазнительной. Пациентка призналась, что вышла замуж за мужчину, который, по ее мнению, нуждался в ней больше, чем она в нем. Она заявила, что поступила так, потому что всегда боялась, что ее бросят, так как она недостойна любви. Таким образом, потенциально соблазняющее поведение на сессии превратилось в продуктивное обсуждение ее сексуальных схем.

Некоторые пациенты нарушают границы надлежащего поведения, отпуская в адрес терапевта непристойные и недвусмысленные комментарии и даже напрямую помогаясь ему. Изначально интерпретации переноса могут быть полезны, как в описанном выше примере. Однако в некоторых случаях поведение пациента продолжает быть провокационным и неприемлемым. В таких случаях необходимы ограничения. Пациенту-мужчине, продолжавшему сексуально помогать терапевту-женщине рассказами о фантазиях с ее участием, которые возникали у него во время мастурбации, было сказано, что подобные рассказы на терапии неуместны. Когда пациент сказал, что мастурбировал с мыслями о ней в туалете в ее офисе, она заявила, что не сможет больше принимать его при продолжении такого поведения и признаний в таких мыслях и чувствах (кроме того, поскольку она работала в медицинском центре, то могла быть уверена в своей безопасности, ведь когда этот пациент приходил на сессии, в офисе всегда при-

существовали другие сотрудники). Такое заявление было полезно для перехода терапии в более продуктивное русло и менее враждебное и неуместное поведение.

Иногда эротический перенос пациента нельзя убрать. Некоторым пациентам терапевт может настолько сильно напоминать знакомого – или любимого, – что они не могут контролировать свое поведение. В таких случаях следует обсудить эти вопросы напрямую: «Считаете ли вы, что эти чувства слишком сильны для продолжения нашей работы?» Пациент может утверждать, что сможет продолжать работу, но настоящей проверкой станет степень, до которой он воздержится от неподобающего поведения. Терапевт может заметить, что, хотя пациент и хочет измениться, у него это не получается. В таких случаях лучше передать пациента другому терапевту.

Расщепление переноса

Во время терапии пациенты часто обращаются за помощью более чем к одному специалисту. Зачастую они посещают практикующего психотерапевта и врача, который назначает им медикаментозное лечение²². В некоторых случаях второй терапевт может предоставлять другой вид лечения. Например, когнитивный терапевт может лечить пациента, посещающего психодинамического терапевта. В других случаях второй терапевт проводит терапию для пары или семьи. Недавно выписанный из больницы пациент может проходить групповую терапию в дневном стационаре. Рекомендуется поддерживать связь между терапевтами и пытаться скоординировать лечение. Однако при всех усилиях и лучших намерениях пациент может либо создать конфликт между терапевтами, либо оказаться в его эпицентре.

Распространенным источником расщепления переноса является случай, когда у пациента есть врач и психотерапевт. Пациент может решить, что существует два противоречивых взгляда на его «болезнь»: биологический и когнитивно-поведенческий. Я пытаюсь избежать этой путаницы, указывая пациенту на то, что, например, депрессия обычно является результатом ряда обстоятельств: биологических факторов, детского опыта, имеющихся отношений, стресса, вознаграждений и нашего мировоззрения. Вместо того чтобы рассматривать депрессию как полностью биологическую или полностью когнитивную, можно думать о ней как о взаимодействии обоих этих факторов. Пример

с гипертонией (повышенным давлением) помогает проиллюстрировать такое взаимодействие: «Если бы у вас была гипертония, то для контроля за ней вы могли бы сделать несколько вещей. Вы могли бы принимать лекарства, а также провести ряд изменений в своем образе жизни. Например, отказаться от алкоголя и курения, заняться спортом и похудеть или научиться расслабляться для снижения стресса. Каждая из этих вещей может оказаться полезной. И безусловно, вы можете использовать их все».

Однако в некоторых случаях пациент чувствует себя зажатым в тисках между придерживающимся биологического подхода врачом и работой на когнитивно-поведенческой терапии. Терапевту следует связаться с назначающим лекарства врачом и выяснить, что тот на самом деле говорит пациенту. Возможно, пациент неправильно доносит его позицию. В любом случае полезно сообщить врачу о словах пациента по поводу ненужности терапии. Одни врачи могут отказаться от своего одностороннего взгляда, а другие – нет. Если врач считает терапию бесполезной, психотерапевту следует быть ассертивным. Ему нужно указать на то, что мнение врача создает проблемы для пациента и подрывает работу психотерапевта (некоторые не являющиеся врачами психотерапевты кажутся запуганными выписывающими рецепты врачами. Я считаю, что первостепенной целью является благополучие пациента, и если врач не придержива-

²² Фактически и тот и другой – врачи и терапевты. Но с разным функционалом. – *Примеч. ред.*

ется того же мнения и требований профессиональной этики, это скорее проблема его, а не пациента).

Если психотерапевт обнаруживает, что врач не может удержаться от провокационных заявлений, ему следует обсудить на сессии чувства попавшего в эпицентр конфликта пациента. Из-за несогласия специалистов пациент может испытывать чувство вины или испуг. Автоматические мысли и допущения можно оспорить, сосредоточив внимание пациента на праве выбора лечения.

В некоторых случаях пациент может быть направлен на лечение терапевтом другого направления, например психодинамическим терапевтом. Когнитивному терапевту следует обсудить с другим терапевтом преимущества и недостатки наличия двух терапевтов. Исходя из моего опыта, это почти всегда недостаток. По возможности пациенту следует предоставить право прекращения другой терапии на время когнитивной терапии. Зависимые, избегающие, пассивно-агрессивные, пограничные и нарциссические пациенты особенно страдают от двойной терапии. Зависимый или избегающий пациент боится лишиться любого источника поддержки и потому чувствует себя неспособным выбрать нужный подход. Пассивно-агрессивный пациент может использовать одного терапевта в качестве средства противостояния «давлению» другого терапевта. Пограничные пациенты печально известны расщеплением переноса – иногда они превращают одного терапевта в «хорошего полицейского», а другого – в «плохого». Пациент может сказать: «Мой второй терапевт говорит, что ваша терапия несерьезна и не поможет» или «Другого терапевта действительно волнуют мои чувства». Нарциссический пациент может окружать себя «подхалимствующими» терапевтами, которые служат ему скорее публикой, а не источником изменений. Несколько лет назад ко мне на когнитивную терапию направили одну пациентку. Она уже посещала врача для назначения лекарств, проходила традиционное аналитическое лечение у психоаналитика и «регулярную терапию» у психодинамического терапевта. И теперь она хотела видеться со мной дважды в неделю на когнитивной терапии. На первой же сессии пациентка объявила, что не собирается выполнять никаких домашних заданий и что если ей и станет лучше, то только во время сессии. Терапия стала ее жизнью. Муж почти не обращал на нее внимания, а два ее терапевта, похоже, предоставили ей особые привилегии: продленные сессии, частые телефонные звонки и рассказы о подробностях своей частной жизни. Пациентка бросила когнитивную терапию со мной через две недели, очевидно осознав, что она не обеспечит ей суррогатную жизнь.

Такое расщепление переноса должно обсуждаться терапевтами. К сожалению, многие терапевты финансово зависят от пациентов и не стремятся поощрять их искать помощь в другом месте. Некоторые считают, что их подход лучше всех. Пациент оказывается в эпицентре страхов контрпереноса другого терапевта. Если конфликт между терапевтами нельзя уладить, когнитивный терапевт может изучить мнение пациента по поводу конфликта. Например, можно задать пациенту следующие вопросы.

- ◆ «Каковы ваши мысли и чувства по этому поводу?»
- ◆ «Каковы цели вашего лечения?»
- ◆ «Какой итог вы бы предпочли? Чего бы вы хотели от меня и от доктора Джонса?»
- ◆ «Каковы издержки и выгоды того, что вы скажете мне и доктору Джонсу, чего вы хотите?»
- ◆ «Каковы издержки и выгоды решения отказаться на время от одной из терапий?»

У пациентов может возникать множество мыслей и чувств по поводу ощущения нахождения в эпицентре конфликта. Некоторые испытывают вину и смущение – например, они опасаются, что если они откажутся от одного врача, то его может не оказаться снова рядом, если с другим терапевтом ничего не получится. Другие пациенты боятся репрессий – критики и унижений со стороны терапевта. Третьим нравится находиться посередине: они чувствуют себя

важными, нужными врачу и терапевту и контролирующими. Им может понравиться наблюдать, как два доктора «сражаются» за них. Это также может позволить им наказать одного из них, не неся за это прямой ответственности: «А другой врач говорит, что ваша когнитивная терапия – пустая трата времени».

Вину и смущение из-за расщепления переноса можно изучить, выяснив цель пациента: поддержать терапевта или улучшить свое состояние. Полезной интервенцией является техника двойных стандартов, поскольку пациенты зачастую гораздо охотнее поощряют ассертивность в других, чем практикуются в ней сами. Можно узнать о невыраженном или завуалированном гневе: «Во время терапии пациенты часто обнаруживают недовольство и разочарование в своем терапевте. Если вы испытываете такие чувства по отношению ко мне или другому доктору – это естественно. Не могли бы вы рассказать мне об этих мыслях и чувствах? Как вы относитесь к тому, чтобы рассказать нам о вашем гневе? Какого рода автоматические мысли вас посещают?» Некоторые пациенты считают невозможным напрямую выражать свой гнев одному врачу, если, конечно, не устроили так, чтобы «наготове» был другой.

Преждевременное прекращение терапии

Как правило, прекращение терапии кажется преждевременным терапевту, но не пациенту. Некоторые терапевты, боясь признать свое отвержение пациентом, могут давать этому нарциссическую интерпретацию: «Она прекратила лечение, потому что я вылечил ее от приступов паники за одну сессию!» Конечно, основной вопрос звучит так: «Что представляет собой преждевременное прекращение терапии?»

Тут нет определенных правил. Преждевременность прекращения может определяться рядом факторов, не все из которых обоснованны.

1. Пациент решил, что ему больше не требуется лечение.
2. Проявление симптомов у пациента снизилось.
3. Пациент больше не делает успехов.
4. Пациент правильно определил и оспорил свои когнитивные искажения и допущения.
5. Пациент в состоянии самостоятельно применять техники когнитивной терапии.

К сожалению, в реальном мире прекращение терапии может иметь больше общего с политикой здравоохранения, чем с терапевтическими целями.

Каждый из этих факторов имеет отношение к прекращению терапии. Пациенты могут думать о лечении по-разному, причем каждая из мыслей обоснованна.

- ◆ Лечение – это кризисная интервенция.
- ◆ Лечение – это уменьшение проявления симптомов.
- ◆ Благодаря лечению приобретаются понимание и навыки самопомощи.
- ◆ Лечение – это личностный рост.

Когда пациенты задумываются о прекращении терапии, следует поддержать их: «Пре-красно, что вы можете сказать мне о своем желании изменений. Давайте рассмотрим, с какими целями вы пришли сюда и насколько вы продвинулись в их достижении». Пациента можно вернуть к списку проблем, составленному на первых сессиях, или к проблемам, возникавшим в ходе лечения. Например, терапевт может сказать: «Давайте посмотрим на проблемы, над которыми вы хотели поработать в процессе лечения. Вы называли депрессию, тревогу, самокритику, прокрастинацию и отношения на работе. Давайте рассмотрим, какого прогресса вы добились в каждой из этих областей».

В некоторых случаях пациенту требовалась только кризисная интервенция. Это оправданная цель, но терапевт может спросить: «Есть ли какие-то факторы, объясняющие этот кризис, который может повториться?»

Желание преждевременного прекращения лечения может быть связано с целым рядом проблем схем: со страхом стать зависимым, убеждением в эгоистичности своего лечения и его незаслуженности, страхом выдать беспокоящую тему, страхом быть контролируемым и униженным, а также страхом быть брошенным и отвергнутым терапевтом. Например, одна пациентка думала о прекращении терапии, хотя понимала, что остается ряд важных вопросов, над которыми можно еще поработать. При рассмотрении издержек и выгод продолжения лечения она сказала, что боится стать слишком зависимой от терапевта и разочароваться, если он потеряет к ней интерес или не удовлетворит ее потребности. Это привело к дискуссии о том, что мать редко заботилась о ее потребности и это вылилось в убежденность о неважности собственных потребностей и эгоистичности своей терапии. Пациентка смогла переосмыслить продолжение лечения как упражнение в ассертивности, то есть в удовлетворении *своих* потребностей.

Другая пришедшая на лечение из-за панического расстройства пациентка сообщила о своем желании прекратить лечение, хотя все еще очень тревожилась и была несчастна в браке без сексуальных отношений с мужем. Рассматривая издержки и выгоды продолжения лечения, она упомянула о своей боязни стать слишком «эмоциональной» в отношениях с терапевтом. Когда мы изучали доказательства за и против этого убеждения, она рассказала, что много лет назад состояла в сексуальной связи с терапевтом и теперь боялась иметь чувства сексуального характера по отношению к любым авторитетным для нее врачам (что было особенно проблематично, так как она работала в больнице). Обсуждение страха возбуждения – и страха невозможности себя контролировать – закончилось разговором о ее способности бросать вызов чувству вины при мысли о прошлой связи с терапевтом. Это привело к тому, что она смогла начать совместные сессии со своим мужем, а также к улучшению их супружеских отношений.

И наконец, нарциссический пациент начал терапию, одновременно бросая вызов и идеализируя терапевта. По мере продолжения терапии он обсуждал чувства гнева и эмоциональной депривации к матери, с которой все еще жил. Однажды он начал сессию в оборонительной и сердитой манере, заставив терапевта задаться вопросом, не сделал ли он чего-то, что могло обидеть пациента. Пациент кричал: «Я брошу вас раньше, чем вы меня!» Когда терапевт сказал, что у него нет планов отказаться от пациента, и поинтересовался, что заставило его так подумать, пациент ответил: «Я стал от вас слишком зависим». На следующей сессии пациент сначала молчал, а когда терапевт спросил, о чем он думает, ответил: «Я сыт этим дерьмом по горло!» – и ушел. В действительности скрытый мотив пациента заключался в отвержении любого, от кого он начинал зависеть, поскольку пациент предполагал, что никто из его знакомых его терпеть не мог. К сожалению, он так и не вернулся на лечение, несмотря на все попытки терапевта с ним связаться.

Выводы

Я рассмотрел несколько аспектов процессуального сопротивления в когнитивно-поведенческой терапии. Сопротивление в терапии может принимать форму проблем, связанных с составлением повестки дня, совместной работой, выполнением домашних заданий, отсутствием непрерывности встреч, оскорбительным или соблазняющим поведением, расщеплением переноса с другими терапевтами и преждевременным прекращением терапии. Я предложил некоторые интервенции, которые могут оказаться полезны для решения каждой из этих проблем терапии.

Во второй части я расскажу о многомерной модели различных видов сопротивления. Конечно, любой из упомянутых мной здесь аспектов процессуального сопротивления имеет

отношение к рассмотрению каждого из описанных в этой книге аспектов сопротивления. Однако, как я надеюсь, станет ясно, что клиницисту необходимо признать существование множества причин сопротивления изменениям. А значит, важно знать, какие процессы сопротивления запущены у пациента в данный момент времени.

Часть II

Аспекты сопротивления

Глава 4

Сопротивление валидации

Он же сказал ему: «Сын мой! Ты всегда со мною, и все мое твое, а о том надобно было радоваться и веселиться, что брат твой сей был мертв и ожил, пропадал и нашелся».

Лк. 15:31–32.

Испанский философ и писатель Мигель де Унамуно (1921) как-то заметил, что современную эпоху, по-видимому, характеризует убеждение в том, что все проблемы можно решить с помощью рациональности и технологии. И все же большая часть жизненных проблем не поддается решению, а многие ситуации, бесспорно, грустны и трагичны. Унамуно предлагает читателю следующую притчу: «Однажды на пути молодого человека встретился сидящий у дороги плачущий старик. Молодой человек спросил его: “Отчего ты плачешь, старик?” Старик ответил: “Мой сын умер. Я оплакиваю его смерть”. Молодой человек рационально возразил: “Но плач ничего не даст. Твой сын все равно мертв”. На что старик ответил: “Я плачу именно потому, что плач ничего не дает. Мы должны научиться плакать из-за ран, а не просто лечить их”».

Унамуно (1921) называет такое отношение «трагическим чувством жизни». Руководствуясь им, мы признаем, что, хотя и продолжаем искать решения, все равно сталкиваемся с потерями и дилеммами. В этом смысле мы являемся свидетелями страданий других. И придаем этому значение, делимся опытом дилемм. Литературный критик Джордж Штайнер в «Смерти трагедии» (1980) описывает такой момент безутешного горя. В пьесе Бертольда Брехта «Мамаша Кураж и ее дети»²³, постановку которой Штайнер увидел в Восточном Берлине, мамаша Кураж должна опознать тело мертвого сына. Она смотрит на него, мотая головой в «безмолвном отрицании». Тело уносят прочь, и Кураж отворачивается, широко раскрыв рот, словно крича, – но публика не слышит ни звука. Штайнер пишет: «Вырвавшийся наружу звук был настолько грубым и ужасным, что не поддается никакому описанию. Но на самом деле не было слышно ни звука. Ничего. Звук был абсолютной тишиной. Публика, поникнув головой, сидела в безмолвном молчании. Тяжесть потери была ошеломляющей – настолько огромной, что не существовало слов для ее выражения или описания».

Некоторые когнитивно-поведенческие терапевты утверждают: ничто не ужасно, ничто по-настоящему не кошмарно, потому что все равно можно продолжать жить. Но и «ужасно» не означает, что нельзя продолжать жить. Так, слово «ужасный» подразумевает «внушающий благоговение»: ты остаешься один на один с переживанием, чувствуешь себя на мгновение меньше, ошеломленнее, потрясеннее, растроганнее. Смерть близких, собственная неизбежная смерть и потеря значимых для нас отношений – это внушающие благоговение переживания. Следует различать «рациональное», «иррациональное» и «нерациональное»²⁴. Переживание,

²³ Брехт Б. Мамаша Кураж и ее дети: Театр. Пьесы. Статьи. Высказывания: В 5 т. – М.: Искусство, 1964. Т 3. – Примеч. пер.

²⁴ Отто Р. Священное. Об иррациональном в идее божественного и его соотношении с рациональным. – СПб.: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 2008. – Примеч. пер.

внушающее нам благоговение, часто выходит за рамки рациональности и поэтому нерационально. Оно нелогично, оно *проникновенно*. Оно внушает ужас, страх и ошеломляет.

Именно этот аспект состояния человека, признание того, что «мы должны научиться плакать из-за ран, а не просто лечить их», является неотъемлемым компонентом действенной терапии и подлинных отношений. Переживая то, что кажется нам ужасным и кошмарным, мы часто находим утешение в сознании того, что другой человек понимает или по крайней мере пытается понять нашу боль.

Недостатки когнитивной терапии

Когнитивно-поведенческий подход в терапии часто подвергается критике как модель, недостаточно учитывающая эмоции пациента. Пациенты и терапевты психодинамической, клиент-центрированной и экспириенциальной терапии утверждают, что когнитивный терапевт игнорирует потребность пациента в рассмотрении своих эмоций, а также в их понимании и валидации. *Сопротивление валидации* – это требование от терапевта понимания, эмпатии и заботы, при этом часто исключается решение проблем или рациональная перспектива.

Когнитивная модель основана на *рациональном принципе*, то есть на допущении, что люди мотивированы на изменение своих убеждений в соответствии с фактами и логикой. Этот основанный на оптимизме эпохи Просвещения рациональный принцип подразумевает, что «истина сделает вас свободными»²⁵. При чтении профессиональных или популярных книг по когнитивной терапии складывается впечатление, что страдающие различными недугами люди просто рассматривают издержки и выгоды своих убеждений, изучают доказательства и меняются. Мысли и изменения кажутся упорядоченными, простыми и очевидными. Как и во многих моделях человеческой природы эпохи Просвещения, сформулированных, например, Дэвидом Юмом, Джоном Локком, Джоном Стюартом Миллем и Адамом Смитом, считается, что при решении проблем люди стремятся к удовольствию и эмпирическим исследованиям. Они движимы принципами удовольствия и боли, их убеждает рациональность.

Проблемы рассматриваются как ошибки, искажения и предубеждения, которые после корректировки перестают быть таковыми. Описание чьего-то мышления как «искаженного» вовсе не означает, что человек менее умен, чем тот, кто его описывает. Люди, считающие себя неполноценными, могут интерпретировать внимание терапевта к искажениям их мышления как инвалидацию.

Некоторые когнитивно-поведенческие терапевты считают, что у всех проблем есть решение: выздоровление – лишь вопрос применения методик и техник терапевтической модели. Терапевт может вмешаться в процесс слишком быстро, задав вопрос: «Как вы можете решить эту проблему?» – не осознав в должной мере того, что проблема весьма важна для пациента. Как сказал мне один критически относящийся к когнитивному подходу коллега, «некоторые думают, что если нет решения, то нет и проблемы».

Теоретические подходы к эмпатии и валидации на терапии

Безусловно, существуют значимые теоретические, клинические и эмпирические исследования в поддержку важности проявления эмоций и эмпатии в терапии. Модели привязанности, подчеркивающие важность отношений надежной привязанности в развитии эмоциональной регуляции, предполагают развитие терапевтом надежных, предсказуемых отношений с пациентом, необходимых, чтобы тот ощущал, что его эмоции понимаются, возвращаются и

²⁵ «Познаете истину, и истина сделает вас свободными» (Ин. 8:32). – *Примеч. пер.*

ценятся терапевтом (см.: Bowlby, 1969²⁶; Guidano & Liotti, 1983; Safran & Segal, 19190; Safran, 1998). В соответствии с моделями систем привязанности, например моделью Боулби, пациент будет настойчиво выражать мучающие его эмоции, пока терапевт не ответит ему эмпатией и поддержкой. Неспособность терапевта к выражению эмпатии приведет либо к нарастанию негативных эмоций, либо к уходу пациента из отношений.

Согласно Роджерсу²⁷, неврозы являются результатом несоответствия между идеальным и заниженным реальным «я» (самооценкой). Цель терапии – уменьшить такое несоответствие в представлении о себе посредством неосуждающего, безусловного позитивного отношения. Несмотря на убедительные доказательства того, что улучшение в терапии связано с восприятием пациентом эмпатии терапевта, Дерубейс и Фили (1990) обнаружили, что улучшению состояния пациента *предшествовало* восприятие им эмпатии со стороны терапевта. Это предполагает, что убежденность пациентов в том, что они по-настоящему волнуют терапевтов, возникает только после наступления у них улучшения: напомним, что мы любим помогающих нам людей и считаем, что мы им небезразличны.

С точки зрения объектных отношений недостаток эмпатии является почти неизбежным явлением во время терапии, приводя пациента к убеждению в том, что терапевт не может ему помочь²⁸. Первоначальная идеализация терапии пациентом может вылиться в дихотомию другой крайности, то есть ценящего валидацию и эмпатию пациента может деморализовать их отсутствие. Кохут (1971, 1977) предположил, что на определенные расстройства личности, например на пограничное и нарциссическое расстройства, особенно влияет потребность в «отзеркаливании», то есть стремление к почти совершенной способности терапевта к эмпатии.

Линехан²⁹ (1993) предложила диалектическую модель валидации и изменения, утверждая, что пациент и терапевт сталкиваются с парадоксально явным конфликтом, согласно которому терапия требует изменений, но у пациента существует потребность в валидации «здесь и сейчас». Согласно Линехан, таким пациентам говорили противоречивые вещи – например, что они неспособны, но от них ожидают великих успехов. В отстаиваемом мной в этой книге подходе я попытался использовать «истину» диалектического подхода, чтобы помочь пациенту понять дилемму пациента и терапевта. Она подразумевает необходимость изменений, но также и необходимость валидации восприятия и чувств пациента. С этой точки зрения терапия вызывает способность уравнивать внутреннее напряжение изменения и валидации.

Гринберг и Пайвио (1997) разработали экспериментальный подход, включающий в себя техники гештальт-терапии, клиент-центрированную терапию и их собственную комбинацию когнитивной терапии. Они называют эту терапевтическую модель «эмоционально-фокусированной терапией». Согласно Гринбергу и Пайвио, некоторые аффективные и тревожные расстройства могут возникать или поддерживаться нарушениями обработки эмоционального содержания (см. также: Foa & Kozak, 1991; Pennebaker, 1995; Kennedy-Moore & Watson, 1999; Wegner, 1989). Эти проблемы эмоциональной обработки включают в себя сверхконтроль (путем вытеснения или торможения аффекта) и недостаточный контроль (путем чрезмерного выражения эмоций или ощущения захлестывания ими). Гринберг и Пайвио утверждают, что активация связанного с негативными мыслями эмоционального содержания или эмоциональных схем может иметь важное значение для модификации глубинных мыслей и эмоций. Их

²⁶ Боулби Дж. Привязанность. – М.: Гардарики, 2003. – *Примеч. пер.*

²⁷ Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: Теория, современная практика и применение. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2007. – *Примеч. пер.*

²⁸ Кохут Х. Анализ самости. – М.: Когито-Центр, 2017. К. Хайиц. Восстановление самости. – М.: Когито-Центр, 2017. – *Примеч. пер.*

²⁹ Линехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М.: Вильямс, 2020. – *Примеч. пер.*

подход подчеркивает выявление аффекта посредством экспериментальных техник, таких как стриминг, визуализация и реструктурирование как эмоциональных, так и когнитивных схем. Они подчеркивают важность эмпатии и валидации со стороны терапевта, поскольку это облегчает признание пациентом своих реальных эмоциональных потребностей.

Похожим образом Сафран и его коллеги (1998) подчеркивали важность терапевтического альянса, неотъемлемой частью которого являются эмпатия, сотрудничество и исцеление психотравм в терапевтических отношениях. Согласно когнитивной модели межличностной коммуникации Сафрана, прогресс пациента в терапии не сводится к рациональному оспариванию мыслей. Он также требует от терапевта и пациента работы по осознанию и восстановлению важных «разрывов» их терапевтического альянса. В центре внимания терапии находятся валидация, эмпатия и сотрудничество с пациентом для поддержания рабочих отношений. Я признаю важность такого терапевтического альянса для сосредоточения терапевта и пациента на удовлетворении эмоциональных потребностей пациента и его потребности в валидации. Эти аспекты терапевтического альянса имеют отношение к нескольким аспектам сопротивления – в частности, к валидации, эмоциональной дисрегуляции, ролям жертвы, сопротивлению схемы – и к вопросам контрпереноса, обсуждаемым в главах 11 и 12.

Однако чрезмерное внимание к валидации за счет исключения изменения может завести в терапевтический тупик. Например, некоторые пациенты могут рассматривать функцию терапии в целом как эмоциональную разрядку и валидацию. Исходя из этого терапевтическая сессия должна состоять из изложения пациентом своих жалоб и эмоций и обратной реакции терапевта в виде подтверждения того, насколько ужасна жизнь пациента. Целью терапии становится простое желание «быть понятым». Как я указываю далее в этой главе, такая модель эмоциональной разрядки и валидации может привести к поддержанию «сценария жертвы» на терапии: пациент снова и снова сосредотачивается на том, насколько трудна его жизнь, а терапевт становится слушателем и сторонником такого взгляда. В результате пациент ощущает себя понятым, но беспомощным для изменений.

Зацикленные на валидации пациенты часто убеждены в том, что несогласие с ними терапевта не только лишает валидации, но и является признаком предательства и враждебности. Рассмотрим следующие примеры.

Пациентка, госпитализированная до начала лечения по причине психотической депрессии и получавшая электросудорожную терапию, пришла на когнитивную терапию, где ей помогли справиться с большей частью ежедневной тревоги по поводу потери памяти. Однако, продолжая работать с терапевтом по связанным с ее работой проблемам, она утверждала, что тот не в состоянии понять ее переживаний, поскольку никогда не испытывал психотическую депрессию. Она злилась на него и просила направить ее к «терапевту, который в прошлом поборол собственный психоз». Зацикленность пациентки на валидации была настолько сильна, что, по ее мнению, понять и помочь ей мог только терапевт со схожей патологией.

Пациентка с пограничным расстройством личности, считавшая ситуацию на работе безнадежной, разозлилась, когда терапевт предложил некоторые возможные изменения ее трудовой жизни, например стать более ассертивной со своим руководителем и приобрести новые навыки и умения. Терапевт вызвал следующие автоматические мысли пациентки относительно ее гнева при предложении изменения: «Вы меня не понимаете. Я действительно в ловушке. Если вы этого не понимаете (и не соглашаетесь с этим), то не можете мне помочь. А если вы не можете мне помочь, то никто не сможет мне помочь. Если вы мне не помогаете, то я вас ненавижу, потому что вы собираетесь причинить мне боль».

Патологические стратегии для получения валидации

Требующие и не получающие валидации пациенты могут прибегать к различным стратегиям для получения ее от терапевта. Они включают в себя руминацию, нарастание интенсивности жалоб, обесценивание терапевта, эмоциональное дистанцирование, расщепление переноса и невыполнение домашнего задания.

Первая стратегия заключается в *руминации* по поводу ужасности своего положения. Повторяя свои жалобы и отказываясь выбрать другие темы для обсуждения, пациент надеется заставить терапевта признать, что все на самом деле очень плохо. Например, один пациент постоянно заикливался на своих «финансовых проблемах», хотя был состоятельным человеком. Всякий раз, когда терапевт пытался указать пациенту на его финансовую обеспеченность, тот все больше погружался в страх нищеты.

Вторая стратегия состоит в *нарастании интенсивности жалоб*. Она может принимать форму повышения голоса (вплоть до криков на терапевта) либо доказывания того, что дела обстоят еще хуже, чем заявлялось вначале. Таким образом, пациент становится «инвестором» катастрофизации: «Если я докажу, что все ужасно, то вы поймете, как я себя чувствую».

Третья стратегия – попытка вызвать *негативные чувства* терапевта, наказав или обесценив его. Например, пациент может заниматься принижением терапевта: «Вы мне не помогаете», «Я напрасно выбрасываю на вас свое время и деньги», «Вы некомпетентны» или «Я не собираюсь возвращаться». Я заметил, что пациент, ощущающий себя некомпетентным, с большей вероятностью будет жаловаться на некомпетентность терапевта, а пациент, боящийся быть отвергнутым терапевтом, склонен первым его бросить.

Четвертая стратегия предполагает *эмоциональное дистанцирование*. Пациент может стать молчаливым на сессиях или вообще отказываться разговаривать. В отличие от пациентки, напрямую разряжающей свои эмоции, эмоционально дистанцирующаяся пациентка ведет себя так, словно говорит: «Если вы хотите узнать, что я чувствую, вам придется спросить меня». Гротовое молчание пациента или нежелание говорить отражают его убеждение в неспособности терапевта понять его чувства, а значит, «зачем напрягаться?».

Пятая стратегия получения валидации состоит в *расщеплении переноса* между двумя терапевтами или между терапевтом и кем-то из окружения пациента. Например, пациент, утверждающий: «Во время депрессии я не могу ничем заниматься», сообщает что прописывающий ему лекарства психиатр согласен с тем, что тот ничего не может делать во время депрессии. Или же пациент может сказать, что другой терапевт «действительно понимает меня, а вы – нет». Многие пациенты с сопротивлением валидации окружают себя друзьями, укрепляющими их убеждение в ужасности ситуации и помогающими им сосредоточиться на том, как плохо они себя чувствуют. Посредством заявления «Мой друг (терапевт, муж, жена) считает вашу терапию бесполезной» пациент может выражать собственные сомнения без необходимости их отстаивать.

И наконец, пациент с сопротивлением к валидации зачастую отвергает стандартные когнитивно-поведенческие интервенции и *не выполняет домашних заданий*. Попытки рассмотреть доказательства за и против его убеждения считает тривиальными, а анализ издержек и выгод называет бессмысленным, потому что «я так чувствую, и это не то, что я хочу». Пациент считает поведенческие задания нереалистичными, так как «вы не понимаете, что я действительно не могу измениться». Указания терапевта на наличие альтернативных способов рассмотрения ситуации считаются наивными, лишаящими валидации, критичными и враждебными.

Лишение себя валидации

Сопротивление в когнитивно-поведенческой терапии может выражаться как через требование валидации, так и через *отказ пациента принять собственные потребности*. Лишение себя валидации является основным препятствием для терапии, поскольку последняя предназначена для *удовлетворения потребностей*. Человек, которому трудно определить и принять обоснованность своих потребностей, сочтет терапию как минимум бессмысленной, если не мешающей ему.

Кроме того, сверхрегуляция эмоций, особенно преднамеренные попытки подавить негативные чувства или образы, может способствовать продолжительной тревоге или депрессии пациента (см.: Greenberg & Paivio, 1997; Kennedy-Moore & Watson, 1999; Traue & Pennebaker, 1993). Так, Гринберг и Пайвио (1997) предлагают последовательный процесс: 1) позволение себе ранящих чувств, 2) их признание, а затем 3) осознание обоснованности своих неудовлетворенных потребностей. Таким образом, человек может подавлять ощущение униженности и оскорбленности и не признавать неудовлетворенную потребность в уважительном к себе отношении. «Эмоционально-фокусированная терапия» Гринберга и Пайвио обеспечивает контекст, в котором переработка эмоций посредством выявления и валидации может привести к появлению самозаверений вроде «меня нужно понимать» или «мне нужны доверительные отношения».

Многие люди, лишённые валидации в детстве, подростковом и взрослом возрасте, научились предвидеть инвалидацию. Поэтому они пытаются притупить или отрицать потребность в валидации. Такое принесение себя в жертву является попыткой избежать разочарования или наказания за наличие потребностей. Некоторые пациенты демонстрируют инвалидацию, называя себя «нытиками» или «жалобщиками», в то время как другие рассматривают терапию как «роскошь, которой не нужно себя баловать». Пациент может говорить о своих ожиданиях того, что терапевт будет считать его «плаксой» или «жалким», потому что он жалуется на свои потребности. Многие из этих пациентов считают себя тратящими слишком много денег и времени на терапию, «которая им в действительности не нужна». Когда листаешь истории болезни некоторых из них, поражает тот факт, как редко они обращались за психологической или медицинской помощью, несмотря на долгую историю депрессии и конфликтов в отношениях.

Многие из этих пациентов используют классические психодинамические защитные механизмы в виде изоляции, интеллектуализации и отрицания³⁰. С помощью *изоляции* пациент выделяет чувство или потребность и убирает из него эмоциональную составляющую. Например, пациентка монотонным голосом говорит об отсутствии любви в браке, не отдавая себе отчет, что это может быть депривацией. Используя *интеллектуализацию*, пациент находит поверхностное объяснение, минимизирующее важность обычно мешающей другим людям потребности или события. Например, пациентка «рационализирует» оскорбительные реплики мужа в свой адрес, говоря, что у нее есть чем заняться и ей плевать на его произнесенные в расстроенных чувствах слова. Она может даже рассматривать свое объяснение как успешное применение когнитивной терапии. С помощью *отрицания* — самой примитивной из психологических защит — пациент просто подавляет любое ощущение важности потребности, вплоть до отказа от ее признания. Например, женщина утверждает, что ей не нужен секс в браке, потому что у нее нет никакого сексуального желания.

Вот некоторые из наиболее распространенных стратегий лишения себя валидации:

- ◆ нежелание говорить о потребностях;
- ◆ рассматривание потребностей как слабости;

³⁰ Фрейд А. Эго и механизмы защиты. – М.: Изд. В. Секачева, 2016. – Примеч. пер.

- ◆ использование когнитивно-поведенческой терапии в качестве защиты от потребностей;
- ◆ извинение за потребности;
- ◆ неспособность обрабатывать информацию о потребностях;
- ◆ диссоциация;
- ◆ попытки снизить ожидания;
- ◆ соматизация.

Давайте кратко рассмотрим каждую из этих стратегий.

Нежелание говорить о потребностях

Пациентка может просто отказаться говорить о своих потребностях во время сессии. Она может замолчать, перейти к разговору о пустяках, обсудить кабинет или внешность терапевта или сменить тему при затрагивании ее потребностей. Терапевту следует быть внимательным к этим паттернам избегания и говорить о них напрямую: «Похоже, мы не говорим о ваших важных потребностях. Кажется, вы меняете тему, как только мы начинаем говорить о ваших отношениях с мужем. Что вы думаете о своих потребностях в этих отношениях? Что заставляет вас задуматься, когда мы говорим о ваших потребностях?» Некоторые пациенты отвечают, что разговоры о потребностях заставляют их испытывать грусть и тревогу, потому что они считают, что их потребности необоснованны или никогда не будут удовлетворены.

Рассматривание потребностей как слабости

Некоторые люди научились «справляться» со своими неудовлетворенными потребностями путем использования стратегии обороны или наступления. Они рассматривают личные потребности как слабость, уязвимость или неполноценность. Пациент, которому в детстве угрожала оружием мать, рассматривал прохождение терапии как признак своей неудачливости. Он стал мастером карате и считал себя физически неуязвимым (см.: Leahy, 1992, 1996a). Пациент считал эмоциональные потребности недостойными мужчины, его правило гласило: «Я никогда не должен быть уязвимым или слабым». Изучение этой схемы привело к осознанию пациентом того, что наличие собственных потребностей было связано в его мыслях с риском быть убитым. Он выбрал стратегию «антифобии», подвергая себя физической опасности, чтобы доказать себе свою неуязвимость.

Использование когнитивно-поведенческой терапии в качестве защиты от потребностей

К сожалению, когнитивная терапия часто поддается поверхностному, легкомысленному и ограниченному подходу к жизни. Некоторых пациентов, желающих избежать признания своей уязвимости и потребностей, привлекает ориентированный на практику подход когнитивной терапии. Кое-кто из них цитирует рациональные ответы вслух, как будто формальный подход к жизни сделает ее лучше. Пациент может весело заявить: «Я знаю, что навешиваю на себя ярлыки, называя себя “неудачником”». Несоответствие радостного распознавания правильного ответа наряду с обзыванием себя неудачником показывает, что пациент не хочет противостоять более серьезному, мешающему ему значению слова «неудачник». Некоторые пациенты выполняют домашнее задание как ритуал, во время которого они обретают «правильный» ответ: «Я не неудачник. У меня есть несколько аргументов “за”: у меня есть друзья и люди меня любят», что очень напоминает комедийного персонажа Стюарта Смолли из телешоу «Субботним вечером в прямом эфире». Отношение таких пациентов к своим потребностям поверхностно и легкомысленно, они редко разрешают себе плакать на сессиях и продолжают отношения, в которых их потребности остаются неудовлетворенными.

Терапевт может помочь таким пациентам, указав на то, что когнитивная терапия часто кажется несерьезной и поверхностной и пациенту следует осознавать риск тривиализации своих потребностей. Когда я спрашиваю пациента, каким образом его потребности обесценивались или высмеивались в более раннем возрасте, пациент может с удивлением (и тревогой) ответить: «Вы не должны говорить о детстве. Это фрейдистский подход!» Пациенту можно сказать, что когнитивная терапия значительно раздвинула свои границы, признав важность детского опыта. В действительности же вопрос, на который следует ответить, звучит так: «Что вас так расстраивает в теме, о которой мы будем говорить?»

Извинение за потребности

Некоторые пациенты извиняются за наличие у себя потребностей, считая их чрезмерными, неуместными и, что наиболее важно, отвратительными или жалкими в глазах других. Пациент может сказать: «Вы, наверное, думаете, что я неудачник, раз у меня депрессия» или «Я знаю, что это звучит так, словно я жалуюсь». Такие комментарии отражают ситуацию, когда другие постоянно лишают пациента валидации, веля ему «взрослеть» или «перестать так делать». Одна женщина колебалась между требованиями ободрения – например, посредством частых телефонных звонков между сессиями – и отрицанием своих потребностей в ходе сессии. Она часто перебивала свой рассказ словами «:Это нормально?», ставя под сомнение обоснованность своих потребностей. Она очень боялась говорить о своем гневе на меня, ожидая, что я не захочу ее больше лечить. Конечно же, проблемой в ее случае было *доверие*, что соответствовало противоречивым требованиям в семье в ее детстве. Мать указывала ей на чрезмерность и необоснованность ее потребностей, в то же время заявляя, что является единственным человеком, на которого она могла положиться.

Неспособность обрабатывать информацию о потребностях

Некоторые пациенты с трудом вспоминают только что сказанное, если речь шла об их потребностях. Например, одна очень умная пациентка не могла вспомнить, что только что сказал терапевт о ее потребности в любви и уважении. Терапевту пришлось повторить эти слова несколько раз, чтобы донести свою точку зрения. Некоторым склонным к самоуничтожению и лишению себя валидации пациентам разговор о потребностях напоминает попытку заговорить на незнакомом языке. Эта неспособность является рудиментарной формой защитного механизма диссоциации, к рассмотрению которой я сейчас перейду.

Диссоциация

Диссоциация принимает различные формы, начиная от легкой неосведомленности о непосредственных раздражителях и заканчивая явным синдромом множественной личности. Несмотря на то что расщепление личности редко встречается в клинической практике, в терапии и вне ее распространены различные диссоциативные расстройства. Так, одна пациентка, казалось, «отключалась» во время сессий, ее внимание улетучивалось, она не реагировала на мои слова. Когда я сказал ей об этом, она ответила, что ей часто говорили нечто подобное. Мы решили понаблюдать, когда это происходит, и обнаружили, что такое случается при обсуждении ее потребностей в любви, понимании и сексе в браке. В ходе этих обсуждений мы рассмотрели издержки и выгоды отключения от таких дискуссий, это привело ее к наблюдению, что в детстве ее потребности редко удовлетворялись. Ей говорили, что она эгоистка и плакса. Пациентка предполагала, что «меня накажут за мои потребности». Я попросил ее понаблюдать во время терапии за тем, наказывают ли ее – или поддерживают, и выяснить, как она может отстоять их перед мужем отличным от опробованного на матери способом. Когда мы сильнее

сосредоточились на диссоциации во время сессии и на отстаивании и признании потребностей за ее пределами, ее диссоциативные реакции уменьшились.

Снижение ожиданий

Некоторые пациенты пытаются избежать разочарования, снижая ожидание удовлетворения своих потребностей во время терапии. Пациент может сказать: «Я знаю, что вы слишком заняты», «Мои проблемы на самом деле пустяк по сравнению с проблемами других людей» или «На самом деле я не жду многого от терапии». Эти пациенты прожили жизнь, в которой другие люди постоянно лишали их валидации и не удовлетворяли их потребности. Поэтому у пациентов выработалось в целом низкое ожидание их удовлетворения. Когда пациент обнаруживает, что терапевт действительно подтверждает его потребности и пытается поддержать, даже когда тот злится, это вызывает диссонанс. Пациент может испытывать тревогу, опасаясь, что если начнет доверять терапевту больше, то станет более уязвимым и, следовательно, сильнее разочаруется впоследствии. Один пациент спросил: «Почему вы так добры ко мне?» – а затем заявил: «Я к такому не привык». Пациент может ощущать себя комфортнее в предсказуемом мире, в котором его потребности не удовлетворяются, и может даже попытаться спровоцировать терапевта на лишение себя валидации, тем самым позволив себе вернуться на знакомую почву инвалидации и отвержения.

Соматизация

В нашей культуре легче и более социально приемлемо обращаться за помощью в связи с физико-медицинскими, а не с психологическими проблемами. Существует множество причин для соматических жалоб, но одно из преимуществ сосредоточения на них состоит в том, что они являются «обоснованным» средством привлечения внимания. Склонный к самоуничижению и лишению себя валидации пациент может посчитать более приемлемым для себя обратиться к врачу по поводу мнимых нарушений работы сердца, беспокойства из-за возможного заражения венерическими заболеваниями и опасений по поводу рака, особенно когда медицинские показания для таких опасений близки к нулю. Гуидано и Лиотти (1983) рассматривают такие соматические проблемы как защиту пациента от осознания основных проблем схем уязвимости и от выработки у него понимания конфликтов в отношениях и психологических уязвимостей.

Компонентом соматизации является чрезмерный эффект плацебо у части этих пациентов. Некоторые склонные к соматизации и самоуничижению пациенты сообщают, что им «сразу же полегчало» после приема незначительной дозы антидепрессанта. Воспринимаемая (воображаемая) медицинская причина их проблем позволяет им иметь «обоснованную» потребность из-за биохимического дисбаланса, но имеет мало общего с их социальной депривацией и инвалидацией. Похожим образом эти же пациенты бывают весьма чувствительны к побочным эффектам лекарств, часто сообщая об ожидаемых побочных эффектах от следовых доз психотропных препаратов. Повторюсь: им привычнее жаловаться на побочный эффект, чем изучать свои потребности и то, почему они не удовлетворяются.

Клинические интервенции для сопротивления валидации

Терапевты часто считают сопротивление валидации разочаровывающим. Они называют сосредоточенных на поиске валидации пациентов «жалующимися», «отвергающими помощь», «пораженцами» или просто неприятными для работы. Некоторые терапевты просто сдаются и утверждают, что пациент не готов измениться. Альтернативный взгляд на проблему состоит в наблюдении за готовностью пациента к валидации. Возможно, изменения наступят позже.

Столкнувшись с сопротивлением валидации, терапевт может оказаться перед дилеммой: «Если я буду постоянно соглашаться с негативностью пациента, ничего не изменится, а если буду ее оспаривать, пациент сочтет, что я лишаю его валидации и враждебен к нему». Стратегия влияния на сопротивление валидации заключается не в его изменении, а в присоединении к нему.

Принятие сопротивления валидации

Желание пациента стать другим не изменит ситуацию. Пациент будет продолжать требовать валидации независимо от желания терапевта. Принятие сопротивления валидации похоже на постановку *объективного диагноза*. Это данность отношений. Некоторые терапевты жалуются на сопротивление валидации. Они считают, что «жалобы и нытье» пациенту не помогают. Но жалобы и нытье из-за сопротивления валидации никуда не денутся. Терапевт может свести к минимуму свою фрустрацию в отношении таких пациентов, осознав, что если он не примет потребности пациента в валидации, то пациент не примет терапию.

Некоторые терапевты сопротивляются сопротивлению валидации пациента. Они игнорируют его жалобы, а иногда даже молчат. Или же вместо решения проблем критикуют пациента за жалобы. Конечно, такая критика способствует убеждению пациента в том, что терапевт не понимает, насколько ему плохо. Следовательно, пациент жалуется еще сильнее. Попытки изменить пациента, которому к тому же нужно чувствовать себя получившим валидацию, часто приводят к тому, что пациент пытается доказать невозможность своего изменения.

Во-первых, для принятия сопротивления валидации терапевту следует научиться уважать потребность в ней. Являясь источником перемен, мы, вооруженные техниками и планами лечения, часто противостоим потребности пациента в валидации. Некоторые терапевты чувствуют себя подавленными, перегруженными или утомленными потребностями в валидации. Им понятна потребность в скорби и трауре, потребность в обряде прощания с любимым человеком, потребность в сострадании больному раком, но они не понимают потребности в валидации.

Во-вторых, терапевту на некоторое время следует отказаться от попытки изменить пациента. Изменение подразумевает способность отпустить прошлое. Говоря пациенту об изменении своих мыслей и чувств, мы просим его оставить их в прошлом за их непригодностью. Принятие этих мыслей и чувств вместо оспаривания подтверждает пациенту его ценность и авторитет как личности. Как я могу чувствовать ваше уважение к себе, если считаю, что мои чувства кажутся вам странными или тривиальными? Представьте, как бы чувствовал себя ребенок, если бы верил, что мать никогда не слышит его плача. Слишком поспешное желание изменить пациента может привести к тому, что тот будет думать, что терапевт не поможет его прогрессу, так как не знает, где или кем является пациент сейчас.

В-третьих, терапевту следует проявить настоящее любопытство к потребности в валидации. Слова «я принимаю потребность в вашей валидации в качестве моего пациента» могут интерпретироваться пациентом как «он будет терпеть мой невроз». Пациент не хочет, чтобы его воспринимали как необходимую, но неудобную и отнимающую время попусту неприятность. Однако, если терапевт занят развитием любознательности к валидации и может поделиться этим с пациентом, тот может поверить, что терапевт на его стороне. Сосредоточение внимания на любознательности вместо изменения или рациональности позволяет как терапевту, так и пациенту изучить, как пациент может получить валидацию, каким образом эта потребность приводит к фрустрации и что пациент испытывает по поводу этой потребности.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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