

18+

МАРИНА РЯБОВА

СТЫД и ВИНА

ЭВОЛЮЦИОННАЯ МОДЕЛЬ,
ДИАГНОСТИКА КАНАЛОВ
ФИКСАЦИИ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ
СТРАТЕГИИ (ЧАСТИ 1 И 2)



Марина Рябова

**Стыд и вина. Эволюционная
модель, диагностика каналов
фиксации, терапевтические
стратегии (части 1 и 2)**

«Издательские решения»

Рябова М.

Стыд и вина. Эволюционная модель, диагностика каналов фиксации, терапевтические стратегии (части 1 и 2) / М. Рябова — «Издательские решения»,

НЕЗАКОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ИХ АНАЛОГОВ ПРИЧИНЯЕТ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ, ИХ НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ ЗАПРЕЩЕН И ВЛЕЧЕТ УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. Монография представляет интегративную модель терапии стыда и вины, основанную на эволюционном и сравнительном анализе пяти терапевтических методов. Впервые в мировой практике предложены критерии различения здоровых и токсических форм стыда и вины, а также алгоритм выбора метода работы на основе их показаний, противопоказаний и ограничений. Разработаны специфические мотивы КИТ для работы со стыдом и виной. Модель позволяет дифференцированно выбирать метод в зависимости от клинической картины.

© Рябова М.

© Издательские решения

Содержание

Вступительное слово научного редактора	6
Вступительное слово рецензента	11
Введение	12
Конец ознакомительного фрагмента.	37

Стыд и вина Эволюционная модель, диагностика каналов фиксации, терапевтические стратегии (части 1 и 2)

Марина Рябова

Научный редактор Александр Евгеньевич Капитонов

Редактор Ольга Сергеевна Соловьева

Рецензент Людмила Ивановна Петухова

© Марина Рябова, 2026

ISBN 978-5-0070-3675-7 (1-2)

ISBN 978-5-0070-3674-0

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Вступительное слово научного редактора

Монография Марины Вячеславовны Рябовой, которую вы держите в руках, посвящена проблеме, долгое время остававшейся в «слепой зоне» клинической диагностики. Автор убедительно демонстрирует, что хронический стыд и токсическая вина, поражающие, согласно эпидемиологическим данным, до 70% пациентов с невротическими и аффективными расстройствами, систематически игнорируются в МКБ-11 и DSM-5, где они рассматриваются лишь как симптомы других расстройств.

Как справедливо отмечает автор, «пациенты склонны скрывать переживание стыда из-за самого характера аффекта: стыд запрещает себя предъявлять, требуя исчезновения, а не раскрытия». В доклинической популяции «люди годами живут с фоновым ощущением собственной дефектности, принимая его за неотъемлемую черту своего характера, а не за симптом, требующий терапии».

Своевременность работы подчёркивается анализом новых социальных феноменов — «вирального стыда» в эпоху социальных сетей и массовой вины в контексте пандемии COVID-19 («стыд за заражение», «вина за недостаточную помощь больным родственникам»), что выводит исследование далеко за рамки классической психопатологии и придаёт ему междисциплинарный характер.

Принципиальным достоинством работы является отказ от патологизирующего подхода к стыду и вине. Автор убедительно показывает на основе эволюционной психологии и этологии приматов, что стыд и вина — не «плохие эмоции», подлежащие устранению, а древние адаптивные механизмы, без которых человеческая социальность была бы невозможна. Стыд, согласно автору, сигнализирует об угрозе изгнания из группы и побуждает к восстановлению принадлежности; вина фиксирует связь между действием и вредом для другого, поддерживая реципрокный альтруизм и долгосрочную кооперацию.

Автор подчёркивает: «Эволюционная древность стыда подтверждается наличием его аналогов у социальных животных, в частности позы покорности у приматов». Что касается вины, «... она не требует внешнего свидетеля и работает при отсутствии угрозы санкций», что делает её «внутренней полицией», обеспечивающей соблюдение норм там, где внешний контроль невозможен. Это эволюционное основание становится фундаментом для всей последующей терапевтической модели — от диагностики до выбора метода.

На основе эволюционного анализа автор впервые в мировой практике предлагает операциональные критерии различения здоровых и токсических форм стыда и вины. Здоровый стыд характеризуется ситуативностью (привязанностью к конкретному нарушению, а не к тотальности Я — «я сделал плохо», а не «я плохой»), пропорциональностью (интенсивность соответствует значимости проступка), завершаемостью (угасанием после восстановления связи) и мобилизующим поведенческим результатом.

Как пишет автор, ссылаясь на Л. Вурмсера, «... стыд как состояние является преходящим и ситуативно обусловленным, тогда как стыд как черта представляет собой хроническую готовность к переживанию стыда даже при отсутствии актуального нарушения». Здоровая вина, в свою очередь, отличается фокусом на конкретном действии, способностью к репарации, угасанием после репарации или прощения и научением. Автор подчёркивает: «... главное отличие

здоровой вины от токсической заключается в том, что здоровая вина фокусируется на конкретном поведении, тогда как токсическая вина распространяется на всю личность». Эти критерии имеют не только теоретическое, но и прямое клиническое значение, позволяя терапевту не вмешиваться в нормативные аффекты и не патологизировать здоровые реакции.

Особую ценность представляет анализ механизмов патологизации, который автор проводит во второй части монографии. Автор подробно описывает условия, при которых здоровые аффекты превращаются в токсичные: для стыда это непропорциональное наказание («непропорциональное наказание является главным фактором, превращающим стыд из сигнала в травму»), использование стыда как системного инструмента контроля в воспитательных практиках, религиозных институтах и авторитарных структурах («религиозный стыд является одной из наиболее трудно поддающихся терапии форм токсичного стыда, поскольку он легитимизирован сакральным авторитетом»), а также отсутствие возможности восстановить принадлежность («стигматизация является формой социальной смерти, которая продолжается при жизни»).

Для вины ключевыми условиями патологизации автор называет интериоризацию чрезмерных или противоречивых моральных требований, невозможность репарации («если вина не проходит после того, как вы сделали всё возможное для исправления ситуации, это уже не вина, а симптом») и смешение ответственности за свои и чужие действия. Ключевым механизмом, объединяющим оба аффекта, признаётся интериоризация стыдящего или винящего Другого — превращение внешнего голоса родителя, учителя или священника в постоянную структуру самооценки, действующую автономно и не знающую прощения. Как точно формулирует автор, «интериоризированный критик является более строгим судьёй, чем любой внешний, поскольку он обладает полной информацией» и не подлежит переговорам.

На основе этого анализа автор формулирует диагностические критерии токсичных форм. Токсичный стыд характеризуется хроническим фоновым характером («хронический стыд — это стыд, который перестал быть сигналом и стал состоянием»), отсутствием связи с конкретным действием (стыд переживается как дефектность существования — «я плохой», а не «я сделал плохо»), параличом действия, а также сопутствующими феноменами — перфекционизмом («попытка избежать стыда через безупречность»), социальным избеганием и аддикциями («попытки анестезировать стыд с помощью психоактивных веществ»).

Токсичная вина, в свою очередь, отличается виной без чёткого проступка («токсичная вина — это вина без преступления, чувство виновности без вины»), самонаказанием как основным способом «работы» с аффектом (депривация, самоповреждение, избегание удовольствия) и торможением активности. Клиническими проявлениями токсичной вины автор называет депрессивные состояния с идеями самообвинения и бреда виновности («бред виновности является наиболее тяжёлой формой депрессивного проявления токсичной вины»), обсессивно-компульсивный синдром, при котором «ритуалы и навязчивые действия становятся формой символического искупления», а также психосоматические расстройства, где «вина, не находящая выхода в действии, соматизируется».

Эта диагностическая рамка позволяет специалисту идентифицировать то, что раньше оставалось незамеченным, и дифференцировать здоровые формы от патологических, что автор считает необходимым условием эффективной терапии.

Центральной теоретической инновацией монографии является введение понятия «канала фиксации стыда». Автор выделяет пять каналов — когнитивный, системный, сценарный, имагинативный и телесный — на которых стыд и вина могут быть преимущественно зафиксированы в психике и теле пациента. Это понятие впервые позволяет объяснить феномен резистентности в терапии: если пациент не реагирует на КПТ, это может означать не его «неизлечимость», а то, что стыд зафиксирован не на когнитивном, а на другом канале (например, телесном или имагинативном).

Как пишет автор, опираясь на нейробиологические данные, «... разные каналы фиксации соответствуют разным нейробиологическим системам: когнитивный канал связан с активностью префронтальной коры, имагинативный — с работой зрительной коры и гиппокампа, телесный — с активацией островковой доли и соматосенсорной коры». Переключение на метод, соответствующий ведущему каналу, снимает резистентность, что превращает её из характеристики пациента («он не мотивирован», «он сопротивляется») в диагностический маркер, указывающий на необходимость смены стратегии.

На основе понятия каналов фиксации автор предлагает интегративную диагностическую рамку, принципиально отличающуюся как от эклектического смешения методов, так и от слепой приверженности одной школе. Как подчёркивает автор, «... интегративная диагностическая рамка — это система понятий и критериев, которая позволяет описывать стыд и вину в терминах, нейтральных по отношению к разным психотерапевтическим школам, но при этом сохраняет специфичность каждой школы для выбора метода».

Каждый из пяти описанных методов получает своё чёткое место: когнитивно-поведенческая терапия работает с когнитивным каналом («вербализуемые стыдовые убеждения, сохранная способность к ментализации»), системные расстановки — с системным («отсутствие актуальной причины стыда в биографии клиента, наличие в семейной истории исключённых или обесчещенных членов»), транзактный анализ — со сценарным («отчётливые ранние запреты, связь стыда с конкретными родительскими посланиями»), кататимно-имагинативная терапия — с имагинативным («лёгкий вход в образы, яркое образное представительство стыда»), телесно-ориентированная терапия — с телесным («невозможность описать стыд словами при отчётливых соматических феноменах»). Это позволяет сохранить теоретическую специфичность каждого метода, избегая как «войны школ», так и хаотического смешения техник, и при этом использовать их в рамках единой диагностической стратегии, где решение о выборе метода принимается на основе объективных клинических маркеров.

Особого внимания заслуживают предложенные автором специфические мотивы кататимно-имагинативной терапии для работы со стыдом и виной. Как констатирует автор, «Лёйнер создал базовые мотивы, но не касался специфики стыда и вины. Капитонов расширил репертуар мотивов, но также не разрабатывал тему стыда и вины».

Восполняя этот пробел, автор создаёт мотивы «Прозрачная стена» (для работы со стыдом как страхом быть увиденным — «клиент может находиться в присутствии Другого, не будучи уничтоженным взглядом»), «Подвал» (для вытесненного, спрятанного стыда — «клиент спускается в подвал и исследует хранящиеся там образы»), «Маска» (для стыда за истинное лицо — «клиент исследует маску, которую он носит, и постепенно обнажает то, что под ней»), «Зеркало» (для стыда при взгляде на себя — «уничтожающее отражение трансформируется в нейтральное или принимающее»), «Гнездо» (для вины как страха изгнания — «покинуть гнездо — это не изгнание, а путь в новый мир и взрослую жизнь»), «Река забвения» (для неис-

купимой вины — «переплыть реку, разорвав привязанность к старому берегу») и «Сад» (для интеграции — «принять стыд и вину как часть целостного ландшафта души»).

Эти мотивы существенно расширяют терапевтический арсенал КИТ, позволяя адресно работать с различными аспектами стыда и вины. Как психотерапевт, работающий в области кататимно-имагинативной терапии, я с удовлетворением отмечаю, что автор не только мастерски использует классический инструментарий, но и создаёт новые, оригинальные мотивы, органично вписывающиеся в методологию КИТ.

Практическую ценность работе придаёт разработанный автором алгоритм выбора терапевтической стратегии, состоящий из пяти шагов. Первый шаг — дифференциальная диагностика аффекта (здоровый vs токсичный). Автор подчёркивает важность этого этапа: «Если аффект признаётся здоровым, дальнейшая глубинная терапия не требуется — достаточно завершающего действия (репарации при вине или восстановления связи при стыде). Если аффект признаётся токсическим, алгоритм переходит ко второму шагу». Второй шаг — анализ клинических маркеров для определения ведущего канала фиксации. Третий шаг — выбор первичного метода в соответствии с каналом. Четвёртый шаг — проверка противопоказаний к выбранному методу. Пятый шаг — определение последовательности действий при комбинированной фиксации, где автор рекомендует начинать с КИТ или телесной работы «как методов, обходящих вербализацию», поскольку они позволяют получить доступ к стыду, зафиксированному на дорефлексивном уровне.

Автор также вводит критерии эффективности: «положительная динамика включает уменьшение интенсивности стыда, появление способности к завершению аффекта, восстановление сигнальной функции», а отсутствие изменений после 8—12 сессий является основанием для пересмотра диагностики и смены метода. Этот алгоритм, на мой взгляд, может стать настольным инструментом для практикующего психотерапевта.

И наконец, принципиальным достоинством монографии является её этическая и философская позиция, которую автор последовательно проводит через все главы. Автор неоднократно подчёркивает: «задача терапии — не устранить стыд и вину, а восстановить их сигнальную функцию». Это отличает предлагаемый подход от распространённых в психотерапии установок на элиминацию «негативных» эмоций. Автор предупреждает: «Устранение стыда и вины (например, через фармакологическое подавление или через внушение „не переживай по пустякам“) лишает человека важных социальных сигналов и может привести к десоциализации и антисоциальному поведению».

Такой подход не только клинически обоснован, но и снимает с пациента дополнительный груз мета-стыда — стыда за то, что он испытывает стыд. Как пишет автор, «... в массовом сознании и даже в профессиональной среде стыд и вина часто воспринимаются как „плохие“ эмоции, которые нужно устранить любой ценой. Мы утверждаем обратное: стыд и вина — это не враги, а древние союзники». Монография Рябовой предлагает не просто набор техник, а целостную философию работы с этими фундаментальными человеческими аффектами, где исцеление понимается не как избавление, а как возвращение к здоровой, адаптивной форме переживания.

Рекомендую эту книгу всем специалистам, работающим в области психотерапии аффективных расстройств, а также всем, кто интересуется интегративными подходами в клинической психологии.

Научный редактор издания, Основатель Академии прогрессивных технологий «Квантовый прыжок», Один из ключевых специалистов в России в области Кататимно-имагинативной психотерапии, Действительный член Европейской Академии естественных наук (Германия, Ганновер), кандидат технических наук *Капитонов Александр Евгеньевич*, SPIN: 7783—6324

Вступительное слово рецензента

Монография М. В. Рябовой представляет собой важное научное исследование, которое акцентирует внимание на проблеме хронического стыда и чувства вины — состояний, часто игнорируемых в клинической практике. Автор убедительно демонстрирует, что данные эмоции способны существенно влиять на психическое и эмоциональное благополучие человека, порождая серьёзные нарушения, которые далеко не всегда учитываются в существующих диагностических классификациях нервных и эмоциональных расстройств.

Одним из ключевых достоинств работы является анализ воздействия современных технологий, в первую очередь социальных сетей, а также пандемии COVID-19 на усиление переживаний стыда и вины. М. В. Рябова наглядно показывает, как перечисленные факторы способствуют распространению токсических форм эмоций, что придаёт её исследованию особую актуальность в современных социокультурных условиях.

Автор также проводит принципиально важное различие между здоровыми и токсическими формами стыда и вины, что позволяет глубже понять, каким образом одни и те же эмоции могут как помогать человеку, так и причинять ему вред. Данный подход открывает путь к более точной и целенаправленной терапии, что является несомненным вкладом в развитие психосоматической медицины.

Предложенная М. В. Рябовой методика представляет собой практическую и логически выстроенную схему оказания помощи людям, страдающим от хронического стыда и патологической вины. Пять шагов, детально описанных в монографии, обеспечивают комплексное решение проблемы — от первичной диагностики до выбора наиболее эффективных терапевтических методов.

Особое внимание в работе уделяется необходимости обучения человека правильному, адаптивному переживанию стыда и вины. Автор подчёркивает, что конечная цель терапии заключается не просто в избавлении от этих эмоций, а в их осознании, принятии и интеграции, что в конечном счёте способствует личностному росту и улучшению межличностных отношений.

В целом, монография М. В. Рябовой является ценным вкладом в изучение проблемы хронического стыда и вины, предлагая новые подходы к их теоретическому осмыслению и практическому лечению. Работа заслуживает высокой оценки за научную глубину, практическую значимость и безусловную актуальность.

Психотерапевт, член Единого Европейского Реестра (ЕАР), член Всемирного Совета по психотерапии (WCPС), кандидат психологических наук ***Петухова Людмила Ивановна***.

Введение

Хронический стыд и токсическая вина представляют собой одни из наиболее часто встречающихся, но при этом наименее диагностируемых аффективных феноменов в современной клинической практике. Согласно эпидемиологическим данным, до 70% пациентов с невротическими и аффективными расстройствами демонстрируют выраженные признаки хронического стыда или токсической вины, однако в большинстве случаев эти переживания остаются за рамками терапевтического внимания.

Пациенты склонны скрывать переживание стыда из-за самого характера аффекта: стыд запрещает себя предъявлять, требуя исчезновения, а не раскрытия. В доклинической популярности ситуация ещё более драматична: люди годами живут с фоновым ощущением собственной дефектности, принимая его за неотъемлемую черту своего характера, а не за симптом, требующий терапии. Такое положение дел создаёт серьёзный разрыв между реальной распространённостью страдания и охватом тех, кто мог бы получить эффективную помощь.

Особую тревогу вызывает высокая распространённость токсического стыда среди детей и подростков, формирующаяся под влиянием непропорциональных воспитательных практик. Систематическое пристыживание в семье и школе приводит к интериоризации стыдящего голоса, который сохраняется на всю жизнь. Исследования показывают, что около 40% взрослых с диагностированным хроническим стыдом связывают его происхождение с повторяющимися эпизодами публичного унижения в детстве¹. Токсическая вина, в свою очередь, чаще формируется в семьях с непредсказуемыми наказаниями, где ребёнок не может установить связь между своим действием и последующей карой. В таких условиях вина генерализуется и перестаёт быть сигналом о конкретном нарушении, превращаясь в хроническое состояние.

Недостаточная дифференциация здоровых и патологических форм стыда и вины в существующих диагностических системах представляет собой вторую ключевую проблему, определяющую актуальность настоящего исследования. В МКБ-11 и DSM-5 стыд и вина рассматриваются преимущественно как симптомы других расстройств (социальной тревоги, депрессии, ПТСР), но не как самостоятельные мишени диагностики и терапии. Такой подход упускает из виду тот факт, что здоровый стыд и токсический стыд имеют принципиально разную структуру, эволюционную основу и требуют различных терапевтических стратегий.

Отсутствие операциональных критериев для различения этих форм приводит к тому, что клиницисты либо игнорируют стыд, либо пытаются работать с ним методами, которые эффективны при других аффектах (например, тревоге), но могут усиливать стыд. Как справедливо отмечает Б. Д. Карвасарский, *«Диагностическая система, не различающая адаптивный и патологический варианты одной и той же эмоции, неизбежно порождает терапевтические ошибки»*² (С. 447).

Существующие диагностические рубрики, такие как «социальная тревога» или «расстройство избегающей личности», захватывают лишь часть феноменологии хронического стыда, оставляя без внимания его дорефлексивные и телесные измерения. Пациент может не испытывать тревоги в социальных ситуациях в классическом понимании, но при этом пережи-

¹ Козлов В. В. Психология травмы: путь к исцелению. Ярославль: МАПН, 2020. 288 с.

² Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. Санкт-Петербург: Питер, 2021. 960 с.

вать глубинное ощущение собственной неполноценности, которое не подпадает под критерии ни одного из существующих расстройств. Токсическая вина, в свою очередь, часто маскируется под «генерализованное тревожное расстройство» или «депрессию с идеями самообвинения», при этом специфические механизмы вины (невозможность репарации, самонаказание) остаются без внимания.

Такая диагностическая «слепота» приводит к тому, что пациенты получают неспецифическое лечение (например, антидепрессанты или когнитивную терапию тревоги), которое может снизить интенсивность аффекта, но не восстанавливает его сигнальную функцию. В результате даже после успешного, казалось бы, лечения сохраняется высокий риск рецидивов, поскольку глубинная структура стыда или вины не была трансформирована.

Третья проблема, определяющая актуальность темы, — это запрос практикующих специалистов на операциональные критерии выбора терапевтических стратегий при работе со стыдом и виной. Современный терапевт сталкивается с множеством методов: когнитивно-поведенческая терапия, системные расстановки, транзактный анализ, кататимно-имагинативная терапия, телесно-ориентированные подходы — каждый из них имеет теоретическое обоснование и клинические примеры успешной работы со стыдом. Однако практикующий специалист обычно не имеет объективных критериев для выбора одного метода перед другим в конкретном клиническом случае. Отсутствие навигационной системы приводит либо к эклектическому смешению методов (что снижает эффективность каждого), либо к приверженности одному подходу независимо от структуры стыда у конкретного пациента.

Особенно остро проблема выбора метода встаёт при работе с хроническими и резистентными формами стыда, которые не поддаются вербальной проработке. Клиницисты сообщают, что стандартные техники когнитивной реструктуризации, эффективные при тревоге и депрессии, при стыде часто дают парадоксальный эффект: попытка «оспорить» убеждение стыда усиливает стыд, поскольку пациент интерпретирует интервенцию терапевта как ещё одно подтверждение своей несостоятельности³. В таких случаях требуется обходной путь — работа через образы, тело или системные констелляции, которые не активируют защитные механизмы пациента так сильно, как прямая вербальная атака на стыд.

Практикующие специалисты всё чаще высказываются о необходимости создания чётких критериев, которые позволяли бы определять ведущий «канал фиксации» стыда (когнитивный, системный, сценарный, имагинативный, телесный) и на этом основании выбирать первичный метод терапии. Без такой диагностической рамки терапевт вынужден действовать методом проб и ошибок, что в случае со стыдом особенно рискованно: неудачная интервенция может не просто оказаться неэффективной, но и усугубить состояние пациента, укрепив его убеждение в собственной «неизлечимости». Таким образом, разработка алгоритма выбора метода становится не просто академической задачей, а насущной потребностью клинической практики.

Запрос на операциональные критерии исходит не только от психотерапевтов, но и от психиатров, социальных работников, педагогов и других специалистов, сталкивающихся с последствиями хронического стыда в своей работе. Психиатры отмечают, что пациенты с токсической виной часто предъявляют соматические жалобы (головные боли, напряжение в шее и плечах, желудочно-кишечные расстройства), и отсутствие инструментов для дифференциации аффекта приводит к гипердиагностике соматических заболеваний. Педагоги сообщают, что не

³ Козлов В. В. Психология травмы: путь к исцелению. Ярославль: МАПН, 2020. 288 с.

умеют отличать здоровый стыд (который может быть сигналом к изменению поведения) от токсического (который разрушает учебную мотивацию и самооценку ученика). Таким образом, проблема выходит далеко за рамки психотерапевтического кабинета и приобретает междисциплинарный характер.

Существующие руководства по психотерапии предлагают различные техники работы со стыдом и виной, но почти никогда не дают критериев для выбора одной техники перед другой в конкретном случае. Например, в когнитивно-поведенческой традиции предлагается работать с убеждениями «я дефективен» и «меня отвергнут, если узнают настоящим», однако не уточняется, что делать, если пациент не может вербализовать такие убеждения, потому что стыд существует у него на дорефлексивном, телесном уровне.

В психоаналитической традиции предлагается интерпретировать стыд как защиту от более ранних травм, но не даётся критериев, когда интерпретация будет полезной, а когда — ретравматизирующей. Телесно-ориентированные терапевты работают с паттерном замирания и сжатия, но не всегда могут определить, когда телесная работа должна быть первичной, а когда — дополнительной к вербальной.

Особую сложность представляет различие случаев, где стыд имеет индивидуально-биографическую природу, и случаев, где он является маркером системного нарушения (например, идентификации с исключённым членом рода). В первой ситуации эффективны методы, работающие с личной историей клиента (КПТ, КИТ, ТА), во второй — требуются системные интервенции (расстановки). Однако без диагностических критериев, позволяющих различить эти две этиологии, терапевт рискует выбрать неподходящий метод. В системной феноменологии утверждается, что до 40% случаев хронического стыда не находят объяснения в личной биографии клиента и требуют системного подхода⁴. Если это действительно так, то игнорирование системного канала фиксации означает, что значительная часть пациентов получает терапию, не адресованную истинной причине их страдания.

Актуальность проблемы усиливается ещё и тем, что стыд и вина являются центральными аффектами в эпоху социальных сетей и цифровой коммуникации. Публичное осуждение, «культура отмены», перманентная возможность быть увиденным и оценённым неограниченным числом людей создают беспрецедентные условия для патологизации стыда. Если эволюционно стыд был сигналом о нарушении норм конкретной группы, в которой человек жил и мог восстановить принадлежность, то сегодня стыд может быть инициирован анонимными пользователями, которые никогда не станут свидетелями репарации. Это приводит к новой форме токсического стыда — «вирусному стыду», который не имеет механизмов завершения, поскольку извинение или исправление поведения редко достигают той же аудитории, что и первоначальное осуждение.

Клинические наблюдения показывают, что среди подростков и молодых взрослых распространённость хронического стыда значительно выше, чем в старших возрастных группах, что связывают именно с цифровой средой. Постоянная возможность сравнения себя с отреетушированными образами других, перманентный социальный мониторинг (просмотр историй, лайков, комментариев) создают условия для хронической активации стыдовых механизмов.

⁴ Козлов В. В. Психология травмы: путь к исцелению. Ярославль: МАПН, 2020. 288 с.

При этом традиционные диагностические системы не учитывают эту новую реальность, продолжая оценивать стыд в терминах «социальной тревоги» или «расстройства избегающей личности», что не отражает специфики цифрового стыда. Таким образом, проблема дифференциации здорового и патологического стыда приобретает не только клиническое, но и социально-культурное измерение.

Недостаточная разработанность темы стыда и вины в отечественной психологической традиции также определяет актуальность настоящего исследования. В советской психологии стыд и вина рассматривались преимущественно как моральные чувства, связанные с социализацией, но вне контекста их эволюционной основы и клинических проявлений.

После перестройки появились переводные работы (Боулби, Винникотт, Кернберг, Ялом), однако собственных, адаптированных к российскому культурному контексту, эмпирических исследований стыда и вины крайне мало. Культурная специфика России (коллективистские традиции, высокая роль общественного мнения, особенности воспитательных практик) создаёт уникальный контекст для патологизации стыда, который не может быть понят через призму западных исследований.

Российские клиницисты сталкиваются с феноменами, которые плохо описываются в западной литературе: например, «стыд за страну» (чувство вины и стыда за исторические события, которые пациент не совершал), «стыд за успешных родственников» (чувство собственной неполноценности при сравнении с более успешными членами семьи), «вина перед предками» (ощущение долга, который невозможно оплатить). Эти феномены требуют не только клинического, но и культурно-исторического анализа, который выходит за рамки существующих диагностических систем. Таким образом, создание эволюционной модели стыда и вины, учитывающей культурную вариативность, становится особенно актуальным для российского психотерапевтического сообщества.

С практической точки зрения, актуальность проблемы подтверждается запросами супервизий, в которых терапевты регулярно сообщают о трудностях в работе со стыдом. Анализ супервизионных случаев показывает, что наиболее частыми затруднениями являются: невозможность установить контакт с пациентом из-за его стыдовой защиты; усиление стыда в процессе терапии вместо его уменьшения; непонимание, когда следует работать с когнициями, а когда переходить к телу или образам; страх терапевта «натравмировать» пациента при экспозиции стыда. Все эти затруднения указывают на отсутствие единой диагностической рамки и алгоритма выбора метода, что и призвана восполнить настоящая монография.

Специалисты, работающие с последствиями насилия (психологи кризисных центров, сотрудники реабилитационных центров), особенно остро нуждаются в операциональных критериях работы со стыдом. Жертвы насилия почти всегда переживают хронический стыд, который является одним из главных препятствий для обращения за помощью и последующей реабилитации. При этом стандартные протоколы работы с ПТСР (например, пролонгированная экспозиция) могут быть противопоказаны при доминировании стыда, поскольку экспозиция без предварительной стабилизации усиливает стыд и может привести к ретравматизации. Специалисты сообщают, что им не хватает чётких критериев, когда следует применять экспозиционные техники, а когда — начинать с ресурсных и контейнирующих интервенций.

Проблема недостаточной дифференциации здоровых и патологических форм стыда и вины имеет не только клиническое, но и этическое измерение. В ряде психотерапевтических

подходов существует риск «нормализации патологии» (когда токсический стыд принимается за нормативную эмоцию, и пациенту предлагается «принять себя таким, какой есть», что при стыде невозможно без предварительной работы) или, наоборот, «патологизации нормы» (когда здоровый ситуативный стыд объявляется симптомом и подлежит «лечению», что ведёт к устранению полезного сигнала). Отсутствие чётких критериев различения этих состояний создаёт риск ятрогенных эффектов.

Экономический аспект проблемы также заслуживает внимания. Хронический стыд и токсическая вина ассоциированы с высокими прямыми и косвенными экономическими затратами: частые госпитализации, длительная нетрудоспособность, снижение продуктивности, повышенный риск аддиктивного поведения (которое пациенты используют для анестезии стыда). Отсутствие эффективных и при этом методологически обоснованных протоколов работы со стыдом приводит к затяжным курсам терапии (иногда многолетним) с неопределённым результатом. Разработка диагностической рамки, позволяющей быстро определить ведущий канал фиксации и выбрать соответствующий метод, потенциально может сократить продолжительность терапии и снизить экономическое бремя.

Образовательный аспект проблемы проявляется в том, что в программах подготовки психологов и психотерапевтов теме стыда и вины уделяется недостаточно внимания. Анализ учебных планов ведущих вузов показывает, что стыд и вина изучаются в рамках общей психологии эмоций (2—4 часа) и в курсе психотерапии (как часть симптоматики депрессии или ПТСР), но отсутствует систематическое обучение диагностике и терапии этих аффектов. Выпускники программ сообщают, что чувствуют себя неуверенно при встрече с хроническим стыдом в клинической практике, поскольку не имеют ни теоретической модели, ни практических инструментов. Настоящая монография может служить основой для разработки специализированного курса по работе со стыдом и виной.

Связь хронического стыда с суицидальным поведением делает проблему ещё более острой. Исследования показывают, что стыд является более сильным предиктором суицидальных мыслей и попыток, чем депрессия, особенно у подростков и молодых взрослых. Токсическая вина, в свою очередь, ассоциирована с завершёнными суицидами у пожилых людей, где чувство «неоплатного долга» или «бремени для близких» становится фатальным. В обоих случаях отсутствие эффективных терапевтических интервенций, адресованных именно стыду и вине, а не депрессивным симптомам в целом, может стоить пациенту жизни. Таким образом, разработка методов работы со стыдом и виной — это не только академическая, но и жизненно важная задача.

В контексте пандемии COVID-19 и её последствий проблема хронического стыда приобрела новые измерения. «Стыд за заражение» (чувство вины перед окружающими за то, что стал переносчиком), «стыд за неполную вакцинацию», «вина за недостаточную помощь больным родственникам» — эти феномены, зафиксированные клиницистами во многих странах, не имеют аналогов в предыдущей истории. Пандемия создала условия для массовой патологизации стыда и вины, при этом система психиатрической помощи оказалась не готова к такому вызову. Отсутствие операциональных критериев для различения здорового (мобилизующего к осторожности) и токсического (парализующего) стыда в контексте пандемии привело к тому, что многие пациенты не получили своевременной помощи.

Наконец, актуальность проблемы определяется тем, что стыд и вина являются «скрытыми» аффектами в том смысле, что они редко предъявляются в чистом виде на первой сессии.

Пациент чаще приходит с жалобами на тревогу, депрессию, проблемы в отношениях, аддикции или соматические симптомы, а стыд и вина обнаруживаются лишь в процессе терапии, когда защитные механизмы ослабевают. Это означает, что терапевт должен быть не только вооружён методами работы со стыдом, но и уметь распознавать его даже тогда, когда пациент о нём прямо не сообщает. Диагностика стыда требует специальных навыков и инструментов, которые в настоящее время не являются частью стандартной подготовки клиницистов.

Суммируя вышесказанное, можно утверждать, что проблема стыда и вины находится на пересечении нескольких дисциплин: эволюционной психологии, психоанализа, нейробиологии, клинической психологии и психотерапии. Распространённость хронического стыда и токсической вины в клинической и доклинической популяциях крайне высока, но при этом эти аффекты остаются недостаточно диагностированными и редко становятся прямой мишенью терапии.

Существующие диагностические системы (МКБ-11, DSM-5) не предоставляют операциональных критериев для различения здоровых и патологических форм стыда и вины, что ведёт к терапевтическим ошибкам и ятрогенным эффектам. Практикующие специалисты испытывают острую потребность в навигационной системе, которая позволяла бы выбирать метод терапии на основе диагностики ведущего канала фиксации аффекта.

Психоаналитическая традиция стала первой, кто систематически исследовал стыд и вину в контексте клинической практики. З. Фрейд первоначально рассматривал вину как центральный аффект при неврозах, связывая её с Эдиповым комплексом и страхом наказания со стороны отцовской инстанции⁵. В работе «Цивилизация и недовольные культурой» Фрейд развил понятие «чувства вины», которое, по его мнению, возникает из напряжения между Сверх-Я и Я⁶. Стыд при этом оставался на периферии психоаналитического интереса, часто редуцируясь к страху быть увиденным.

Последующее развитие психоанализа, особенно в рамках эго-психологии и объектных отношений, сместило фокус в сторону стыда. Х. Кохут, создатель психологии самости, предложил рассматривать стыд как центральный аффект при нарциссических расстройствах⁷. По Кохуту, хронический стыд сигнализирует о дефиците самости, о её неспособности поддерживать связность без внешних источников подтверждения. Эта концепция позволила дифференцировать здоровый стыд (связанный с нарушением норм) и патологический (как хроническое состояние дефицитарности).

Дальнейшее развитие психоаналитической теории стыда связано с именем Л. Вурмсера, который предложил различать «стыд как состояние» и «стыд как черту»⁸. Вурмсер показал, что многие симптомы, традиционно интерпретировавшиеся как проявления тревоги (избегание, застенчивость, социальная изоляция), на самом деле являются производными от хронического стыда. Его работа стала первым систематическим сравнительным исследованием двух аффектов, в котором были выделены их феноменологические и терапевтические различия.

⁵ Фрейд З. «Я» и «Оно» / пер. с нем. А. М. Руткевича. Москва: АСТ, 2019. 256 с.

⁶ Фрейд З. Цивилизация и недовольные культурой / пер. с нем. А. М. Руткевича. Москва: АСТ, 2019. 287 с.

⁷ Кохут Х. Анализ самости / пер. с англ. А. В. Винокурова. Москва: Когито-Центр, 2019. 368 с.

⁸ Вурмсер Л. Стыд и вина / пер. с англ. Е. Л. Доценко. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2020. 288 с.

Экзистенциально-феноменологическая традиция предложила иной угол зрения на стыд и вину. Ж.-П. Сартр в работе «Бытие и ничто» описал стыд как фундаментальное переживание, через которое человек открывает себя как объект для Другого⁹. Согласно Сартру, стыд возникает не тогда, когда я нарушил правило, а тогда, когда я вижу себя увиденным Другим. Эта феноменология позволила понять, почему стыд так тесно связан со взглядом и социальной оценкой.

М. Шайлер, ещё один представитель феноменологической традиции, внёс важное различие между стыдом и виной через понятие «порядка любви»¹⁰. По Шайлеру, вина — это нарушение морального порядка, тогда как стыд — это нарушение порядка любви, то есть чувствительности к тому, что ценно для другого. Эта идея предвосхитила современные эволюционные модели, связывающие стыд с принадлежностью к группе.

Эволюционная психология и этология аффектов предложили принципиально иное основание для понимания стыда и вины. Ч. Дарвин в работе «Выражение эмоций у человека и животных» описал телесные проявления стыда (покраснение, отведение взгляда, опущенную голову) как универсальные, присущие разным культурам и даже видам¹¹. Дарвин предположил, что стыд имеет биологическую основу и выполняет адаптивную функцию в социальной жизни приматов.

Современные эволюционные психологи развили идею о том, что стыд и вина являются «самосознательными эмоциями», возникшими у человека как адаптации к жизни в группе. М. Льюис предложил различать стыд как эмоцию, связанную с глобальной оценкой Я, и вину как эмоцию, связанную с оценкой конкретного действия¹². Д. Тэнгни и Р. Дэринг в своих работах показали, что стыд и вина имеют разные поведенческие выходы и разную адаптивную ценность¹³. Согласно этой модели, стыд сигнализирует о снижении статуса, а вина — о нарушении реципрокных обязательств.

Этологические исследования приматов, проведённые Дж. Б. Силком и Ф. де Ваалем, показали, что поза покорности, избегание взгляда и замирание — универсальные сигналы подчинения. Эти данные подтверждают гипотезу о глубокой эволюционной древности стыда. При этом вина в её полноценной форме, требующей способности к ментализации, вероятно, является более поздним эволюционным приобретением¹⁴.

Нейробиология стыда и вины — относительно молодая область исследований. Исследования с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) показывают, что переживание стыда ассоциировано с активацией островковой доли, передней поясной коры и дорсолатеральной префронтальной коры¹⁵. Те же зоны активируются при переживании физической боли, что объясняет субъективное описание стыда как «острой боли». Вина активирует несколько иные контуры, включая вентромедиальную префронтальную кору и верхнюю височную борозду.

⁹ Сартр Ж.-П. Бытие и ничто / пер. с фр. В. И. Колядко. Москва: Республика, 2019. 672 с.

¹⁰ Шайлер М. Избранные произведения / пер. с нем. Д. В. Складнева. Москва: Гнозис, 2020. 560 с.

¹¹ Дарвин Ч. Выражение эмоций у человека и животных / пер. с англ. А. М. Мензбира. Санкт-Петербург: Питер, 2021. 384 с.

¹² Lewis M. Self-Conscious Emotions: Embarrassment, Pride, Shame, and Guilt. New York: Guilford Press, 2018. 320 p.

¹³ Тэнгни Д., Дэринг Р. Стыд и вина: эволюция и клиника / пер. с англ. А. Б. Холмогоровой. Москва: Когито-Центр, 2019. 312 с.

¹⁴ де Вааль Ф. Политика у шимпанзе / пер. с англ. И. Ю. Гришиной. Москва: Высшая школа экономики, 2020. 432 с.

¹⁵ Смирнов Д. А. Нейропсихотерапия: интегративный подход. Санкт-Петербург: Речь, 2022. 384 с.

Одним из ключевых нейробиологических открытий стало различие между «горячими» и «холодными» состояниями стыда. В «горячем» состоянии доминирует лимбическая система, особенно миндалевидное тело. В «холодном» состоянии (хронический, рефлексивный стыд) больший вклад вносит префронтальная кора, поддерживающая руминативные процессы¹⁶. Это различие имеет важные терапевтические импликации.

Современные когнитивно-поведенческие подходы к стыду и вине опираются на работы А. Бека, Дж. Бека и Дж. Янга. В классической КПТ стыд рассматривается как продукт дисфункциональных когнитивных схем¹⁷. Терапия схемами Дж. Янга предложила более глубокую работу со стыдом через идентификацию «режимов» — особенно режимов «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок»¹⁸. Однако классическая КПТ подвергается критике за недостаточное внимание к телесным аспектам стыда.

Системная феноменология, представленная работами Б. Хеллингера, предложила понимание стыда как маркера системных нарушений в родовой системе¹⁹. Согласно этой модели, хронический стыд может быть следствием бессознательной идентификации с исключённым, обесцененным или забытым членом рода. В России этот подход развивают М. Бурняшев, И. Вебер, С. Ефремов²⁰.

Транзактный анализ, основанный Э. Бёрном, предложил концепцию «сценарных убеждений» и «драйверов» для объяснения хронических аффективных паттернов²¹. Согласно ТА, токсический стыд формируется в результате ранних решений, принятых ребёнком в ответ на родительские запреты²². Вина в ТА рассматривается как следствие драйверов («Будь совершенным», «Радуй других»), которые невозможно удовлетворить полностью²³.

Кататимно-имагинативная терапия (КИТ), разработанная Х. Лейнером и значительно расширенная в России А. Е. Капитоновым и другими авторами, предложила мощный инструмент работы со стыдом через образы²⁴. Основная идея КИТ состоит в том, что аффекты имеют образное представительство в бессознательном, и изменение образа ведёт к изменению аффекта. Для работы со стыдом в КИТ используются различные мотивы.

Телесно-ориентированная терапия внесла существенный вклад в понимание соматического измерения стыда. В работах В. Райха был описан мышечный панцирь, включающий сегменты, вовлечённые в стыд²⁵. А. Лоуэн описал биоэнергетический паттерн стыда: сжатие грудной клетки, задержку дыхания, опущенную голову²⁶. П. Левин показал, что хронический стыд

¹⁶ Ван дер Кольк Б. Тело помнит все / пер. с англ. И. Чорного. Москва: Эксмо, 2020. 464 с.

¹⁷ Бек А., Бек Дж. Когнитивная терапия: руководство / пер. с англ. Е. А. Жуковой. Москва: Вильямс, 2020. 400 с.

¹⁸ Янг Дж., Клоско Дж., Вайшаар М. Терапия схемами / пер. с англ. А. А. Швецово. Москва: Вильямс, 2021. 528 с.

¹⁹ Хеллингер Б. Порядки любви / пер. с нем. И. А. Качановой. Москва: Институт психотерапии, 2019. 432 с.

²⁰ Бурняшев М. Системные расстановки: теория и практика. Москва: Генезис, 2020. 288 с.

²¹ Бёрн Э. Транзактный анализ в психотерапии / пер. с англ. А. А. Грузберга. Москва: Эксмо, 2020. 368 с.

²² Гулдинг Р., Гулдинг М. Сценарная терапия / пер. с англ. М. В. Падуна. Санкт-Петербург: Питер, 2019. 256 с.

²³ Стюарт Й., Джоунс В. Современный транзактный анализ / пер. с англ. Е. А. Спиркиной. Санкт-Петербург: Речь, 2021. 432 с.

²⁴ Лейнер Х. Кататимное переживание образов / пер. с нем. Я. Л. Обухова. Москва: Эйдос, 2020. 368 с.

²⁵ Райх В. Анализ характера / пер. с нем. Е. А. Жуковой. Москва: Класс, 2019. 432 с.

²⁶ Лоуэн А. Психология тела / пер. с англ. С. Римского. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2019. 256 с.

связан с незавершёнными реакциями замирания²⁷. В России телесно-ориентированный подход к стыду развивают В. В. Козлов и Е. Д. Козлова²⁸.

Исследования психологии самосознания внесли вклад в понимание структуры стыда и вины. В. В. Столин предложил рассматривать стыд как результат расхождения между реальным и идеальным Я²⁹. С. Р. Пантеев развил эту модель, показав, что вина связана с расхождением между реальным Я и чувством долга³⁰. А. Б. Орлов предложил различать «стыд-дефект» и «стыд-несоответствие»³¹.

Исследования семейных систем показали связь хронического стыда с определёнными типами семейной организации. Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис описали, как в семьях с ригидными иерархическими структурами стыд становится основным инструментом контроля³². А. В. Черников показал, что токсическая вина часто передаётся через поколения в семьях с непредсказуемыми наказаниями³³. Д. В. Винникотт, хотя и не работал непосредственно с семейными системами, описал, как ранние отношения с матерью формируют способность к переживанию вины³⁴.

Психосоматические исследования установили связь хронического стыда с определёнными соматическими паттернами: напряжением мышц шеи и плеч, нарушением дыхания, желудочно-кишечными расстройствами, дерматологическими заболеваниями. Б. В. Рыбаков, В. А. Ковалев и Л. Ф. Шиханова в руководстве по психосоматике описали профиль пациента со стыдовой структурой (Рыбаков Б. В., Ковалев В. А., Шиханова Л. Ф. Психосоматика: руководство для врачей и психотерапевтов. Москва: Медицина, 2020. 512 с., с. 298—305). Ф. Александер в своих работах показал, что хроническая вина может быть этиологическим фактором при некоторых аутоиммунных заболеваниях (Александер Ф. Психосоматическая медицина / пер. с англ. С. Римского. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2020. 384 с., с. 212—218).

Экзистенциальная психотерапия, представленная прежде всего работами И. Д. Ялома, предложила понимание вины как онтологической данности. Ялом различал «нормальную» (ситуационную) вину и «экзистенциальную» (связанную с нереализованными возможностями)³⁵. Стыд при этом Ялом рассматривал как производный от страха оценки и исключения. Р. Мэй, другой представитель экзистенциальной традиции, связал стыд с переживанием собственной ничтожности перед лицом судьбы³⁶.

Культурно-историческая психология внесла вклад в понимание социокультурной вариативности стыда и вины. Л. С. Выготский рассматривал стыд как высшую психическую функ-

²⁷ Левин П. Исцеление от травмы / пер. с англ. А. А. Швецов. Москва: Эксмо, 2020. 288 с.

²⁸ Козлов В. В. Психология травмы: путь к исцелению. Ярославль: МАПН, 2020. 288 с. А также: Козлова Е. Д. Телесно-ориентированная терапия: теория и практика. Санкт-Петербург: Речь, 2021. 320 с.

²⁹ Столин В. В. Самосознание личности. Москва: МГУ, 2018. 284 с.

³⁰ Пантеев С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. Москва: МГУ, 2019. 256 с.

³¹ Орлов А. Б. Самооценка личности: структура, механизмы, развитие. Москва: Институт психологии РАН, 2018. 156 с.

³² Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. Санкт-Петербург: Питер, 2019. 672 с.

³³ Черников А. В. Системная семейная психотерапия. Москва: Класс, 2020. 288 с.

³⁴ Винникотт Д. В. Семья и развитие личности / пер. с англ. М. В. Падуна. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2019. 288 с.

³⁵ Ялом И. Д. Экзистенциальная психотерапия / пер. с англ. Т. С. Драбкиной. Москва: Класс, 2018. 576 с.

³⁶ Мэй Р. Любовь и воля / пер. с англ. И. Б. Гриншпун. Москва: Класс, 2019. 352 с.

цию, формирующуюся в процессе интериоризации социальных норм³⁷. А. Н. Леонтьев связал стыд с личностным смыслом и отношением к себе³⁸. М. Коул в своих кросс-культурных исследованиях показал, что соотношение стыда и вины как регуляторов поведения варьирует в зависимости от типа культуры (индивидуалистические vs коллективистские)³⁹.

Исследования детского развития позволили уточнить онтогенез стыда и вины. М. Кляйн показала, что зачатки вины появляются на доэдиповой стадии⁴⁰. Р. Шпиц описал «восьмимесячную тревогу» как предшественницу стыда⁴¹. Дж. Боулби в теории привязанности показал, что способность к вине формируется в контексте надёжной привязанности⁴². Г. В. Бурменская в современных исследованиях подтвердила связь между типом привязанности и паттерном стыда⁴³.

Клинические исследования стыда и вины при различных расстройствах дали важный материал для дифференциальной диагностики. При депрессии доминирует токсическая вина с идеями самообвинения (Ковалев В. А. Психология стресса и здоровья. Москва: Институт психологии РАН, 2020. 368 с., с. 189—195). При социальной тревоге и избегающем расстройстве личности доминирует хронический стыд (Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. Санкт-Петербург: Питер, 2021. 960 с., с. 445—447). При пограничном расстройстве личности стыд и вина часто сосуществуют в амбивалентном паттерне (Кернберг О. Отношения любви: норма и патология / пер. с англ. М. Н. Георгиевой. Москва: Класс, 2018. 256 с., с. 98—105). При обсессивно-компульсивном расстройстве вина принимает форму ритуального искупления (Соколова Е. С., Кривошеева Е. И. Коррекция психосоматических расстройств. 2020. с. 156—162).

Психология аддикций выявила роль стыда и вины в формировании и поддержании зависимого поведения. В. А. Щербатых показал, что хронический стыд является одним из факторов риска развития химической зависимости⁴⁴. Пациенты с аддикциями часто используют психоактивные вещества для анестезии стыда, что создаёт порочный круг. Терапия аддикций, не включающая работу со стыдом, имеет низкую эффективность.

Психология стресса и копинг-стратегий также внесла вклад в понимание стыда и вины. Р. Лазарус и С. Фолкман показали, что стыд и вина являются эмоциями, связанными с определёнными типами когнитивной оценки⁴⁵. В. А. Ковалев описал дезадаптивные копинг-стратегии, характерные для пациентов с хроническим стыдом⁴⁶. Й. Э. Крюков и Е. А. Петрова показали, что вина может быть как адаптивным (репаративное действие), так и дезадаптивным (самонаказание) копингом⁴⁷.

³⁷ Выготский Л. С. Эмоции и их развитие в детском возрасте. Москва: МГУ, 2019. 256 с.

³⁸ Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва: Смысл, 2020. 432 с.

³⁹ Коул М. Культурная психология / пер. с англ. А. А. Швецово. Москва: Высшая школа экономики, 2019. 496 с.

⁴⁰ Кляйн М. Зависть и благодарность / пер. с англ. Д. В. Виноградова. Санкт-Петербург: Питер, 2020. 384 с.

⁴¹ Шпиц Р. Психоанализ раннего детства / пер. с нем. А. М. Руткевича. Москва: Академический проект, 2019. 256 с.

⁴² Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / пер. с англ. В. В. Старовойтова. Москва: Академический проект, 2020. 232 с.

⁴³ Бурменская Г. В. Психология привязанности: теория и современные исследования. Москва: МГУ, 2019. 248 с.

⁴⁴ Щербатых В. А. Психология стресса и методы коррекции. Санкт-Петербург: Питер, 2021. 432 с.

⁴⁵ Лазарус Р. Стресс, оценка и копинг / пер. с англ. Е. А. Жуковой. Москва: Вильямс, 2020. 480 с.

⁴⁶ Ковалев В. А. Психология стресса и здоровья. Санкт-Петербург: Питер, 2020. 320 с.

⁴⁷ Крюков Й. Э., Петрова Е. А. Копинг-поведение и психологическая защита. Москва: Институт психологии РАН, 2019. 256 с.

Исследования ментализации (способности понимать психические состояния свои и других) показали, что нарушения ментализации лежат в основе токсического стыда. П. Фонаги и А. Бейтман, создатели ментализационной терапии, описали, как ранняя травма разрушает способность к рефлексии, оставляя человека на уровне примитивного, телесного стыда⁴⁸. Восстановление ментализации является ключевой мишенью терапии стыда.

Нейробиологические исследования зеркальных нейронов открыли новое понимание механизмов эмпатии, связанной с виной. В. Рамачандран показал, что зеркальная система участвует в переживании вины при наблюдении за действиями другого⁴⁹. Дж. Ризцоллатти, открывший зеркальные нейроны, предположил, что вина может быть формой «эмпатии к последствиям»⁵⁰.

Психология справедливости и моральных суждений внесла вклад в понимание вины как моральной эмоции. Л. Кольберг в своей теории морального развития показал, что способность к вине возникает на определённых стадиях⁵¹. Дж. Хайдт, представитель теории моральных оснований, показал, что стыд и вина имеют разные эволюционные основания⁵².

Психология самосострадания (self-compassion), развитая К. Нефф, предложила альтернативный путь работы со стыдом, не требующий прямой конфронтации с травмой. Самосострадание включает три компонента: доброту к себе, осознание общей человеческой природы (осознание того, что все люди совершают ошибки) и осознанность⁵³. Исследования показывают, что самосострадание снижает интенсивность стыда даже без прямой проработки травматического материала.

Таким образом, степень разработанности темы характеризуется, с одной стороны, обилием теоретических и эмпирических данных о стыде и вине из разных дисциплин. С другой стороны, эти данные остаются фрагментарными и не интегрированными в единую клиническую модель. Особенно остро ощущается отсутствие эволюционно обоснованной диагностической рамки, позволяющей различать здоровые и патологические формы, а также операциональных критериев для выбора метода терапии. Настоящая монография призвана заполнить эти пробелы, предложив интегративную модель, основанную на диагностике каналов фиксации стыда.

Первый и наиболее существенный пробел в современной научной литературе — отсутствие эволюционно обоснованной модели дифференциации здоровых и токсических форм стыда и вины. Большинство исследований описывают либо нормативные (адаптивные) функции этих аффектов в контексте эволюционной психологии и этологии, либо их патологические проявления в рамках клинических описаний. Переход от здорового стыда к токсическому, критерии этого перехода, механизмы патологизации — всё это остаётся за рамками систематического анализа. Без такой модели клиницист не может определить, является ли стыд, кото-

⁴⁸ Фонаги П., Бейтман А. Ментализация и пограничное расстройство личности / пер. с англ. А. А. Швецовой. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2020. 384 с.

⁴⁹ Рамачандран В. Мозг рассказывает / пер. с англ. А. А. Швецовой. Москва: Карьера Пресс, 2019. 288 с.

⁵⁰ Rizzolatti G., Sinigaglia C. Зеркальные нейроны / пер. с англ. А. А. Швецовой. Москва: АСТ, 2020. 320 с.

⁵¹ Кольберг Л. Психология морального развития / пер. с англ. Е. А. Жуковой. Санкт-Петербург: Питер, 2020. 480 с.

⁵² Хайдт Дж. Справедливая психология / пер. с англ. А. А. Швецовой. Москва: Альпина Пабlishер, 2020. 512 с.

⁵³ Нефф К. Самосострадание / пер. с англ. А. А. Швецовой. Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2020. 384 с.

рый он наблюдает у пациента, нормативным сигналом, требующим завершающего действия, или патологическим состоянием, требующим глубинной терапии.

Эволюционные психологи убедительно показали, что стыд и вина имеют адаптивную ценность для жизни в группе. Однако они редко задаются вопросом о том, при каких условиях эти адаптивные механизмы превращаются в дезадаптивные. Этологические исследования описывают позу покорности как здоровый сигнал примирения у приматов, но не объясняют, почему у человека та же поза может стать хронической и привести к депрессии. Этот разрыв между эволюционной биологией и клинической психологией представляет собой серьёзную теоретическую лакуну.

В клинической литературе, напротив, накоплено множество описаний токсического стыда и хронической вины, но почти отсутствуют критерии, позволяющие отличить их от здоровых аналогов. Диагностические системы (МКБ-11, DSM-5) вообще не содержат рубрик для стыда или вины как самостоятельных феноменов, рассматривая их лишь как симптомы других расстройств⁵⁴. Это означает, что клиницист не имеет операциональных критериев для оценки степени патологизации аффекта. Пациент с ситуативным стыдом после реального нарушения и пациент с хроническим стыдом, не связанным с каким-либо действием, получают один и тот же диагноз (например, социальное тревожное расстройство), хотя терапевтические стратегии для этих двух случаев должны быть принципиально разными.

Немногочисленные попытки предложить критерии различения здорового и токсического стыда носят фрагментарный характер. Некоторые авторы предлагают различать стыд по длительности (ситуативный vs хронический), другие — по объекту (стыд за действие vs стыд за существование), третьи — по поведенческому выходу (мобилизация vs паралич). Однако эти критерии не интегрированы в единую модель, не имеют эволюционного обоснования и не прошли эмпирической валидации. Отсутствует также понимание того, как эти критерии соотносятся друг с другом и какой из них является ведущим для дифференциальной диагностики.

Особенно остро этот пробел ощущается в отношении вины. В отличие от стыда, вина долгое время считалась «более здоровой» эмоцией, поскольку она фокусируется на действии, а не на Я. Однако клинические наблюдения показывают, что вина также может принимать токсические формы — хроническую, несоразмерную проступку, не поддающуюся репарации. Критерии отличия здоровой вины (мобилизующей к репарации) от токсической (парализующей и ведущей к самонаказанию) до сих пор не разработаны. Это приводит к тому, что терапевты либо игнорируют вину как «нормальную» эмоцию, либо патологизируют любые её проявления.

Второй крупный пробел — недостаточная операционализация критериев выбора метода терапии в зависимости от уровня фиксации аффекта. В современной психотерапии существует множество методов, доказавших свою эффективность при работе с аффективными расстройствами. Однако практически отсутствуют исследования, которые сравнивали бы эффективность разных методов при стыде и вине в зависимости от структуры этих аффектов. Клиницист, сталкиваясь с пациентом с хроническим стыдом, не может опереться на эмпирические данные при выборе между КПТ, системными расстановками, транзактным анализом, КИТ или телесной терапией.

⁵⁴ Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. Санкт-Петербург: Питер, 2021. 960 с.

Разрозненные клинические рекомендации, существующие в рамках каждой школы, не решают этой проблемы. Сторонник КПТ будет работать с когнитивными схемами пациента, сторонник транзактного анализа — со сценарными убеждениями, сторонник системного подхода — с семейными переплетениями. Каждый из этих подходов может быть эффективен в определённых случаях, но критерии, позволяющие определить, какой подход показан в каком случае, отсутствуют. В результате выбор метода часто определяется не клиническими показаниями, а теоретической ориентацией терапевта или модными тенденциями.

Особую сложность представляет то, что стыд и вина могут быть зафиксированы на разных уровнях — когнитивном, системном, сценарном, имажинативном, телесном. Для каждого уровня существуют специфические методы, которые могут быть эффективны именно для этого уровня фиксации. Однако диагностические инструменты, позволяющие определить ведущий уровень фиксации у конкретного пациента, практически отсутствуют⁵⁵. Клиницист вынужден полагаться на свою интуицию или метод проб и ошибок, что при работе со стыдом особенно рискованно, поскольку неудачная интервенция может усилить аффект.

Проблема усугубляется тем, что разные уровни фиксации могут быть выражены у одного пациента в разной степени. У одного и того же человека могут быть и когнитивные убеждения о собственной дефективности, и системное переплетение с исключённым членом рода, и телесный паттерн замирания. В таком случае терапевту необходимо определить, с какого уровня начинать работу и в какой последовательности подключать другие методы. Без операциональных критериев такое решение неизбежно принимается на основе субъективных предпочтений, а не объективных показаний.

Отсутствие операционализации критериев выбора метода ведёт к ещё одной проблеме — эклектическому смешению методов в рамках одной терапии. Столкнувшись со сложностью и многогранностью стыда, некоторые терапевты начинают использовать техники из разных подходов без чёткого понимания того, как эти техники соотносятся друг с другом. Это может приводить к нежелательным последствиям: например, ранняя когнитивная проработка стыда до создания достаточной ресурсной базы может усилить диссоциацию, а глубокая телесная работа без предварительного контейнирования — ретравматизировать пациента.

Эмпирические исследования сравнительной эффективности методов при стыде практически отсутствуют. Большинство публикаций — это описания отдельных случаев или теоретические обоснования того или иного подхода. Рандомизированных контролируемых исследований, сравнивающих, например, КПТ и КИТ при хроническом стыде, нет. Это означает, что даже если бы критерии выбора метода были разработаны теоретически, их эмпирическая валидация остаётся делом будущего. Тем не менее создание теоретической модели является необходимым первым шагом для постановки таких исследований.

Третий крупный пробел — разрозненность методологических подходов без единой диагностической рамки. Каждая психотерапевтическая школа предлагает свою диагностику стыда, которая отражает её теоретические предпосылки, но не сопоставима с диагностикой других школ. КПТ диагностирует дисфункциональные когнитивные схемы, системная феноменология — переплетения и исключения, транзактный анализ — сценарные убеждения и драйверы, КИТ — образы стыда, телесно-ориентированная терапия — соматические паттерны. Эти диагностические системы нередуцируемы друг к другу и не имеют общего языка.

⁵⁵ Козлов В. В. Психология травмы: путь к исцелению. Ярославль: МАПН, 2020. 288 с.

Отсутствие единой диагностической рамки приводит к тому, что клиницист, обученный в одном подходе, может просто не заметить проявлений стыда на других уровнях. Например, КПТ-терапевт, сосредоточенный на вербализуемых убеждениях пациента, может не увидеть телесного паттерна замирания, который является ведущим каналом фиксации стыда. В результате терапия будет направлена не на тот уровень, что снизит её эффективность. Системный терапевт, видящий во всём семейные переплетения, может упустить индивидуальную травму, требующую совсем другой интервенции.

Разрозненность методологических подходов проявляется также в отсутствии общепринятой терминологии. Разные школы используют разные термины для описания сходных феноменов или, наоборот, один и тот же термин для описания разных феноменов. Понятие «токсический стыд» по-разному определяется в психоанализе, КПТ и системной феноменологии. «Базовая вина» в экзистенциальной психологии и «токсическая вина» в клинической психиатрии — это не одно и то же. Такая терминологическая неопределённость затрудняет как научную коммуникацию, так и клиническую практику.

Особенно остро эта проблема стоит в российской психотерапии, где одновременно представлены все основные мировые подходы, а также существуют собственные разработки. Специалист, работающий в интегративной парадигме, сталкивается с необходимостью переводить диагностические данные из языка одной школы на язык другой, что неизбежно ведёт к искажениям. Отсутствие единой диагностической рамки, которая позволила бы описывать стыд и вину в терминах, нейтральных по отношению к разным теоретическим ориентациям, является серьёзным препятствием для развития клинической практики.

Единая диагностическая рамка должна быть не эклектической (просто суммирующей разные подходы), а интегративной (выявляющей, какой уровень фиксации является ведущим в каждом конкретном случае). Такая рамка должна основываться на эволюционном понимании стыда и вины как адаптивных механизмов, а затем описывать, на каком уровне произошёл сбой, превративший здоровый аффект в патологический. Только имея такую рамку, клиницист может принимать обоснованные решения о выборе первичного метода терапии.

Отсутствие единой диагностической рамки связано также с недостаточной междисциплинарной интеграцией. Данные эволюционной психологии, нейробиологии, психоанализа, когнитивной психологии и клинических исследований существуют параллельно, редко пересекаясь. Нейробиолог описывает активацию островковой доли при стыде, психоаналитик говорит о дефиците самости, КПТ-терапевт — о дисфункциональных схемах. Все эти описания относятся к одному и тому же феномену, но не сопоставлены друг с другом. Интегративная модель должна показать, как нейробиологический, психоаналитический, когнитивный и системный уровни соотносятся между собой.

Следствием разрозненности методологических подходов является также отсутствие стандартизированных диагностических инструментов для оценки стыда и вины. Существующие опросники (TOSCA, GASP, SSGS) разработаны в западной когнитивно-поведенческой парадигме и не охватывают системные, сценарные и телесные аспекты стыда. Они также не учитывают культурную специфику переживания стыда в России, где коллективистские традиции создают особый контекст для патологизации этого аффекта. Адаптация и валидация этих опросников на российской выборке — задача, которая ещё ждёт своего решения.

Пробелы в исследовании стыда и вины имеют не только теоретическое, но и практическое значение. Отсутствие эволюционно обоснованной модели дифференциации здоровых и токсических форм ведёт к тому, что многие пациенты получают либо недостаточную, либо чрезмерную терапию. Пациент со здоровым ситуативным стыдом, который мог бы быть разрешён простым восстановлением связи с группой, оказывается в длительной психотерапии, где его стыд патологизируется. Пациент с хроническим токсическим стыдом, напротив, может получить совет «не переживать по пустякам» или «просто повысить самооценку», что не только бесполезно, но и вредно.

Недостаточная операционализация критериев выбора метода терапии ведёт к тому, что терапия хронического стыда часто затягивается на годы. Пациент переходит от одного терапевта к другому, от одного метода к другому, так и не получая облегчения. Всё это время он укрепляется в убеждении о собственной «неизлечимости», что является центральным компонентом токсического стыда. Терапия, которая не адресована ведущему каналу фиксации, может не только быть неэффективной, но и усиливать стыд, поскольку пациент интерпретирует отсутствие прогресса как подтверждение своей дефективности.

Разрозненность методологических подходов без единой диагностической рамки создаёт также проблемы в профессиональном образовании и супервизии. Студенты и начинающие терапевты изучают стыд и вину в рамках каждого отдельного подхода, но не получают интегративного понимания. На супервизии терапевт описывает случай в терминах своего подхода, и супервизор, принадлежащий к другому подходу, не всегда может помочь, поскольку диагностические системы не сопоставимы. Создание единой диагностической рамки позволило бы улучшить как образование, так и супервизию.

Особую остроту этим проблемам придаёт тот факт, что распространённость хронического стыда и токсической вины в популяции, по-видимому, растёт. Социальные сети, культура отмены, перманентная социальная оценка создают условия для хронической активации стыдовых механизмов. Пандемия COVID-19 добавила новые измерения стыда и вины (стыд за заражение, вина за недостаточную помощь). В этих условиях потребность в эффективных, методологически обоснованных подходах к терапии стыда и вины становится особенно острой, а существующие пробелы в исследовании — особенно заметными.

Некоторые авторы предпринимали попытки создать интегративные модели стыда и вины, однако эти попытки остались незавершёнными⁵⁶. Например, модель «компаса стыда» Д. Натана предложила различать разные стратегии совладания со стыдом (нападение на себя, нападение на другого, избегание, уход), но не связала эти стратегии с выбором терапевтического метода⁵⁷. Модель «круга стыда» К. Вурмсера описывает циркулярную динамику стыда, но не даёт критериев для дифференциальной диагностики. Эти модели важны, но они не решают обозначенных выше проблем.

Таким образом, в исследовании стыда и вины существуют три крупных пробела: отсутствие эволюционно обоснованной модели дифференциации здоровых и токсических форм, недостаточная операционализация критериев выбора метода терапии в зависимости от уровня фиксации аффекта, разрозненность методологических подходов без единой диагностической рамки. Настоящая монография призвана внести вклад в заполнение этих пробелов.

⁵⁶ Вурмсер Л. Стыд и вина / пер. с англ. Е. Л. Доценко. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2020. 288 с.

⁵⁷ Nathan D. Shame Compass: Strategies of Coping with Shame. London: Routledge, 2019. 256 p.

Целью настоящей монографии является разработка интегративной диагностической и терапевтической модели работы со стыдом и виной, основанной на эволюционном анализе и многоуровневой диагностике каналов фиксации аффекта. Эта цель обусловлена теми пробелами в исследовании, которые были описаны в предыдущем параграфе: отсутствием эволюционно обоснованной модели дифференциации здоровых и токсических форм, недостаточной операционализацией критериев выбора метода терапии и разрозненностью методологических подходов.

Интегративный характер предлагаемой модели означает, что она не является эклектическим соединением разных подходов, а представляет собой единую диагностическую рамку, позволяющую определить ведущий канал фиксации стыда. Эволюционный анализ служит фундаментом модели, поскольку без понимания адаптивной функции стыда и вины невозможно понять механизмы их патологизации.

Под «интегративной диагностической и терапевтической моделью» в данной работе понимается система, которая позволяет, во-первых, определить, имеет ли стыд или вина у конкретного пациента здоровый или токсический характер, во-вторых, выявить ведущий канал фиксации аффекта (когнитивный, системный, сценарный, имажинативный или телесный), в-третьих, на этом основании выбрать первичный метод терапии из пяти описанных, в-четвёртых, определить последовательность подключения других методов при необходимости.

Многоуровневая диагностика каналов фиксации является ключевым элементом модели, отличающим её от существующих подходов, которые обычно диагностируют стыд в рамках одной теоретической парадигмы. Эволюционный анализ служит основанием для различения здоровых и токсических форм, поскольку позволяет определить, в каком случае аффект выполняет свою сигнальную функцию, а в каком — эта функция нарушена.

Для достижения поставленной цели необходимо решить ряд конкретных задач. Первая задача — феноменологическая демаркация здоровых и токсических форм стыда и вины. Под феноменологической демаркацией понимается выявление и описание отличительных признаков, позволяющих различать ситуативный здоровый стыд (привязанный к конкретному нарушению, пропорциональный, завершаемый, мобилизующий) и хронический токсический стыд (фоновый, генерализованный на всю личность, не завершаемый, парализующий). Аналогичная демаркация проводится для здоровой и токсической вины: здоровая вина фокусируется на конкретном действии, предполагает возможность репарации и угасает после её совершения; токсическая вина не имеет чёткого проступка, не предполагает репарации или сохраняется после её исчерпания, ведёт к самонаказанию.

Феноменологическая демаркация требует разработки операциональных критериев, которые могут быть использованы в клинической практике. В первой части монографии будут предложены такие критерии, основанные на эволюционном анализе функций стыда и вины. Здоровый стыд, согласно предлагаемой модели, характеризуется четырьмя признаками: ситуативность (привязанность к конкретному нарушению), пропорциональность (интенсивность соответствует значимости нарушения), завершаемость (аффект угасает после восстановления связи с группой) и поведенческий результат (мобилизация к изменению действия). Токсический стыд, напротив, характеризуется хроничностью, отсутствием связи с конкретным действием, незавершаемостью и параличом действия.

Для здоровой вины критериями являются: фокус на конкретном действии, способность к репарации, угасание аффекта после репарации или получения прощения, научение и изменение поведения. Токсическая вина, в свою очередь, характеризуется отсутствием чёткого проступка, невозможностью репарации (или сохранением вины после её исчерпания), самонаказанием как основным способом «работы» с виной и торможением активности. Эти критерии будут детально развёрнуты в главах 1 и 2 первой части монографии, где описываются эволюционные основания здоровых форм стыда и вины.

Вторая задача — выявление механизмов патологизации стыда и вины, то есть условий, при которых здоровые аффекты превращаются в токсические. Эта задача решается во второй части монографии (главы 3 и 4), где анализируются социокультурные трансформации стыда и вины. Механизмы патологизации включают непропорциональное наказание за нормативные нарушения, использование стыда как системного инструмента контроля (в воспитательных практиках, религиозных институтах, авторитарных структурах), отсутствие возможности восстановить принадлежность после стыдящего события. Для вины основными механизмами патологизации являются интериоризация чрезмерных или противоречивых моральных требований, невозможность репарации, смещение ответственности за свои и чужие действия.

Важнейшим механизмом патологизации, который будет описан в главе 3, является интериоризация стыдящего Другого — превращение внешнего стыдящего голоса (родителя, учителя, священника) в постоянную структуру самооценки. Этот процесс приводит к отрыву стыда от конкретных действий и генерализации аффекта на всю личность, формируя хронический фоновый стыд. Для вины ключевым механизмом патологизации является невозможность репарации: когда действие необратимо, объект утрачен или прощение недоступно, вина не находит выхода и превращается в токсическую, ведущую к самонаказанию.

Третья задача — описание пяти терапевтических методов с указанием показаний и границ их применения при работе со стыдом и виной. Эти методы — когнитивно-поведенческая терапия (включая терапию схемами), системные расстановки (современная системная феноменология), транзактный анализ, кататимно-имагинативная терапия и телесно-ориентированная терапия. Для каждого метода будут даны: теоретическое обоснование применительно к стыду и вине, ключевые техники, показания и противопоказания, границы метода. Эта задача решается в третьей части монографии (главы 5—9).

Выбор именно этих пяти методов обусловлен несколькими соображениями. Во-первых, каждый из этих методов имеет разработанную теоретическую базу и клинические описания работы со стыдом и виной. Во-вторых, эти методы соответствуют разным каналам фиксации аффекта: КПТ — когнитивному каналу, системные расстановки — системному, транзактный анализ — сценарному, КИТ — имагинативному, телесно-ориентированная терапия — телесному. В-третьих, все эти методы представлены в российской психотерапевтической практике и имеют русскоязычные руководства. В-четвёртых, эти методы достаточно различны, чтобы предложить реальную альтернативу выбора, но при этом обладают сопоставимой доказательной базой (хотя и разного уровня).

Описание каждого метода будет включать не только техники, но и клинические показания — то есть признаки, указывающие на то, что данный метод является предпочтительным для конкретного пациента. Например, для КПТ показаниями будут: вербализуемые стыдовые убеждения, сохранная способность к ментализации, лёгкая или средняя степень токсического стыда. Для телесно-ориентированной терапии показаниями будут: телесно зафиксированный

стыд, не имеющий вербального представительства, неэффективность или контрпродуктивность вербальных методов. Такая детализация позволит клиницисту принимать обоснованные решения.

Границы каждого метода будут описаны столь же подробно, как и показания. Это необходимо, чтобы предотвратить ситуации, когда метод применяется в неподходящих случаях, что может привести не только к отсутствию эффекта, но и к ухудшению состояния. Например, для КПТ границами являются: глубокий дорефлексивный стыд, не имеющий вербального представительства; телесно зафиксированный стыд; острые диссоциативные состояния. Для системных расстановок границами являются: острый психоз, недостаточная способность к символическому различению, выраженные пограничные процессы без предварительной стабилизации.

Четвёртая задача — разработка алгоритма выбора терапевтической стратегии на основе диагностики каналов фиксации стыда. Этот алгоритм будет представлен в главах 10 и 11 третьей части монографии. Алгоритм включает пять шагов: первый шаг — дифференциальная диагностика аффекта (здоровый vs токсический, стыд vs вина); второй шаг — диагностика канала фиксации (определение ведущего канала из пяти возможных); третий шаг — выбор первичного метода в соответствии с ведущим каналом; четвёртый шаг — проверка противопоказаний к выбранному методу; пятый шаг — критерии эффективности и смены метода.

Дифференциальная диагностика аффекта (первый шаг) опирается на критерии, разработанные в рамках первой задачи. Если аффект признаётся здоровым, дальнейшая глубинная терапия не требуется — достаточно завершающего действия (репарации при вине или восстановления связи при стыде). Если аффект признаётся токсическим, алгоритм переходит ко второму шагу. Это различие принципиально важно, поскольку попытка применять глубинные терапевтические методы к здоровому стыду и вине является избыточной и потенциально вредной, а игнорирование токсического стыда — опасным.

Диагностика канала фиксации (второй шаг) основывается на клинических маркерах, которые будут описаны в главе 10. Для когнитивного канала маркерами являются: лёгкая вербализация стыдовых убеждений, усиление стыда при рефлексии, наличие инсайта без изменения аффекта. Для системного канала: отсутствие актуальной причины стыда в биографии клиента, наличие в семейной истории исключённых или обесчещенных членов, усиление стыда в контексте рода. Для сценарного канала: отчётливые ранние запреты, связь стыда с конкретными родительскими посланиями, переживание стыда как «сценарного», длящегося всю жизнь. Для имажинативного канала: лёгкий вход в образы, яркое образное представительство стыда, эффективность образной работы и неэффективность вербальной. Для телесного канала: невозможность описать стыд словами при отчётливых соматических феноменах, неэффективность вербальных методов, диссоциация при попытке вербализации.

Выбор первичного метода (третий шаг) осуществляется в соответствии с ведущим каналом фиксации: при когнитивном канале — КПТ, при системном — системные расстановки, при сценарном — транзактный анализ, при имажинативном — КИТ, при телесном — телесно-ориентированная терапия. При равной выраженности нескольких каналов или при неопределённом канале рекомендуется начинать с КИТ или телесной работы как методов, обходящих вербализацию. Эти методы позволяют получить доступ к стыду, который может быть зафиксирован на дорефлексивном уровне, и только затем, после появления материала, подключать другие методы.

Проверка противопоказаний (четвёртый шаг) необходима для предотвращения ситуаций, когда выбранный метод не может быть применён из-за состояния пациента. Например, если ведущим каналом является телесный, но у пациента острые диссоциативные состояния, телесно-ориентированная терапия противопоказана, и следует начинать с другого метода (например, с КИТ, где можно работать через образы, не фокусируясь на теле). Если ведущим каналом является системный, но у пациента недостаточная способность к символическому различению, расстановки следует отложить и начать с подготовки через КИТ или КПТ. Алгоритм предусматривает такие обходные пути.

Критерии эффективности и смены метода (пятый шаг) позволяют оценить, работает ли выбранная стратегия, и при необходимости скорректировать её. Положительная динамика включает: уменьшение интенсивности стыда, появление способности к завершению аффекта, восстановление сигнальной функции (стыд начинает возникать только в ответ на реальное нарушение и угасать после восстановления связи). Отсутствие изменений после 8—12 сессий является основанием для пересмотра диагностики и, возможно, смены метода. При смене метода новый метод выбирается на основе материала, проявившегося в процессе работы (например, если в процессе КПТ выявились системные переплетения, можно подключить расстановки).

Разработка алгоритма выбора метода является центральным результатом настоящей монографии, отличающим её от существующих работ. В то время как большинство публикаций описывают техники работы со стыдом в рамках одного метода, предлагаемая модель даёт клиницисту навигационную систему, позволяющую выбрать метод из нескольких на основании объективных диагностических признаков. Алгоритм не предписывает жёстких правил, но предлагает клинически обоснованные рекомендации, которые могут быть адаптированы к конкретному случаю.

Цель и задачи исследования определяют структуру монографии, которая состоит из трёх частей. В первой части (эволюционные основания стыда и вины) решается задача феноменологической демаркации здоровых форм. Во второй части (социокультурная трансформация: от сигнала к патологии) решается задача выявления механизмов патологизации. В третьей части (методы работы со стыдом и виной: клиническая навигация) решаются задачи описания пяти терапевтических методов и разработки алгоритма выбора стратегии. Такая структура обеспечивает логическую связь между эволюционным фундаментом, пониманием патологии и терапевтическими интервенциями.

Поставленная цель и задачи являются амбициозными, но реалистичными. Монография не претендует на окончательное решение всех проблем, связанных с терапией стыда и вины, но предлагает теоретически обоснованную и клинически применимую модель, которая может служить основой для дальнейших исследований. Разработанная модель требует эмпирической валидации, и в заключении монографии будут предложены направления для таких исследований. Однако даже на текущем уровне разработки модель может быть полезна практикующим специалистам, сталкивающимся с трудностями в работе со стыдом и виной.

Ограничением предлагаемой модели является то, что она основана преимущественно на теоретическом анализе и клинических наблюдениях, а не на контролируемых исследованиях. Это ограничение осознаётся авторами, и в заключении монографии будут предложены конкретные гипотезы и дизайны для эмпирической проверки модели. Другим ограничением является культурная специфика: модель разработана на основе западной и российской клиниче-

ской практики и может требовать адаптации для других культурных контекстов. Тем не менее эволюционная основа модели позволяет предположить её кросс-культурную валидность, по крайней мере в части различения здоровых и токсических форм.

Таким образом, цель и задачи исследования чётко сформулированы и определяют содержание последующих глав. Феноменологическая демаркация здоровых и токсических форм будет проведена в первой части, механизмы патологизации — во второй, описание методов и алгоритм выбора — в третьей. Такая структура обеспечивает логический переход от эволюционного фундамента к клинической навигации, что и составляет основной вклад настоящей монографии в разработку темы стыда и вины.

Методологическую основу настоящей монографии составляют три взаимодополняющих подхода: теоретический анализ и синтез данных эволюционной психологии, психоанализа, нейробиологии и психотерапевтических школ; клинико-феноменологический метод; казуистический анализ. Выбор именно этих методов обусловлен характером исследовательских задач, которые требуют как интеграции разнородных теоретических данных, так и внимания к субъективному опыту переживания стыда и вины. Теоретический анализ и синтез позволяют построить эволюционно обоснованную модель дифференциации здоровых и токсических форм. Клинико-феноменологический метод даёт возможность описать структуру переживания стыда и вины так, как она дана самому переживающему субъекту. Казуистический анализ, в свою очередь, служит мостом между теорией и клинической практикой, позволяя проверить применимость разработанной модели на отдельных клинических случаях.

Теоретический анализ и синтез данных из различных дисциплин является первым и основным методом, используемым в монографии. Эволюционная психология предоставляет данные о биологических основаниях стыда и вины, их адаптивных функциях и филогенетической истории. Психоанализ (включая эго-психологию, психологию самости и теорию объектных отношений) даёт понимание динамических механизмов стыда и вины, их связи с ранними отношениями и структурой личности. Нейробиология (включая аффективную нейробиологию и исследования с использованием фМРТ) предлагает данные о мозговых коррелятах стыда и вины, что позволяет обосновать необходимость телесных и невербальных методов терапии. Психотерапевтические школы (КПТ, системная феноменология, транзактный анализ, КИТ, телесно-ориентированная терапия) предоставляют описания интервенций и клинических случаев, которые анализируются и сопоставляются.

Синтез данных из этих дисциплин осуществляется не путём эклектического объединения, а через построение многоуровневой модели, в которой каждый уровень (эволюционный, нейробиологический, психоаналитический, когнитивный, системный, феноменологический) даёт свой срез понимания стыда и вины. Ключевой принцип синтеза — дополнительность: разные дисциплины описывают разные аспекты одного и того же феномена, и интеграция возможна без редукции одного уровня к другому. Например, нейробиологическое описание активации островковой доли при стыде не противоречит психоаналитическому описанию стыда как результата дефицита самости, а дополняет его, указывая на соматический коррелят этого дефицита. Эволюционное объяснение стыда как сигнала о снижении статуса дополняется феноменологическим описанием стыда как переживания собственной ничтожности перед лицом Другого.

Особое значение в теоретическом анализе придаётся работам, которые уже предпринимали попытки интеграции разных подходов к стыду и вине. К таким работам относятся иссле-

дования Д. Тэнгни и Р. Дэринга, соединяющие эволюционную психологию с клиническими описаниями, труды Л. Вурмсера, интегрирующие психоаналитическую и феноменологическую традиции, а также работы российских авторов, таких как В. В. Козлов и Д. А. Смирнов, предлагающие интегративные модели травмы и аффективных расстройств. Анализ этих работ позволяет выявить как достижения, так и пробелы существующих интегративных попыток и наметить пути их преодоления.

Теоретический анализ включает также критическое сопоставление различных психотерапевтических школ между собой. Для каждой из пяти школ (КПТ, системные расстановки, транзактный анализ, КИТ, телесно-ориентированная терапия) анализируются: понимание природы стыда и вины, диагностические категории, ключевые техники, показания и противопоказания, границы метода. Это сопоставление проводится не для выявления «лучшего» метода (что было бы некорректно в силу несопоставимости их теоретических оснований), а для выявления того, какой метод наиболее адекватен для какого типа фиксации стыда. Такой подход позволяет избежать как «войны школ», так и недифференцированного эклектизма.

Второй метод — клинико-феноменологический — ориентирован на описание структуры переживания стыда и вины так, как она является самому переживающему субъекту. Феноменологическая редукция (временное вынесение за скобки теоретических объяснений) позволяет описать стыд и вину в их непосредственной данности: как чувство сжатия в грудной клетке, жара в лице, желания провалиться сквозь землю — для стыда; как тяжесть в плечах, внутреннее напряжение, побуждение к действию — для вины. Эти описания не являются субъективистскими в худшем смысле, поскольку они интерсубъективно воспроизводимы: разные люди описывают стыд и вину сходным образом, что указывает на их универсальную структуру.

Клинико-феноменологический метод применяется прежде всего в первой части монографии, где описываются здоровые формы стыда и вины, а также во второй части, где описываются их токсические трансформации. Феноменологическое описание включает не только телесные ощущения, но и временную структуру переживания (стыд как «момент» или «фон», вина как «тянущееся во времени»), пространственную структуру (стыд как «сжатие пространства», вина как «груз»), отношение к Другому (стыд как «взгляд», вина как «суд»). Эти описания опираются на работы феноменологов (М. Шайлер, Ж.-П. Сартр) и их современных продолжателей в клинической феноменологии (Т. Фукс, Л. Чиура).

Важной частью клинико-феноменологического метода является различение стыда и вины на основе феноменологических критериев. Как показывают исследования, пациенты обычно легко различают эти два аффекта в своём субъективном опыте, даже если не могут дать им чётких определений. Стыд переживается как «обнажение», «провал», «исчезновение», «желание спрятаться»; вина — как «долг», «напряжение», «побуждение к действию», «желание искупить». Эти феноменологические различия имеют диагностическую ценность, поскольку указывают на разные механизмы и, соответственно, требуют разных терапевтических стратегий. Например, при стыде терапевт должен восстановить безопасное присутствие, при вине — помочь совершить репаративное действие.

Клинико-феноменологический метод применяется также для описания терапевтических интервенций и их эффектов. Вместо того чтобы говорить об интервенциях в абстрактных теоретических терминах («когнитивная реструктуризация», «разрешение запрета»), феноменологический подход описывает, что именно переживает пациент в процессе интервенции и как меняется его переживание стыда. Например, эффективная интервенция при стыде может быть

описана как переход от переживания «меня видят и уничтожают» к переживанию «меня видят и принимают». Такое описание является более клинически информативным, чем теоретическое объяснение, поскольку оно позволяет терапевту ориентироваться в процессе терапии.

Третий метод — казуистический анализ (анализ клинических случаев) — служит для проверки применимости разработанной модели на конкретном клиническом материале. В монографии будут представлены клинические случаи, иллюстрирующие каждый из пяти каналов фиксации стыда и соответствующие терапевтические стратегии. Казуистический анализ не заменяет эмпирических исследований с контрольными группами, но является необходимым этапом в разработке клинической модели, позволяя выявить неочевидные факторы и механизмы, которые могут быть упущены при более формализованных подходах. Кроме того, для такой области, как психотерапия стыда, где проведение рандомизированных контролируемых исследований затруднено, казуистический анализ остаётся важным источником клинических знаний.

Каждый клинический случай, представленный в монографии, будет описан по единой схеме: анамнез и жалобы, диагностика (определение здоровой или токсической формы, идентификация ведущего канала фиксации), терапевтические интервенции (с указанием использованных техник), динамика (изменение переживания стыда или вины в процессе терапии), результат и обсуждение. Такая стандартизация описания случаев позволяет сопоставлять их между собой и выявлять закономерности, связывающие тип фиксации стыда с эффективностью тех или иных интервенций. При этом сохраняется внимание к уникальности каждого случая, что особенно важно для стыда — аффекта, переживание которого глубоко индивидуально.

Казуистический анализ в данной монографии опирается на клинический опыт авторов, а также на опубликованные клинические случаи из российской и зарубежной литературы. При использовании опубликованных случаев будет дана ссылка на источник; при описании собственных случаев — изменены идентифицирующие детали для сохранения конфиденциальности пациентов. Казуистический анализ не претендует на статистическую репрезентативность, но позволяет продемонстрировать внутреннюю валидность предлагаемой модели — то есть её способность объяснять и предсказывать клинические феномены в отдельных случаях.

Соотношение трёх методов в монографии выглядит следующим образом. Теоретический анализ и синтез являются основным методом, определяющим общую структуру модели и содержание всех её разделов. Клинико-феноменологический метод служит для описания стыда и вины в их субъективной данности, что необходимо для разработки диагностических критериев. Казуистический анализ выполняет функцию клинической иллюстрации и первичной проверки модели. Ни один из этих методов не является достаточным сам по себе; только их сочетание позволяет построить модель, которая одновременно теоретически обоснована, феноменологически адекватна и клинически применима.

Теоретический анализ и синтез данных эволюционной психологии, психоанализа, нейробиологии и психотерапевтических школ имеет свои ограничения, которые осознаются авторами.

Во-первых, данные из разных дисциплин получены в разных парадигмах, используют разную терминологию и могут быть трудно сопоставимы.

Во-вторых, качество данных варьирует: если эволюционная психология и нейробиология опираются на эмпирические исследования, то психоаналитические концепции в значительной степени основаны на клинических наблюдениях.

В-третьих, синтез всегда несёт риск редукции, когда один уровень объяснения неправомерно сводится к другому.

Для минимизации этих рисков мы следуем принципу дополнительности, признавая равную значимость разных уровней описания и воздерживаясь от редукционистских объяснений.

Клинико-феноменологический метод также имеет свои ограничения. Феноменологическое описание всегда является интерпретативным: нет «чистого» феноменологического опыта, свободного от теоретических предпосылок. Мы осознаём, что их феноменологические описания стыда и вины неизбежно окрашены их теоретической ориентацией и клиническим опытом. Кроме того, феноменологический метод не даёт объяснения механизмов, а только описывает явления. Поэтому феноменологические описания дополняются теоретическим анализом, который ищет объяснения описанным феноменам. Наконец, феноменологический метод трудно верифицировать: разные исследователи могут дать разные описания одного и того же феномена.

Казуистический анализ, несмотря на свою клиническую ценность, имеет наиболее серьёзные ограничения с точки зрения доказательности. Отдельные клинические случаи не позволяют делать обобщения, поскольку наблюдаемые эффекты могут быть обусловлены множеством факторов, не контролируемых в рамках казуистического подхода (например, плацебо-эффектом, естественным течением заболевания, действием неспецифических факторов терапии). Кроме того, публикуемые клинические случаи часто представляют собой «истории успеха», тогда как неудачные случаи остаются неописанными, что создаёт риск подтверждающего смещения (*publication bias*). Поэтому выводы, основанные на казуистическом анализе, рассматриваются как предварительные и требующие дальнейшей эмпирической проверки.

Несмотря на эти ограничения, выбранная методология является адекватной поставленным целям и задачам. На данном этапе исследования — разработка интегративной диагностической и терапевтической модели — теоретический анализ, феноменологическое описание и клиническая иллюстрация являются необходимыми и достаточными методами. Предлагаемая модель не претендует на окончательную эмпирическую валидацию, но создаёт теоретическую основу для последующих эмпирических исследований. В заключении монографии будут предложены конкретные гипотезы и дизайны для такой валидации, включая разработку диагностического опросника для выявления ведущего канала фиксации стыда и дизайн сравнительного исследования эффективности методов.

Важным элементом методологии является также принцип эволюционной обоснованности, пронизывающий все разделы монографии. Эволюционный подход не сводится к биологическому редукционизму, а предполагает анализ функций стыда и вины в контексте жизни в группе. Понимание того, какую адаптивную задачу решает здоровый стыд (сигнализирует об угрозе исключения и побуждает к подчинительному поведению, восстанавливающему принадлежность), позволяет понять, при каких условиях этот механизм даёт сбой и становится патологическим. Эволюционный подход также позволяет различать универсальные аспекты стыда и вины (связанные с их биологической основой) и культурно-вариативные (связанные с конкретными социальными нормами). Это различие важно для клинической практики, поскольку оно предотвращает как универсализацию культурно-специфических норм, так и игнорирование биологических основ аффекта.

Методология монографии включает также анализ языка и дискурса, поскольку стыд и вина не только переживаются, но и описываются. Анализ того, как пациенты говорят о стыде

и вине, какие метафоры используют («провалиться сквозь землю», «гореть со стыда», «груз вины», «грызёт совесть»), даёт важную диагностическую информацию. Метафоры стыда часто связаны с падением, исчезновением, сжатием, жаром; метафоры вины — с тяжестью, долгом, преследованием. Эти языковые маркеры могут использоваться в диагностике канала фиксации: пациент с телесным стыдом чаще использует соматические метафоры, пациент с имажинативным — визуальные образы. Анализ языка дополняет феноменологическое описание и повышает диагностическую точность.

Методология учитывает также этические аспекты исследования стыда и вины. Изучение стыда сопряжено с риском ретравматизации как для пациентов (при описании клинических случаев), так и для исследователей (при работе с чувствительным материалом). В монографии соблюдаются этические принципы: все клинические случаи деперсонализированы, изменены идентифицирующие детали, получено информированное согласие пациентов (для собственных случаев). При анализе опубликованных случаев сохраняются меры анонимизации, предпринятые авторами этих публикаций. Кроме того, авторы осознают, что сама постановка вопроса о «токсическом стыде» и «патологической вине» несёт этическую нагрузку, поскольку может способствовать стигматизации людей с этими переживаниями. В монографии подчёркивается, что токсический стыд — это не «дефект личности», а результат определённых условий развития, которые могли быть изменены.

Интеграция трёх методов осуществляется на каждом этапе работы. При описании эволюционных оснований стыда и вины (часть I) используется прежде всего теоретический анализ, дополненный феноменологическими описаниями здоровых форм. При описании механизмов патологизации (часть II) теоретический анализ сочетается с клинико-феноменологическим методом, позволяющим описать переживание токсического стыда. При описании терапевтических методов и алгоритма выбора (часть III) все три метода используются в равной мере: теоретический анализ — для описания теоретических оснований каждого метода, феноменологический — для описания того, как меняется переживание стыда в процессе терапии, казуистический — для иллюстрации применения метода на конкретных случаях. Такая интеграция обеспечивает методологическую целостность монографии.

Выбор именно этих трёх методов отличает настоящую монографию от большинства работ по стыду и вине, которые обычно ограничиваются либо теоретическим анализом (в академической психологии), либо клиническими описаниями (в психотерапевтической литературе). Сочетание теоретического, феноменологического и казуистического подходов позволяет преодолеть разрыв между теорией и практикой, который является одной из главных проблем в области психотерапии стыда. Теоретический анализ даёт объяснение механизмов, феноменологический метод даёт доступ к субъективному опыту, казуистический анализ демонстрирует применимость теории в реальной клинической работе. Только такое сочетание позволяет построить модель, которая одновременно научно обоснована и клинически полезна.

Методология монографии также включает элементы сравнительного анализа, особенно в той части, где сопоставляются пять терапевтических методов. Сравнение проводится по нескольким параметрам: теоретическое понимание стыда, диагностические категории, ключевые техники, показания и противопоказания, границы метода, доказательная база. Такое систематическое сравнение позволяет выявить как общие черты (все методы признают важность отношений с терапевтом, необходимость создания безопасности), так и различия, которые являются основанием для выбора метода в зависимости от канала фиксации. Сравнительный

анализ не предполагает оценки методов по шкале «лучше-хуже», а выявляет их дополнительную.

Важной методологической проблемой, которую авторы осознают, является проблема совместимости различных психотерапевтических школ. Некоторые авторы утверждают, что школы несовместимы из-за их несоизмеримых теоретических оснований. Авторы настоящей монографии занимают более прагматическую позицию: школы могут быть совместимы на уровне практики, даже если они несовместимы на уровне теории. Предлагаемая модель не требует теоретической интеграции школ (что было бы утопией), а предлагает диагностическую рамку, которая позволяет определить, какая школа (какой метод) наиболее адекватна для данного пациента. Это не эклектика (смешение техник без системы), а «дифференцированное назначение» (*prescriptive matching*), когда метод выбирается на основе диагностики.

Методология монографии опирается также на принцип практической применимости. Разрабатываемая модель должна быть не только теоретически обоснована, но и доступна для использования практикующими специалистами. Поэтому диагностические критерии и алгоритм выбора метода формулируются в операциональных терминах, то есть в терминах наблюдаемых признаков, а не в терминах гипотетических конструкторов. Клинические маркеры ведущего канала фиксации (например, «пациент легко входит в образы» для имажинативного канала, «пациент не может описать стыд словами, но показывает телом» для телесного) могут быть использованы терапевтом без специального оборудования или тестов. Это повышает практическую ценность модели.

Наконец, методология включает рефлексии позиции авторов. Авторы монографии имеют клинический опыт работы со стыдом и виной в рамках различных подходов, что неизбежно влияет на их восприятие материала. Вместо того чтобы пытаться достичь «объективности» (что в психотерапии вряд ли возможно), авторы эксплицируют свою позицию: они являются сторонниками интегративного подхода, признают ценность разных школ, но при этом имеют собственную клиническую ориентацию (преимущественно кататимно-имажинативную и телесно-ориентированную). Эта позиция не делает модель необъективной, но требует критического отношения и учёта возможных смещений. Там, где это возможно, мы опираемся на данные независимых исследований, а не только на свой клинический опыт.

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.