

18+

МАРИНА РЯБОВА

СТЫД и ВИНА

ЭВОЛЮЦИОННАЯ МОДЕЛЬ,
ДИАГНОСТИКА КАНАЛОВ
ФИКСАЦИИ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ
СТРАТЕГИИ (ЧАСТЬ 3)



Марина Рябова

**Стыд и вина. Эволюционная
модель, диагностика каналов
фиксации, терапевтические
стратегии (часть 3)**

«Издательские решения»

Рябова М.

Стыд и вина. Эволюционная модель, диагностика каналов фиксации, терапевтические стратегии (часть 3) / 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 рецензента	6
Вводные положения к Части III	7
Часть III. Методы работы со стыдом и виной: клиническая навигация	12
Глава 5. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)	12
Теоретическое обоснование применения к работе со стыдом и виной	13
Ключевые техники	17
Показания и противопоказания	35
Границы метода	41
Глава 6. Системные расстановки (современная системная феноменология)	48
Теоретическое обоснование применения к работе со стыдом и виной	49
Ключевые техники	53
Конец ознакомительного фрагмента.	56

Стыд и вина Эволюционная модель, диагностика каналов фиксации, терапевтические стратегии (часть 3)

Марина Рябова

Редактор Александр Евгеньевич Капитонов

Редактор Ольга Сергеевна Соловьева

Рецензент Людмила Ивановна Петухова

© Марина Рябова, 2026

ISBN 978-5-0070-3676-4 (т. 3)

ISBN 978-5-0070-3674-0

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Вступительное слово рецензента

Монография является значительным вкладом в область психотерапии, уделяя особое внимание вопросам стыда и вины с учётом культурных и нейробиологических аспектов. Автор предлагает комплексный подход, объединяющий пять методов: когнитивно-поведенческую терапию, системные расстановки, транзактный анализ, кататимно-имагинативную терапию и телесно-ориентированную терапию.

Одной из сильных сторон работы выступает акцент на адаптации методов к различным культурным контекстам, что приобретает особую значимость в условиях глобализации и культурного многообразия. Автор подчёркивает, что предложенный подход не предлагает универсальных решений, а представляет собой диагностическую рамку, позволяющую терапевтам выбирать наиболее эффективные методы для каждого конкретного пациента.

Также следует отметить внимание к вербализации стыда, которая может быть особенно полезна для пациентов, страдающих хроническим стыдом и испытывающих трудности в выражении своих переживаний. Вербализация помогает уменьшить тотальность и неопределённость стыда, что является важным шагом на пути его преодоления.

Автор подчёркивает теоретическую обоснованность и клиническую применимость своего подхода, что делает его ценным для дальнейшего изучения и развития.

Монография представляет собой значительный шаг вперёд в терапии стыда и вины, предлагая систему принятия решений, основанную на сравнительном анализе различных методов. Это позволяет избежать эклектичного смешения подходов и даёт терапевту объективные критерии для выбора наиболее подходящего метода.

Автор приглашает читателя к исследованию мира психотерапевтических методов, подчёркивая, что главная цель — это верность пациенту, а не приверженность определённой школе. Данное положение подчёркивает гуманистический подход к психотерапии, ставящий интересы пациента на первое место.

Книга является ценным ресурсом для людей, стремящихся эффективно справляться с этими сложными эмоциями, предлагая чёткую структуру и полезную информацию. Это делает её доступной и полезной для широкой аудитории. Она рекомендуется для всех, кто ищет способы улучшения своего эмоционального состояния и повышения качества жизни.

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

Вводные положения к Части III

После детального анализа эволюционных оснований стыда и вины, а также механизмов их патологизации, мы переходим к центральному вопросу нашей работы: как практически работать с токсичными формами этих аффектов? В первых двух частях мы показали, что стыд и вина являются эволюционно древними адаптивными механизмами, необходимыми для социальной координации и моральной регуляции. Мы также показали, что при определённых условиях (непропорциональное наказание, системное использование стыда как инструмента контроля, невозможность репарации, интериоризация стыдящего Другого) эти адаптивные механизмы превращаются в токсичные состояния, разрушающие личность. Теперь перед нами стоит задача: как восстановить сигнальную функцию стыда и вины, вернув им их здоровую адаптивную роль? Эта задача является центральной для всей третьей части нашей монографии.

Первый и самый важный принцип, который мы хотим заявить в начале третьей части, заключается в следующем: задача терапии — не устранить стыд и вину, а восстановить их сигнальную функцию. Этот принцип является фундаментальным и отличает наш подход от многих распространённых в психотерапии установок. 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, чья сигнальная функция была жизненно необходима для выживания наших предков. 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.

Почему же так важно не устранять стыд и вину, а восстанавливать их функцию? Потому что здоровая вина побуждает к репарации и восстановлению доверия, а здоровый стыд побуждает к восстановлению принадлежности и подчинению групповым нормам. Без этих механизмов человек становится неспособным к долгосрочной кооперации, к поддержанию близких отношений, к интеграции в социальные группы. Человек, лишённый способности к стыду, становится психопатом, нечувствительным к социальным нормам и страданиям других. Человек, лишённый способности к вине, становится неспособным к раскаянию и исправлению ошибок. Поэтому наша задача — не сделать так, чтобы пациент никогда не испытывал стыд и вину, а сделать так, чтобы эти аффекты возникали только тогда, когда есть реальное основание, и угасали после восстановления связи или совершения репарации.

Второй принцип, который мы хотим заявить: терапия должна различать здоровые и токсичные формы стыда и вины. Для здоровых форм достаточно завершающего действия, для токсичных требуется глубокая работа. Это различие имеет огромное практическое значение. В нашей клинической практике мы часто наблюдаем, как терапевты пытаются «прорабатывать» здоровый ситуативный стыд, который прошёл бы сам после простого извинения и восстановления контакта. Это не только бесполезно, но и вредно, поскольку патологизирует нормативный аффект. С другой стороны, мы наблюдаем, как терапевты пытаются «завершить» токсичный стыд простым извинением, что, разумеется, не работает и укрепляет пациента в убеждении о своей «неизлечимости». Поэтому первым шагом в терапии должна быть дифференциальная диагностика: является ли стыд или вина пациента здоровыми или токсичными?

Дифференциальная диагностика между здоровыми и токсичными формами должна основываться на критериях, которые мы разработали в первой и второй частях. Здоровый стыд характеризуется ситуативностью, пропорциональностью, завершаемостью и мобилизующим поведенческим результатом. Здоровая вина характеризуется фокусом на конкретном действии, способностью к репарации, угасанием после репарации и научением. Токсичный стыд характеризуется хроническим фоновым характером, отсутствием связи с конкретным действием, параличом действия и сопутствующими феноменами. Токсичная вина характеризуется виной без проступка, самонаказанием и торможением активности. Если аффект признаётся здоровым, терапия может быть краткосрочной и направленной на завершающее действие. Если аффект признаётся токсичным, требуется глубинная работа, которая будет описана в последующих главах.

Третий принцип, который является новизной нашего подхода, заключается в том, что выбор метода терапии должен определяться клинической картиной, включающей показания, противопоказания и границы каждого метода. Мы выделяем пять методов: когнитивно-поведенческую терапию, системные расстановки, транзактный анализ, кататимно-имагинативную терапию и телесно-ориентированную терапию.

Каждый из этих методов эффективен для определённого типа пациентов и определённых форм стыда и вины. Когнитивно-поведенческая терапия показана при ситуативном стыде, связанном с идентифицируемыми когнитивными искажениями, а также при вине, обусловленной драйверами и долженствованиями. Системные расстановки показаны при стыде и вине, не имеющих личной биографии, но связанных с семейной историей и исключёнными членами рода. Транзактный анализ показан при хроническом стыде и вине, связанных с ранними сценарными решениями и родительскими предписаниями. Кататимно-имагинативная терапия показана при ярком образном представительстве стыда и вины, когда вербализация неэффективна или усиливает аффект. Телесно-ориентированная терапия показана при телесно зафиксированном стыде и вине, когда клиент не может описать аффект словами, но показывает телом.

Почему мы считаем, что выбор метода должен определяться клинической картиной, а не, скажем, нозологической принадлежностью или личными предпочтениями терапевта? Потому что многолетний клинический опыт показывает, что разные пациенты с внешне сходными проявлениями токсичного стыда и вины по-разному реагируют на один и тот же терапевтический метод. Один пациент отлично откликается на КПТ, другой — нет; один прекрасно работает с образами в КИТ, другой не может войти в образное состояние; один получает облегчение от телесной терапии, другой — нет.

Мы полагаем, что причина этих различий лежит в клинической картине, включающей показания и противопоказания к каждому методу. Если терапевт применяет КПТ при глубоко дорефлексивном стыде, терапия будет неэффективной и может усилить диссоциацию. Если терапевт применяет системные расстановки при когнитивной вине, терапия также будет неэффективной.

Новизна нашего подхода заключается в том, что мы предлагаем не просто набор методов, а диагностическую рамку, позволяющую выбрать метод, который с наибольшей вероятностью будет эффективен для данного пациента. Эта рамка является интегративной, но не эклектической. Интегративная означает, что она объединяет разные методы в единую систему, основанную на сравнительном анализе показаний, противопоказаний и границ. Не эклектическая означает, что она не смешивает техники из разных методов без системы, а предлагает выби-

рать один метод в качестве первичного, исходя из клинической картины, и подключать другие методы только при появлении нового материала или при отсутствии динамики. Такой подход позволяет сохранить теоретическую специфичность каждого метода и избежать хаотического смешения техник.

Актуальность предлагаемого подхода обусловлена несколькими факторами.

Во-первых, распространённость токсичного стыда и токсичной вины в клинической и доклинической популяциях чрезвычайно высока.

Во-вторых, существующие диагностические системы не предоставляют операциональных критериев для различения здоровых и токсичных форм, что ведёт к терапевтическим ошибкам.

В-третьих, практикующие специалисты испытывают острую потребность в навигационной системе, которая позволяла бы выбирать метод терапии на основе объективных показаний, а не на основе личных предпочтений или модных тенденций. Наш подход отвечает на этот запрос, предлагая чёткие диагностические критерии и алгоритм выбора метода, основанный на анализе показаний, противопоказаний и границ.

Новизна нашего подхода заключается также в том, что мы впервые систематически связываем эволюционный анализ стыда и вины с клинической диагностикой и терапевтической навигацией. В существующей литературе эволюционная психология и клиническая психотерапия существуют параллельно, редко пересекаясь. Эволюционные психологи описывают адаптивные функции стыда и вины, но не занимаются терапией их патологических форм. Клиницисты, напротив, работают с патологическими формами, но часто без эволюционного фундамента. Мы заполняем этот разрыв: эволюционный анализ служит основанием для различения здоровых и токсичных форм, а также для понимания механизмов патологизации. Только понимая, как работают здоровые формы, мы можем разработать стратегии восстановления их функции при патологии.

Ещё одна важная инновация нашего подхода — это разработка алгоритма выбора метода на основе сравнительного анализа показаний, противопоказаний и границ. В существующей литературе нет аналога этого алгоритма, хотя отдельные авторы описывали эффективность различных методов при работе со стыдом и виной. Наша инновация заключается в объединении этих разрозненных данных в единую диагностическую систему и в утверждении, что выбор метода должен определяться клинической картиной, а не теоретической ориентацией терапевта. Это позволяет преодолеть разрыв между диагностикой и терапией: диагноз должен включать не только констатацию наличия токсичного стыда или вины, но и оценку показаний и противопоказаний к каждому методу.

Предлагаемый нами подход также решает проблему эклектического смешения методов, которая является бичом современной интегративной психотерапии. Многие терапевты, столкнувшись со сложностью и многогранностью стыда, 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. Наш подход предлагает не эклектическое смешение, а последовательное применение методов на основе анализа клинической картины.

Клиническая практика показывает, что терапия токсичного стыда и вины часто затягивается на годы именно потому, что терапевт не может определить, какой метод является наиболее адекватным для данного пациента. 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 токсичного стыда. Наш подход призван прервать этот порочный круг, предоставляя терапевту объективные критерии для выбора метода и для оценки его эффективности. Это потенциально может сократить продолжительность терапии и повысить её результативность.

Особую актуальность наш подход приобретает в свете данных о нейробиологических коррелятах стыда и вины. Исследования показывают, что переживание стыда активирует островковую долю, переднюю поясную кору и дорсолатеральную префронтальную кору — те же зоны, которые активируются при физической боли и социальном отвержении. Переживание вины активирует несколько иные контуры, включая вентромедиальную префронтальную кору и верхнюю височную борозду. Эти данные подтверждают, что стыд и вина — это не просто «мысли» или «убеждения», а телесно закреплённые аффективные состояния, которые требуют не только когнитивной, но и телесной работы. Наш подход, включающий телесно-ориентированную терапию как один из методов, учитывает эти нейробиологические данные.

Наш подход также учитывает культурную специфику переживания стыда и вины. В коллективистских культурах (включая российскую) стыд играет большую роль как регулятор поведения, чем вина, и его патологизация может иметь специфические черты. Системные расстановки как метод, работающий с родовыми переплетениями, могут быть особенно эффективны в культурах с сильными семейными связями. Кататимно-имажинативная терапия, работающая с образами, может быть особенно эффективна в культурах с развитым образным мышлением. Наш подход не предписывает универсальных решений, а предлагает диагностическую рамку, которая может быть адаптирована к разным культурным контекстам.

Предлагаемый нами подход также решает проблему обучения и супервизии. В существующей практике супервизор и супервизируемый часто принадлежат к разным школам, что затрудняет супервизию. Наш подход предоставляет нейтральный язык для описания клинического случая, понятный специалистам разных ориентаций. Например, супервизируемый может описать клиническую картину пациента и спросить супервизора, какой метод показан, даже если супервизор сам не владеет этим методом. Это повышает качество супервизии и способствует профессиональной коммуникации.

Важным аспектом нашего подхода является также то, что он даёт пациенту язык для описания своего опыта. Пациенты с хроническим стыдом часто не могут описать свои переживания, что усиливает чувство изоляции и дефектности. Предлагаемая диагностическая рамка, основанная на показаниях к различным методам, даёт пациенту возможность понять, почему один метод помогает, а другой нет, и активно участвовать в выборе стратегии. Такая вербализация сама по себе может быть терапевтической, поскольку стыд, будучи названным и локализованным, перестаёт быть тотальным и неопределённым.

Мы отдаём себе отчёт в том, что предлагаемый подход не является панацеей и имеет свои ограничения. Во-первых, он требует от терапевта знакомства с пятью различными методами, что может быть сложно для специалистов, обученных только в одном подходе. Во-вторых, он требует времени на диагностику, что может увеличить продолжительность начального этапа терапии. В-третьих, он не имеет ещё эмпирической валидации в контролируемых исследова-

ниях. Однако мы считаем, что теоретическая обоснованность и клиническая применимость подхода оправдывают его представление в монографии. Мы надеемся, что дальнейшие исследования подтвердят его эффективность.

Несмотря на эти ограничения, мы уверены, что предлагаемый подход является важным шагом вперёд в терапии стыда и вины. Он предлагает не просто набор техник, а систему принятия решений, основанную на сравнительном анализе показаний, противопоказаний и границ методов. Он позволяет избежать как эклектического смешения методов, так и приверженности одному методу независимо от клинической картины. Он даёт терапевту объективные критерии для выбора метода и для оценки его эффективности. Он даёт пациенту надежду на то, что его страдание имеет объяснение и может быть исцелено.

В последующих главах третьей части мы детально опишем каждый из пяти методов применительно к работе со стыдом и виной. Для каждого метода мы дадим теоретическое обоснование, ключевые техники, показания и противопоказания, границы метода. Затем мы представим алгоритм выбора терапевтической стратегии, основанный на сравнительном анализе этих параметров. Мы также опишем клинические маркеры, позволяющие определить, какой метод показан в данном случае. Мы надеемся, что это описание будет полезным для практикующих специалистов и поможет им в их нелёгкой работе с пациентами, страдающими от токсичного стыда и токсичной вины.

Ключевое отличие нашего подхода от существующих заключается в том, что мы не предлагаем «универсального метода» работы со стыдом и виной. Мы не утверждаем, что КПТ «лучше» системных расстановок или что телесная терапия «лучше» КИТ. Мы утверждаем, что каждый метод эффективен для определённой клинической картины, и что задача терапевта — определить, какой метод показан данному пациенту. Это требует от терапевта не владения всеми методами на уровне эксперта (хотя это желательно), а знания показаний и границ каждого метода, а также умения определить, когда следует направить пациента к другому специалисту.

Мы также хотим подчеркнуть, что наш подход не является «мета-теорией», претендующей на интеграцию всех школ на теоретическом уровне. Мы не пытаемся примирить КПТ и психоанализ, транзактный анализ и системные расстановки на уровне фундаментальных теоретических положений. Наш подход является прагматическим: мы принимаем существование разных школ как данность и предлагаем способ навигации между ними на основе клинической картины. Теоретическая несовместимость школ не является препятствием для их практической дополнительности, если есть чёткие критерии выбора.

Мы надеемся, что предлагаемый нами подход поможет практикующим специалистам в их работе и принесёт облегчение многим пациентам, страдающим от токсичного стыда и токсичной вины. Мы приглашаем читателя в увлекательное путешествие по миру психотерапевтических методов, где каждый метод имеет своё место и свою ценность, и где главным ориентиром является не верность школе (*loyalty to a school*), а верность пациенту (*fidelity to the patient*). Именно эта верность пациенту побудила нас к разработке предлагаемого подхода, и именно эта верность должна направлять терапевта в выборе метода.

Часть III. Методы работы со стыдом и виной: клиническая навигация

Глава 5. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

Когнитивно-поведенческая терапия является одним из наиболее эмпирически обоснованных и широко используемых подходов в современной психотерапии. В рамках КПТ стыд и вина рассматриваются не как первичные аффекты, а как продукты дисфункциональных когнитивных схем и автоматических мыслей, которые могут быть идентифицированы, оспорены и изменены. Этот подход предлагает чёткие, структурированные техники работы с токсичным стыдом, основанные на принципах когнитивной реструктуризации, поведенческой экспозиции и работы с глубинными схемами. Однако, как будет показано в данной главе, классическая КПТ имеет свои ограничения, особенно когда стыд зафиксирован не на когнитивном, а на телесном или имажинативном уровне. Тем не менее для определённой категории пациентов КПТ остаётся методом выбора.

В данной главе мы рассмотрим теоретическое обоснование применимости КПТ к работе со стыдом и виной. Мы опишем основные когнитивные схемы, лежащие в основе токсичного стыда, такие как «Я дефективен», «Я должен быть идеальным, чтобы меня принимали», «Если меня увидят настоящим — меня отвергнут». Мы также обсудим ограничение классической КПТ, связанное с тем, что вербализация стыда может усиливать аффект, если стыд фиксирован не на когнитивном, а на телесном или имажинативном уровне. Понимание этих ограничений является необходимым для правильного выбора метода. Без учёта этих ограничений терапевт рискует применять КПТ в тех случаях, где она не только неэффективна, но и потенциально вредна.

Далее мы детально опишем ключевые техники КПТ, применяемые при работе со стыдом и виной. К ним относятся когнитивная реструктуризация автоматических мыслей стыда (идентификация, проверка реальностью, формулирование альтернативной интерпретации), экспозиция с предотвращением ритуалов для социальной тревоги как производной стыда, работа с глубинными схемами (терапия схемами Дж. Янга) с идентификацией режимов «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок», а также техники заземления и дистанцирования от стыда как «состояния», а не как «истины о себе». Каждая из этих техник будет проиллюстрирована клиническими примерами. Мы покажем, как эти техники могут быть адаптированы для работы именно со стыдом, а не с тревогой или депрессией.

Важным разделом главы является описание показаний и противопоказаний к применению КПТ при работе со стыдом и виной. Показаниями являются ситуативный стыд, связанный с идентифицируемыми когнитивными искажениями, а также лёгкая и средняя степень токсичного стыда при сохранной способности к ментализации. Противопоказаниями являются глубокий дорефлексивный стыд, не имеющий вербального представительства; телесно зафиксированный стыд; острые диссоциативные состояния. Мы также обсудим границы метода, включая невозможность когнитивной проработки стыда, не имеющего доступа через вербальную систему, и риск интеллектуализации как защиты от реального переживания стыда.

Таким образом, цель данной главы — дать практикующему специалисту чёткое представление о том, когда и как применять КПТ при работе со стыдом и виной, а также когда следует воздержаться от этого метода и обратиться к другим подходам, описанным в последующих главах. Мы не утверждаем, что КПТ является «лучшим» методом работы со стыдом; мы утверждаем, что она является методом выбора для определённого типа пациентов — тех, у кого стыд зафиксирован преимущественно на когнитивном уровне. Для пациентов с доминированием телесного, имагинативного, системного или сценарного канала фиксации другие методы могут оказаться более эффективными. Именно такой дифференцированный подход и составляет основу нашей клинической навигации.

Теоретическое обоснование применения к работе со стыдом и виной

Когнитивно-поведенческая терапия рассматривает стыд и вину не как первичные, нередуцируемые аффекты, а как продукты дисфункциональных когнитивных схем и автоматических мыслей, которые могут быть идентифицированы, оспорены и изменены. Согласно базовому принципу КПТ, не события сами по себе вызывают эмоциональные реакции, а интерпретация этих событий человеком¹. Применительно к стыду это означает, что человек испытывает стыд не потому, что совершил нечто стыдное объективно, а потому, что он интерпретирует свои действия (или себя в целом) как стыдные на основе дисфункциональных убеждений. Задача терапевта — помочь пациенту выявить эти убеждения и скорректировать их.

Когнитивная схема представляет собой устойчивую структуру знания, которая организует опыт и направляет переработку информации. При токсичном стыде центральной является схема дефективности — убеждение в том, что человек по своей природе является неполноценным, ущербным, дефектным. Эта схема активируется автоматически при попадании в ситуации, которые напоминают травматический опыт пристыживания. Человек может не осознавать эту схему в обычном состоянии, но под воздействием стресса она запускается и порождает поток негативных автоматических мыслей. Как отмечает Дж. Бек, «... *схемы являются когнитивной основой эмоциональных расстройств, и работа с ними — ключ к долгосрочным изменениям*» (С. 67).

Автоматические мысли — это быстрые, произвольные оценки, которые возникают в ответ на ситуацию и непосредственно предшествуют эмоциональной реакции. При токсичном стыде типичными автоматическими мыслями являются: «все смотрят на меня», «они видят, какой я никчёмный», «я сейчас опозорюсь», «меня сейчас отвергнут». Эти мысли могут быть настолько быстрыми, что пациент не успевает их осознать; он сразу «проваливается» в чувство стыда. Задача терапевта — замедлить этот процесс, научить пациента фиксировать автоматические мысли между ситуацией и эмоцией. Техники «записи автоматических мыслей» и «стрелы вниз» (downward arrow) позволяют выявить глубинные схемы, лежащие в основе поверхностных мыслей.

Первой основной схемой при токсичном стыде является схема «Я дефективен». Человек с этой схемой убеждён, что с ним «что-то не так», что он «сломан», «неправильный», «испорченный» по своей сути. Эта схема часто формируется в детстве, когда родители критиковали не отдельные действия ребёнка, а его личность в целом («ты плохой», «от тебя одни проблемы»). Во взрослом возрасте эта схема активируется в ситуациях, где человек чувствует себя «уви-

¹ Бек А., Бек Дж. Когнитивная терапия: руководство / пер. с англ. Е. А. Жуковой. Москва: Вильямс, 2020. 400 с.

денным» и оценённым. Дефективность переживается как тотальная и не подлежащая исправлению. Терапия должна быть направлена на смягчение этой схемы и формирование более реалистичной самооценки.

Второй основной схемой является схема «Я должен быть идеальным, чтобы меня принимали». Человек убеждён, что его могут принимать и любить только при условии полного совершенства — отсутствия ошибок, слабостей, недостатков. Эта схема формируется в семьях с условной любовью, где родители проявляли заботу только тогда, когда ребёнок соответствовал высоким стандартам. Во взрослом возрасте эта схема заставляет человека постоянно стремиться к недостижимому идеалу и переживать стыд при любом несовершенстве. Идеал никогда не достигается, поэтому стыд становится хроническим. Терапия должна помочь пациенту перейти от перфекционизма к здоровому стремлению к росту без тотального самообеспечения.

Третьей основной схемой является схема «Если меня увидят настоящим — меня отвергнут». Человек убеждён, что его «истинное Я» является дефектным и недостойным принятия, поэтому он должен скрывать его под маской. Эта схема формируется в условиях, когда ребёнка наказывали за проявление спонтанности — за громкий смех, за слёзы, за гнев, за любые «неправильные» эмоции. Во взрослом возрасте человек живёт в постоянном страхе разоблачения: он боится, что кто-то увидит его настоящим и отвергнет. Этот страх разоблачения является одной из самых мучительных черт токсичного стыда. Терапия должна создавать безопасное пространство для постепенного предъявления «истинного Я».

Эти три схемы редко встречаются изолированно; они обычно сочетаются, образуя сложный когнитивный комплекс. Человек может одновременно верить, что он дефективен по своей природе (схема дефективности), что он должен быть идеальным, чтобы его принимали (схема перфекционизма), и что его истинное Я должно быть скрыто (схема избегания разоблачения). Этот комплекс схем создаёт порочный круг: страх разоблачения заставляет стремиться к идеалу; невозможность достичь идеала подтверждает дефективность; дефективность усиливает страх разоблачения. Разрыв этого круга требует работы на всех трёх уровнях.

Когнитивные искажения при токсичном стыде включают сверхообобщение (overgeneralization) — тенденцию делать глобальные выводы на основе единичных фактов. Человек, который один раз ошибся, делает вывод: «я всегда всё порчу». Сверхообобщение при стыде имеет тотальный характер: один недостаток распространяется на всю личность. Другим искажением является персонализация — тенденция интерпретировать нейтральные события как имеющие отношение к себе и притом в негативном ключе. Если кто-то засмеялся в комнате, человек со стыдом может подумать: «они смеются надо мной». Эти искажения усиливают и поддерживают токсичный стыд.

Когнитивная модель стыда, разработанная в рамках КПТ, предполагает, что стыд возникает из-за дисфункциональных предположений о социальной оценке. Человек предполагает, что другие люди его критикуют, осуждают, отвергают, и это предположение является нереалистичным или чрезмерным. Задача терапии — проверить эти предположения реальностью. Например, пациент может вести дневник ситуаций, в которых он ожидал осуждения, и сравнивать свои ожидания с реальными реакциями окружающих. Часто оказывается, что ожидания пациента значительно преувеличены, а окружающие относятся к нему гораздо более нейтрально или даже позитивно.

Ограничением классической КПТ является то, что вербализация стыда может усиливать аффект, если стыд фиксирован не на когнитивном, а на телесном или имажинативном уровне. Попытка заставить пациента говорить о том, чего он стыдится, может вызвать такую интенсивную реакцию стыда, что терапевтический альянс разрушится. Пациент может замкнуться, перестать доверять терапевту или вообще уйти из терапии. Это ограничение связано с тем, что у некоторых пациентов стыд не представлен в вербальной системе; он существует в виде телесных ощущений, образов или поведенческих паттернов. Вербализация в таких случаях не помогает, а вредит.

Почему вербализация стыда может усиливать аффект? Потому что стыд — это эмоция, связанная со взглядом Другого. Когда пациент вербализует то, чего он стыдится, он как бы «предъявляет» это терапевту, который становится Другим, смотрящим и оценивающим. Если терапевт не создал достаточного безопасного контейнера, эта ситуация может быть ретравматизирующей. Пациент может интерпретировать даже нейтральную реакцию терапевта как осуждение. Поэтому классическая КПТ, которая делает акцент на вербализации и рациональном анализе, может быть противопоказана пациентам с глубоким дорефлексивным стыдом.

В случаях, когда стыд фиксирован на телесном уровне, пациент не может сказать, чего он стыдится, потому что у него нет слов для этого. Он может только показать телом: опущенная голова, сжатые плечи, задержанное дыхание. Попытка заставить его вербализовать стыд вызывает диссоциацию — он «уходит» из контакта, потому что тело не может найти слова. В этих случаях более эффективны телесно-ориентированные методы, которые работают непосредственно с соматическим паттерном стыда. КПТ может быть подключена позже, когда у пациента появится способность к вербализации стыда без диссоциации.

В случаях, когда стыд фиксирован на имажинативном уровне, стыд представлен в виде образов — например, образа уничтожающего взгляда, образа падения в бездну, образа превращения в ничто. Вербализация этих образов может быть полезной, но недостаточной; сам образ остаётся неизменным. Более эффективны методы имажинативной трансформации, такие как кататимно-имажинативная терапия, где работа идёт непосредственно с образом. КПТ может быть полезна для когнитивного обрамления имажинативной работы, но не как основной метод.

Несмотря на эти ограничения, классическая КПТ остаётся эффективным методом для тех пациентов, у которых стыд имеет чёткую когнитивную структуру. Такие пациенты могут сказать: «я знаю, что я думаю, что я дефективен, и я знаю, что это убеждение нереалистично, но я не могу от него избавиться». У этих пациентов есть доступ к своим мыслям, они способны к рефлексии и ментализации, их проблема — не в отсутствии доступа к когнициям, а в их устойчивости. Для таких пациентов КПТ может быть методом выбора. Исследования показывают, что когнитивная реструктуризация стыдовых убеждений приводит к значимому снижению интенсивности стыда у этой категории пациентов.

Важным теоретическим вкладом КПТ в понимание стыда является различие между «стыдом как эмоцией» и «стыдом как убеждением». Стыд как эмоция — это кратковременное аффективное состояние; стыд как убеждение — это устойчивая когнитивная структура («я дефективен»). Хронический токсичный стыд — это не столько частая активация эмоции стыда, сколько устойчивое убеждение в собственной дефективности. Работа с убеждением требует времени и включает не только когнитивную реструктуризацию, но и поведенческие эксперименты, опровергающие убеждение. Например, пациент может провести эксперимент: «если я покажу себя настоящим, меня отвергнут?» и проверить это на практике.

Терапия схемами Дж. Янга расширяет классическую КПТ, предлагая более глубокую работу с ранними дезадаптивными схемами, сформированными в детстве. Схема дефективности относится к категории схем нарушения связей и отвержения. Работа с этой схемой включает не только когнитивные техники, но и эмоциональные (образные) и поведенческие (изменение паттернов отношений). В терапии схемами используется техника «ограниченного переродительства» (limited reparenting), где терапевт даёт пациенту тот опыт принятия и заботы, которого ему не хватало в детстве. Это позволяет скорректировать схему дефективности на эмоциональном, а не только на когнитивном уровне.

Когнитивная модель стыда в КПТ также включает понятие «стратегий совладания со стыдом». К ним относятся: избегание (избегание ситуаций, которые могут вызвать стыд), компенсация (стремление быть идеальным, чтобы не дать повода для стыда), капитуляция (принятие стыда как справедливой оценки). Каждая из этих стратегий имеет свои недостатки и в долгосрочной перспективе поддерживает токсичный стыд. Задача терапии — помочь пациенту заменить эти дезадаптивные стратегии на более адаптивные, такие как принятие своих недостатков и риск показать себя настоящим. Это требует поведенческих экспериментов, которые постепенно расширяют «зону комфорта» пациента.

Когнитивная реструктуризация стыдовых убеждений включает несколько этапов. Первый этап — идентификация автоматических мыслей и глубинных схем. Второй этап — проверка реальностью: есть ли объективные доказательства в пользу убеждения «я дефективен»? Третий этап — формулирование альтернативной интерпретации: «я совершил ошибку, но это не значит, что я дефективен в целом». Четвёртый этап — поведенческий эксперимент, проверяющий новое убеждение. Важно, чтобы когнитивная работа не оставалась на уровне «головных» рассуждений, а подкреплялась реальным опытом. Без поведенческих изменений когнитивная реструктуризация может остаться интеллектуальной игрой, не влияющей на стыд.

Эмпирические исследования эффективности КПТ при стыде показывают обнадеживающие результаты. Мета-анализы свидетельствуют, что КПТ приводит к умеренному снижению стыда у пациентов с социальной тревогой и депрессией. Однако эффект менее выражен, чем при работе с тревогой, и требует большего числа сессий. Это подтверждает, что стыд является более «устойчивым» аффектом, чем тревога, и требует более интенсивной работы. Исследования также показывают, что комбинация КПТ с методами, работающими на других уровнях (образном, телесном), даёт лучшие результаты, чем одна КПТ. Это поддерживает наш интегративный подход, основанный на диагностике канала фиксации.

Когнитивная модель стыда имеет свои корни в работах Аарона Бека, который ещё в 1970-х годах описал «когнитивную триаду депрессии», включающую негативный взгляд на себя, на мир и на будущее. Стыд относится к первому компоненту триады — негативному взгляду на себя. Позже Дж. Бек расширила эту модель, применив её к расстройствам личности, где стыд играет центральную роль. Она описала специфические схемы для избегающего, зависимого и пограничного расстройств, в каждом из которых стыд имеет свои особенности. Эти разработки легли в основу современной когнитивной терапии стыда.

Критика классической КПТ со стороны других подходов (психоаналитического, феноменологического) связана с тем, что она якобы игнорирует бессознательные и телесные аспекты стыда. Отчасти эта критика справедлива: классическая КПТ действительно делает акцент на сознательных, вербализуемых когнициях. Однако современная КПТ (третья волна) включает

методы работы с эмоциями, телесными ощущениями и бессознательными процессами. Терапия схемами, терапия принятия и ответственности, диалектическая поведенческая терапия — всё это обогатило когнитивно-поведенческий подход инструментами для работы с теми аспектами стыда, которые ранее были вне его фокуса. Поэтому противопоставление «КПТ vs телесная терапия» является упрощением; современная КПТ может быть интегративной.

Терапия принятия и ответственности (АСТ), являющаяся одной из школ третьей волны КПТ, предлагает иной подход к стыду: не изменение содержания мыслей, а изменение отношения к ним. Вместо того чтобы оспаривать мысль «я дефективен», пациент учится замечать её как просто мысль, а не как факт. Техники когнитивного диффужирования (отделения от мыслей) помогают пациенту дистанцироваться от стыдовых убеждений. Этот подход может быть особенно полезен для пациентов, у которых когнитивная реструктуризация вызывает сопротивление. Однако АСТ требует определённого уровня способности к децентрации, который может быть снижен при глубоком токсичном стыде.

Теоретическое обоснование применения КПТ к работе со стыдом и виной базируется на принципе когнитивной уязвимости: некоторые люди в силу своего опыта имеют дисфункциональные схемы, которые делают их уязвимыми к стыду при столкновении с определёнными ситуациями. Задача терапии — не устранить ситуации, которые могут вызвать стыд (что невозможно), а изменить интерпретацию этих ситуаций. КПТ не пытается убедить пациента, что «стыдиться нечего»; она пытается помочь пациенту увидеть, что его интерпретация ситуации является лишь одной из возможных, и что существуют альтернативные, более реалистичные интерпретации. Это снижает интенсивность стыда, не отрицая его права на существование.

Важным теоретическим вкладом КПТ является различие между «стыдом как эмоцией» и «стыдом как мета-эмоцией» (стыдом за стыд). Мета-стыд является особенно токсичным, поскольку он блокирует возможность работать со стыдом: пациент стыдится того, что он испытывает стыд, и поэтому не хочет говорить о нём. КПТ предлагает нормализовать стыд: объяснить пациенту, что стыд — это нормальная человеческая эмоция, и что его стыд — это не признак дефективности, а результат его когнитивных схем. Нормализация снижает мета-стыд и открывает возможность для терапевтической работы. Это особенно важно на начальном этапе терапии, когда пациент может испытывать стыд уже от самого факта обращения за помощью.

Таким образом, теоретическое обоснование применения КПТ к работе со стыдом и виной основывается на понимании стыда как продукта дисфункциональных когнитивных схем и автоматических мыслей. Основными схемами при токсичном стыде являются «Я дефективен», «Я должен быть идеальным, чтобы меня принимали» и «Если меня увидят настоящим — меня отвергнут». Однако классическая КПТ имеет ограничение: вербализация стыда может усиливать эффект, если стыд фиксирован не на когнитивном, а на телесном уровне.

Ключевые техники

В данном параграфе мы детально рассмотрим ключевые техники когнитивно-поведенческой терапии, применяемые при работе со стыдом и виной. Эти техники включают когнитивную реструктуризацию автоматических мыслей стыда, экспозицию с предотвращением ритуалов для социальной тревоги как производной стыда, работу с глубинными схемами (терапия схемами Дж. Янга) и техники заземления и дистанцирования от стыда как «состояния», а не как «истины о себе».

Каждая из этих техник имеет свою теоретическую основу и эмпирические подтверждения эффективности. Мы опишем их последовательно, уделяя каждой по двадцать абзацев. При описании техник мы будем ссылаться на авторов и школы, разработавшие эти методы, а также отмечать новизну и целесообразность дополнительных моментов, введённых нами в контексте предлагаемой диагностической модели каналов фиксации стыда.

Когнитивная реструктуризация является базовой техникой КПТ, направленной на изменение дисфункциональных мыслей и убеждений. В работе со стыдом эта техника требует особой осторожности, поскольку, как было отмечено в предыдущем параграфе, вербализация стыда может усиливать аффект. Поэтому мы предлагаем модифицированный подход, учитывающий ведущий канал фиксации стыда. Для пациентов с доминированием когнитивного канала эта техника является методом выбора. Для пациентов с другими каналами фиксации когнитивная реструктуризация может быть вспомогательной или вообще противопоказанной на начальном этапе. Наша задача — показать, как адаптировать классические техники КПТ к специфике стыда.

Экспозиция с предотвращением ритуалов является золотым стандартом лечения тревожных расстройств, но при работе со стыдом она требует модификации. Социальная тревога часто является производной от токсичного стыда: человек боится не столько ситуаций социального взаимодействия, сколько стыда, который может возникнуть в этих ситуациях. Поэтому экспозиция, направленная на стыд, должна быть градуированной и проводиться в безопасной, поддерживающей среде. Мы предложим специфические протоколы экспозиции, учитывающие особенности стыда как аффекта, связанного со взглядом Другого. Новизна нашего подхода заключается в интеграции экспозиции с техниками заземления, что позволяет пациенту не «проваливаться» в стыд, а оставаться в контакте с терапевтом.

Работа с глубинными схемами в терапии схемами Дж. Янга предлагает мощные инструменты для трансформации ранних дезадаптивных схем, лежащих в основе токсичного стыда. Особое значение имеют режимы «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок», которые воспроизводят динамику стыдящих отношений. Техника ограниченного переродительства позволяет терапевту дать пациенту тот опыт принятия и заботы, которого ему не хватало в детстве. Мы опишем, как эти техники могут быть адаптированы для работы со стыдом, и предложим дополнительные элементы, учитывающие диагностику каналов фиксации. Новизна нашего подхода заключается в интеграции работы со схемами с техниками заземления и дистанцирования.

Техники заземления и дистанцирования являются важным дополнением к классическим КПТ-техникам, особенно при работе с острым или интенсивным стыдом. Заземление помогает пациенту вернуться в контакт с телом и окружающей средой, прерывая «проваливание» в стыд. Дистанцирование помогает пациенту отделиться от стыдовых мыслей, рассматривая их как события ума, а не как факты реальности. Мы опишем конкретные техники заземления (дыхательные упражнения, сенсорное заземление, ориентация в пространстве) и дистанцирования (называние мыслей, визуализация, юмор). Новизна нашего подхода заключается в систематической интеграции этих техник в протокол когнитивной реструктуризации.

Когнитивная реструктуризация автоматических мыслей стыда

Когнитивная реструктуризация автоматических мыслей стыда представляет собой процесс выявления, оспаривания и замены дисфункциональных когниций, которые возникают у человека в ситуациях, провоцирующих переживание стыда. Автоматические мысли при стыде отличаются от автоматических мыслей при других эмоциях своей направленностью на социальную оценку: человеку кажется, что его видят, оценивают, осуждают, отвергают. Типичные примеры таких мыслей: «все смотрят на меня», «они видят, какой я неловкий», «я сейчас опозорюсь», «меня отвергнут, если узнают настоящим». Аарон Бек, основоположник когнитивной терапии, подчёркивал, что автоматические мысли являются наиболее доступным уровнем когнитивной структуры, и работа с ними даёт быстрый терапевтический эффект². Однако при стыде доступ к этим мыслям затруднён самим аффектом, который побуждает к избеганию и замиранию, поэтому терапевту необходимо сначала создать безопасную атмосферу.

Идентификация автоматических мыслей стыда начинается с обучения пациента навыку замечать свои мысли в момент возникновения стыда или сразу после него. Для этого используется техника «записи дисфункциональных мыслей», адаптированная для работы со стыдом. Пациент фиксирует ситуацию, которая вызвала стыд, автоматическую мысль, возникшую в этой ситуации, интенсивность стыда (по шкале от 0 до 10) и степень убеждённости в этой мысли. Как отмечает Джудит Бек, сама по себе запись мыслей является терапевтической интервенцией, поскольку процесс вербализации снижает интенсивность аффекта. Однако при стыде вербализация может иметь обратный эффект, если не сопровождается достаточной поддержкой терапевта, поэтому мы рекомендуем начинать с наименее травматичных ситуаций, где стыд был лёгким и кратковременным.

Важной особенностью идентификации автоматических мыслей стыда является то, что эти мысли часто имеют форму образов, а не вербальных утверждений. Пациент может не говорить себе «все смотрят на меня», а просто «видеть» взгляды, направленные на него. В таких случаях терапевт помогает пациенту перевести образ в вербальную форму: «что вы видите?», «что это значит?», «что вы думаете о том, что видите?» Только после вербализации образа становится возможной его когнитивная проработка. Мы предлагаем использовать технику «стоп-кадр», где пациент мысленно останавливает образ в самый интенсивный момент стыда и затем описывает его словами. Этот метод, разработанный нами, позволяет сделать доступными для реструктуризации те мысли стыда, которые ранее были недоступны из-за своей образной формы.

После того как автоматическая мысль идентифицирована и зафиксирована, следующим этапом является проверка реальностью. Этот этап заключается в сборе объективных доказательств, подтверждающих или опровергающих мысль стыда. Терапевт помогает пациенту сформулировать вопросы, на которые нужно найти ответы: какие конкретно факты свидетельствуют в пользу мысли «все смотрели на меня»? Кто именно смотрел? Как долго? Что ещё происходило в этот момент? Есть ли факты, которые противоречат этой мысли? Может быть, некоторые люди вообще не смотрели, или смотрели, но отвлеклись, или смотрели не на пациента, а на кого-то другого? Как отмечает Дэвид Бернс, проверка реальностью наиболее эффективна, когда пациент сам собирает данные, а не получает их от терапевта³.

Проверка реальностью при стыде имеет свою специфику, связанную с тем, что мысли стыда часто касаются не наблюдаемых событий, а предположений о внутренних состояниях

² Бек А., Бек Дж. Когнитивная терапия: руководство / пер. с англ. Е. А. Жуковой. Москва: Вильямс, 2020. 400 с.

³ Бернс Д. Терапия настроения / пер. с англ. А. А. Швецовой. Москва: Манн, Иванов и Фербер, 2020. 480 с.

других людей («они считают меня идиотом», «они меня осуждают»). Эти предположения невозможно проверить напрямую, поскольку у пациента нет доступа к мыслям других людей. В таких случаях терапевт помогает пациенту исследовать косвенные доказательства: что именно сказали или сделали другие люди, что можно интерпретировать как осуждение? Что они сказали или сделали, что противоречит этой интерпретации? Есть ли альтернативные объяснения их поведения? Например, если кто-то нахмурился, это могло быть вызвано не осуждением пациента, а головной болью, усталостью или собственными проблемами. Эта техника, известная как «проверка предположений о других», особенно важна при работе со стыдом.

Важным аспектом проверки реальностью является различие факта и интерпретации. Пациент часто смешивает эти два уровня, принимая свою интерпретацию за факт. Терапевт помогает пациенту разделить их: факт — это то, что можно объективно наблюдать («человек посмотрел в мою сторону»); интерпретация — это то, что пациент додумывает («он смотрит, потому что я выгляжу нелепо»). Запись в дневнике может быть организована в две колонки: «факты» и «мои интерпретации». Такое разделение позволяет пациенту увидеть, что его стыд основан не столько на фактах, сколько на его интерпретации фактов. Это открывает возможность для изменения интерпретации, даже если факты остаются неизменными. Как подчёркивает Джудит Бек, различие факта и интерпретации является одним из наиболее важных навыков, которые пациент может освоить в КПТ.

Формулирование альтернативной интерпретации является естественным продолжением проверки реальностью. После того как пациент собрал доказательства и разделил факты и интерпретации, он вместе с терапевтом ищет другие возможные объяснения ситуации, которые являются более реалистичными и менее стыдящими. Вместо «все смотрят на меня, потому что я неловкий» можно предложить: «возможно, они смотрели, потому что я новенький», «возможно, они просто смотрели в мою сторону случайно», «возможно, они вообще не на меня смотрели». Важно, чтобы альтернативные интерпретации были правдоподобными для пациента, а не просто «позитивным мышлением», навязанным терапевтом. Мы предлагаем использовать технику «множественных гипотез», где пациент генерирует не одну, а несколько альтернатив, а затем оценивает вероятность каждой.

Техника «колонка вероятностей» помогает пациенту количественно оценить свои интерпретации. Пациент записывает свою первоначальную интерпретацию стыда и оценивает её вероятность в процентах (например, 90%). Затем он записывает альтернативные интерпретации и также оценивает их вероятность. Часто оказывается, что сумма вероятностей всех интерпретаций не может превышать 100%, и если альтернативные интерпретации имеют ненулевую вероятность, то вероятность интерпретации стыда должна быть снижена. Например, если есть три альтернативных объяснения, каждое из которых имеет вероятность 20%, то на долю интерпретации стыда остаётся не более 40%. Это когнитивное упражнение снижает ригидность стыда интерпретации и открывает пространство для сомнения в её истинности.

Важной техникой на этапе формулирования альтернативной интерпретации является «роль адвоката дьявола», где терапевт намеренно предлагает самые разные, даже маловероятные объяснения ситуации, чтобы стимулировать креативность пациента. «Может быть, человек нахмурился, потому что у него болит зуб? Может быть, он смотрел не на вас, а на плакат у вас за спиной? Может быть, он просто задумался о своих проблемах?» Эта техника помогает пациенту преодолеть когнитивную ригидность и увидеть, что его стыдовая интерпретация — не единственно возможная. Со временем пациент начинает самостоятельно генерировать аль-

тернативные интерпретации, без помощи терапевта. Это является признаком успешного освоения техники.

Формулирование альтернативной интерпретации требует от пациента не только когнитивной гибкости, но и способности к децентрации — умению посмотреть на ситуацию со стороны. Пациент, погружённый в стыд, не может этого сделать, поскольку его внимание сфокусировано на себе. Терапевт может помочь, задавая вопрос: «что бы вы сказали другу, который оказался в такой же ситуации?» Часто пациент легко находит альтернативные интерпретации для другого человека, но не может применить их к себе. Перенос этой способности с другого на себя является важным терапевтическим шагом. Мы предлагаем использовать технику «друга», где пациент представляет, что его лучший друг переживает ту же ситуацию, и формулирует интерпретации для друга, а затем применяет их к себе.

Новизна нашего подхода к когнитивной реструктуризации автоматических мыслей стыда заключается в интеграции этой техники с диагностикой канала фиксации. Как было показано в предыдущих главах, когнитивная реструктуризация эффективна только для пациентов с доминированием когнитивного канала. Для пациентов с телесным или имажинативным каналом эта техника может быть неэффективной или даже вредной, поскольку вербализация стыда усиливает аффект и ведёт к диссоциации. Поэтому перед применением когнитивной реструктуризации мы рекомендуем провести диагностику ведущего канала фиксации стыда. Для пациентов с телесным каналом более эффективны телесно-ориентированные методы; для пациентов с имажинативным — кататимно-имажинативная терапия. Когнитивная реструктуризация остаётся методом выбора только для когнитивного канала.

Ещё одной новеллой нашего подхода является интеграция когнитивной реструктуризации с техниками заземления, особенно на этапе идентификации автоматических мыслей. Пациент, который начинает исследовать свои стыдовые мысли, может «провалиться» в стыд настолько, что потеряет контакт с терапевтом и с самим собой. Техника заземления (ощущение стоп на полу, спины на спинке стула, дыхания) помогает пациенту оставаться в контакте с реальностью и предотвращает диссоциацию. Мы предлагаем выполнять короткое заземление перед каждой сессией когнитивной реструктуризации, а также при первых признаках того, что пациент «уходит» в стыд. Эта простая интеграция существенно повышает эффективность и безопасность когнитивной работы.

Закрепление навыка когнитивной реструктуризации требует регулярной практики между сессиями. Пациент получает домашнее задание: в течение недели фиксировать автоматические мысли стыда, проверять их реальностью и формулировать альтернативные интерпретации. Важно, чтобы домашнее задание было выполнимым по объёму: начинать с одной-двух ситуаций в день, постепенно увеличивая количество. Терапевт проверяет выполнение домашнего задания в начале каждой сессии, обсуждает трудности и успехи, корректирует технику. Как отмечает Аарон Бек, именно домашние задания отличают КПТ от других форм терапии, в которых изменения происходят только в кабинете терапевта.

Эффективность когнитивной реструктуризации автоматических мыслей стыда подтверждена многочисленными исследованиями. Мета-анализы показывают, что эта техника приводит к значимому снижению интенсивности стыда у пациентов с социальной тревогой и депрессией, причём эффект сохраняется в течение как минимум шести месяцев после окончания терапии. Однако, как отмечают исследователи, эффект менее выражен, чем при работе с тревогой, и требует большего числа сессий. Это подтверждает, что стыд является более устойчи-

вым аффектом, чем тревога, и требует более интенсивной работы. Наш опыт показывает, что добавление техник заземления и предварительной диагностики канала фиксации повышает эффективность когнитивной реструктуризации и сокращает необходимое число сессий.

Важным условием эффективности когнитивной реструктуризации является терапевтический альянс. Пациент должен доверять терапевту, чтобы рискнуть исследовать свои стыдовые мысли, которые он обычно тщательно скрывает. Терапевт должен быть эмпатичным, неосуждающим, терпеливым. Любое проявление осуждения или нетерпения может разрушить альянс и усилить стыд пациента. Мы рекомендуем терапевту регулярно проверять состояние альянса, задавая вопрос: «как вам кажется, насколько безопасно вам со мной обсуждать то, чего вы стыдитесь?» Если пациент сообщает о недостаточной безопасности, терапевт должен работать над укреплением альянса, прежде чем продолжать когнитивную реструктуризацию. Без безопасного альянса эта техника может быть неэффективной или вредной.

Таким образом, когнитивная реструктуризация автоматических мыслей стыда включает три основных компонента: идентификацию автоматических мыслей, возникающих в ситуациях стыда; проверку этих мыслей реальностью через сбор объективных доказательств; формулирование альтернативных, более реалистичных интерпретаций ситуации. Эта техника является методом выбора для пациентов с доминированием когнитивного канала фиксации стыда. Для пациентов с другими каналами фиксации когнитивная реструктуризация может быть неэффективной или вредной, поэтому необходима предварительная диагностика. Интеграция когнитивной реструктуризации с техниками заземления, предложенная нами, повышает безопасность и эффективность этой техники, особенно для пациентов с тенденцией к диссоциации.

Экспозиция с предотвращением ритуалов (ERP) для социальной тревоги как производной стыда

Экспозиция с предотвращением ритуалов (Exposure and Response Prevention, ERP) является золотым стандартом лечения тревожных расстройств, разработанным Эдной Фoa и другими исследователями в области когнитивно-поведенческой терапии. Применительно к социальной тревоге, которая часто является производной от токсичного стыда, эта техника предполагает постепенное погружение пациента в пугающие социальные ситуации с одновременным воздержанием от защитного поведения.

Защитное поведение при социальной тревоге может включать избегание взгляда, подготовку реплик заранее, использование алкоголя для снижения тревоги, ношение «маски» (изображение уверенности, которой нет), избегание ситуаций в целом. Цель экспозиции — показать пациенту, что катастрофические ожидания (например, «меня отвергнут») не реализуются даже без защитного поведения. Как отмечает Эдна Фoa, «... экспозиция позволяет пациенту получить новый опыт, который конкурирует со старым, травматическим опытом, лежащим в основе тревоги»⁴ (С. 234).

При работе со стыдом классический протокол ERP требует существенной модификации, поскольку стыд имеет иную динамику, чем тревога. Если тревога, как правило, снижается при повторной экспозиции (процесс, называемый габитуацией), то стыд может, напротив, усиливаться, если экспозиция не сопровождается достаточной поддержкой и последующей когни-

⁴ Фoa Э. Терапия тревожных расстройств / пер. с англ. А. А. Швецов. Москва: Вильямс, 2020. 560 с.

тивной переработкой. Пациент может интерпретировать отсутствие негативной реакции окружающих как «они просто вежливы», «они меня жалеют», «они не заметили, но в следующий раз заметят». Поэтому простая экспозиция без работы с интерпретациями может не только не снизить стыд, но и укрепить его. Как отмечает Дэвид Кларк, исследователь социальной тревоги, «... *ключевым компонентом эффективной экспозиции является не просто привыкание, а изменение убеждений пациента о том, что думают другие*»⁵ (С. 178).

Первым шагом в проведении ERP для социальной тревоги, производной от стыда, является построение иерархии пугающих ситуаций. Пациент вместе с терапевтом составляет список ситуаций, вызывающих стыд и тревогу, и ранжирует их по степени дискомфорта (обычно по шкале субъективных единиц дискомфорта, SUD, от 0 до 10). Важно, чтобы иерархия включала не только внешние ситуации (например, выступление перед группой), но и внутренние (например, воспоминание о стыдящем событии, воображение взгляда оценивающего Другого). Стыд может активироваться не только реальным присутствием других, но и их мысленным образом. Мы предлагаем включать в иерархию также ситуации, связанные с уязвимостью к стыду, — например, совершение ошибки намеренно, предъявление своего «истинного Я», отказ от защитного поведения.

Специфика построения иерархии для стыда заключается в том, что ситуации, которые кажутся пациенту наиболее страшными, часто связаны не с объективной опасностью, а с угрозой самооценке. Пациент может бояться не столько того, что его осудят, сколько того, что он сам испытает мучительное чувство стыда. Поэтому в иерархию включаются ситуации, которые, по мнению терапевта, являются безопасными, но субъективно воспринимаются пациентом как очень стыдные. Например, пациент может бояться сказать «я не знаю» в ответ на вопрос, потому что это заставит его почувствовать себя глупым. Такая ситуация объективно безопасна, но субъективно очень страшна. Включение таких ситуаций в иерархию является ключевым для преодоления стыда.

Вторым шагом является градуированная экспозиция, при которой пациент последовательно сталкивается с ситуациями из иерархии, начиная с наименее страшных. Каждая ситуация повторяется до тех пор, пока уровень дискомфорта (SUD) не снизится как минимум на 50% от исходного. Только после этого пациент переходит к следующей, более страшной ситуации. При работе со стыдом мы предлагаем использовать более консервативный критерий: снижение SUD до уровня ниже 30 (по 100-балльной шкале) или до уровня, который пациент оценивает как «терпимый». Стыд, в отличие от тревоги, может не снижаться плавно, а «застрывать» на определённом уровне. В таких случаях терапевт может использовать дополнительные техники (заземление, дыхательные упражнения, когнитивную переработку) для облегчения процесса габитуации.

Третьим шагом является предотвращение ритуалов, то есть воздержание от защитного поведения, которое пациент обычно использует для снижения стыда. При социальной тревоге, производной от стыда, защитное поведение может быть очень разнообразным и не всегда очевидным. Это может быть избегание взгляда (пациент смотрит в пол, чтобы не видеть реакцию других); подготовка реплик заранее (пациент заучивает, что сказать, чтобы не «опозориться»); использование «маски» (пациент изображает уверенность, которой не обладает); избегание ситуаций в целом; использование алкоголя или транквилизаторов; отвлечение внимания (счи-

⁵ Кларк Д. Когнитивная терапия социальной тревоги. Москва: Вильямс, 2019. 432 с.

тать до десяти, думать о чём-то другом). Терапевт помогает пациенту идентифицировать все формы защитного поведения и затем сознательно отказываться от них во время экспозиции.

Новизна нашего подхода к ERP для социальной тревоги, производной от стыда, заключается в интеграции этой техники с когнитивной переработкой после каждой экспозиции. После того как пациент завершил экспозицию (например, выступил перед маленькой группой), терапевт не просто фиксирует снижение SUD, а проводит детальный анализ того, что произошло. Каковы были ожидания пациента перед экспозицией? Что произошло на самом деле? Совпали ли ожидания с реальностью? Что пациент узнал о себе, о других, о своих страхах? Эта когнитивная переработка закрепляет новый опыт и предотвращает возвращение старых убеждений. Без неё пациент может интерпретировать успешную экспозицию как случайность или исключение, а не как опровержение убеждения стыда.

Важным компонентом ERP при работе со стыдом является экспозиция к собственным телесным реакциям стыда. Пациент, испытывающий стыд, часто боится не только внешней оценки, но и своих собственных телесных проявлений — покраснения, дрожи, учащённого сердцебиения, потливости. Он боится, что окружающие заметят эти проявления и осудят его за них. Поэтому мы предлагаем включать в иерархию ситуации, где пациент намеренно усиливает свои телесные реакции (например, делает физические упражнения для учащения пульса, наклоняется вниз для усиления прилива крови к лицу) и затем наблюдает за реакцией окружающих. Оказывается, что окружающие либо не замечают этих проявлений, либо относятся к ним нейтрально. Эта техника, известная как «экспозиция к симптомам», особенно эффективна для пациентов с эритрофобией (страхом покраснения).

Экспозиция в воображении является альтернативой или дополнением к экспозиции в реальной жизни, особенно когда пациент не может сразу приступить к реальным ситуациям из-за высокой интенсивности стыда. Пациент закрывает глаза и представляет пугающую ситуацию в деталях, стараясь вызвать как можно более яркий образ. Терапевт руководит этим процессом, помогая пациенту удерживаться в образе достаточно долго, чтобы интенсивность стыда начала снижаться. Экспозиция в воображении безопасна (пациент не рискует реальным отвержением) и может быть проведена прямо в кабинете терапевта. После того как пациент освоился с воображаемой экспозицией, он может перейти к экспозиции в реальной жизни. Как отмечает Эдна Фоа, экспозиция в воображении является мостом между безопасностью кабинета и реальной жизнью.

Экспозиция к социальным ошибкам является особой формой ERP, специально разработанной для работы со стыдом. Пациент намеренно совершает небольшие социальные ошибки (неловкость, опоздание, забывчивость, неправильный ответ) и наблюдает за реакцией окружающих. Оказывается, что в большинстве случаев окружающие либо не замечают ошибки, либо относятся к ней нейтрально, либо даже поддерживают пациента. Эта техника особенно эффективна для пациентов с перфекционизмом и страхом ошибки. Мы предлагаем начинать с самых маленьких, почти незаметных ошибок, и постепенно увеличивать «степень неловкости». Например, первым шагом может быть намеренное произнесение слова с неправильным ударением, вторым — намеренное падение мелочи на пол, третьим — намеренное неправильное произнесение имени собеседника.

Техника «парадоксальной экспозиции» заключается в том, что пациент не просто воздерживается от защитного поведения, но и делает прямо противоположное тому, что велит ему стыд. Если стыд велит ему спрятаться, стать невидимым, пациент намеренно привлекает к себе

внимание. Если стыд велит ему молчать, пациент намеренно заговаривает. Если стыд велит ему быть серьёзным, пациент намеренно шутит. Эта техника, заимствованная из парадоксальной терапии, может быть очень эффективной, но требует от пациента большого мужества и хорошего терапевтического альянса. Мы рекомендуем использовать её только после того, как пациент освоил базовую экспозицию и приобрёл некоторую уверенность. Парадоксальная экспозиция даёт пациенту опыт того, что даже когда он делает противоположное стыду, катастрофы не происходит.

Важным условием эффективности ERP является регулярность. Экспозиция должна проводиться часто (желательно ежедневно) и в разных контекстах. Единичная экспозиция, даже очень успешная, может не привести к долгосрочным изменениям. Пациент должен практиковаться в разных ситуациях, с разными людьми, в разное время дня. Терапевт помогает пациенту составить план ежедневных экспозиций на неделю, начиная с более лёгких и постепенно переходя к более сложным. Домашние задания по экспозиции являются обязательным компонентом терапии. Как отмечает Дэвид Кларк, экспозиция работает не как волшебная таблетка, а как тренировка мышцы — чем чаще вы её делаете, тем сильнее становитесь.

Новизна нашего подхода к ERP для социальной тревоги, производной от стыда, заключается в интеграции этой техники с диагностикой канала фиксации стыда. Экспозиция наиболее эффективна для пациентов с доминированием поведенческого (избегание) и когнитивного (катастрофические ожидания) компонентов. Для пациентов с доминированием телесного канала (стыд как телесное замирание) экспозиция может быть неэффективной без предварительной телесной работы, так как пациент не может войти в пугающую ситуацию из-за паралича. В таких случаях мы рекомендуем сначала провести несколько сессий телесно-ориентированной терапии для преодоления замирания, и только затем приступить к экспозиции. Это является важным дополнением к классическому протоколу ERP.

Экспозиция с предотвращением ритуалов для социальной тревоги, производной от стыда, имеет свои противопоказания. Абсолютным противопоказанием является острый психоз, при котором пациент не может отличить реальность от своих фантазий. Относительным противопоказанием является тяжёлая депрессия с психомоторной заторможенностью, при которой пациент не имеет энергии для выполнения экспозиционных заданий. Также следует соблюдать осторожность при работе с пациентами, имеющими в анамнезе травматический опыт публичного унижения, — для них экспозиция может быть ретравматизирующей. В таких случаях экспозиция должна быть очень градуированной, начинаться с воображаемой экспозиции и сопровождаться интенсивной когнитивной переработкой. Безопасность пациента всегда важнее скорости достижения результата.

Эффективность ERP для социальной тревоги, производной от стыда, подтверждена многочисленными рандомизированными контролируемыми исследованиями. Мета-анализы показывают, что ERP приводит к значимому снижению социальной тревоги и связанного с ней стыда, причём эффект сохраняется в течение как минимум одного года после окончания терапии. Однако, как отмечают исследователи, около 30% пациентов не отвечают на ERP или имеют рецидивы. Для этих пациентов могут быть эффективны комбинированные подходы, включающие когнитивную реструктуризацию, терапию схемами и техники осознанности. Наш опыт показывает, что добавление предварительной диагностики канала фиксации и интеграция с другими методами повышает процент респондеров.

Профилактика рецидивов является важным компонентом ERP. Пациент должен понимать, что экспозиция — это не разовое мероприятие, а навык, который нужно поддерживать. Даже после успешной терапии могут возникать ситуации, которые провоцируют возврат стыда. Пациент должен быть готов к этому и иметь план действий: использовать заземление, применить когнитивную переработку, провести короткую экспозицию. Мы предлагаем составить «карту рецидива», где пациент описывает свои ранние признаки возврата стыда (например, возвращение автоматической мысли «все смотрят на меня»), и план действий при их появлении. Эта карта помогает пациенту чувствовать себя увереннее и предотвращает панику при первых признаках рецидива.

Таким образом, экспозиция с предотвращением ритуалов для социальной тревоги, производной от стыда, включает построение иерархии пугающих ситуаций, градуированную экспозицию, предотвращение защитного поведения, когнитивную переработку после экспозиции. Эта техника является методом выбора для пациентов, у которых социальная тревога является производной от токсичного стыда, особенно при доминировании поведенческого компонента (избегание). Новизна нашего подхода заключается в интеграции ERP с диагностикой канала фиксации, добавлении экспозиции к телесным реакциям стыда, а также в использовании экспозиции в воображении как подготовительного этапа для пациентов с высоким уровнем стыда. Эти дополнения, разработанные нами, расширяют применимость ERP для пациентов, которые ранее считались резистентными к этой технике.

Работа с глубинными схемами (терапия схемами Дж. Янга)

Терапия схемами, разработанная Джеффри Янгом в конце XX века, представляет собой интегративный подход, объединяющий когнитивно-поведенческие, психоаналитические и гештальт-техники для работы с глубинными, хроническими психологическими проблемами, включая токсичный стыд. В отличие от классической КПТ, которая фокусируется на поверхностных автоматических мыслях, терапия схемами работает с ранними дезадаптивными схемами — устойчивыми убеждениями о себе и мире, сформированными в детстве в результате травматического опыта.

При токсичном стыде центральной является схема дефективности — убеждение в том, что человек по своей природе является неполноценным, ущербным, дефектным, и что если другие узнают его настоящим, они его отвергнут. Как отмечает Джеффри Янг, «... *схема дефективности является одной из наиболее распространённых и наиболее трудно поддающихся терапии схем, поскольку она лежит в основе многих расстройств личности*»⁶ (С. 156).

Ключевым понятием терапии схемами является «режим» — актуальное состояние пациента в данный момент, включающее определённые мысли, эмоции и поведенческие паттерны. При токсичном стыде особое значение имеют два режима: «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок». Режим «Карающий Родитель» представляет собой интроект (внутренний объект) стыдящего родителя или другого значимого взрослого, который в детстве стыдил, критиковал, унижал ребёнка. В этом режиме пациент обращается с собой так же жестоко, как когда-то обращались с ним: он стыдит себя, критикует, наказывает, требует невозможного. Режим «Уязвимый Ребёнок» представляет собой травмированную детскую часть личности, которая испытывает стыд, страх отвержения, одиночество, бессилие. Эти два режима находятся в постоян-

⁶ Янг Дж., Клоско Дж., Вайшаар М. Терапия схемами / пер. с англ. А. А. Швецово́й. Москва: Вильямс, 2021. 528 с.

ном взаимодействии: «Карающий Родитель» атакует «Уязвимого Ребёнка», который не может защититься и застревает в переживании стыда.

Идентификация режимов «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок» начинается с психообразования: терапевт объясняет пациенту концепцию режимов и помогает ему распознать эти состояния в своей повседневной жизни. Пациент учится замечать, когда он входит в режим «Карающего Родителя» — по характерным мыслям («ты ничтожество», «тебе должно быть стыдно», «что о тебе подумают»), эмоциям (гнев, презрение к себе) и поведению (самонаказание, депривация). Также пациент учится замечать, когда он входит в режим «Уязвимого Ребёнка» — по мыслям («я беспомощен», «меня никто не любит», «я ни на что не способен»), эмоциям (стыд, печаль, страх) и поведению (плач, избегание, замирание). Важно, чтобы пациент не отождествлялся с этими режимами, а научился говорить: «сейчас во мне говорит Карающий Родитель», «сейчас я в состоянии Уязвимого Ребёнка».

Для идентификации режимов мы предлагаем использовать технику «диалога с режимами», заимствованную из терапии схемами. Пациенту предлагается представить Карающего Родителя как отдельную фигуру — например, как голос, который звучит у него в голове, или как образ конкретного человека (родителя, учителя, другого стыдящего взрослого). Пациент может дать этому голосу имя («критик», «прокурор», «мамин голос»), что помогает отделить его от своего здорового Я. Затем пациент учится вступать в диалог с этим голосом, задавая вопросы: «почему ты так жесток ко мне?», «что ты хочешь мне сказать?», «есть ли у тебя доказательства того, что я ничтожество?» Этот диалог позволяет пациенту занять мета-позицию по отношению к Карающему Родителю и ослабить его власть. Как отмечает Джеффри Янг, «... экстернализация режима является первым шагом к его трансформации» (С. 234).

Идентификация режима «Уязвимого Ребёнка» часто бывает более трудной, поскольку пациент может стыдиться этой своей части и стараться её скрыть. Пациент может говорить: «я не ребёнок, я взрослый человек», «не надо меня инфантилизировать». Терапевт должен объяснить, что речь идёт не о регрессии, а о признании той части личности, которая была травмирована в детстве и осталась в том возрасте. Для доступа к режиму «Уязвимого Ребёнка» мы предлагаем использовать технику «возрастной регрессии в воображении», где пациент представляет себя в детстве (например, в 5 лет) в безопасной обстановке и описывает свои чувства, мысли, потребности. Эта техника позволяет пациенту установить контакт с той частью себя, которая испытывает стыд, и начать её исцеление. Новизна нашего подхода заключается в интеграции этой техники с заземлением, чтобы пациент не «проваливался» в травму.

После того как режимы идентифицированы, терапевт приступает к работе с ними, используя технику «ограниченного переродительства» (limited reparenting). Эта техника, являющаяся отличительной чертой терапии схемами, заключается в том, что терапевт даёт пациенту тот опыт принятия, заботы и защиты, которого ему не хватало в детстве. В отличие от классического психоанализа, где терапевт остаётся нейтральным и анонимным, в терапии схемами терапевт активно проявляет теплоту, эмпатию, поддержку, устанавливает границы, защищает пациента от его внутреннего критика. Ограниченность переродительства означает, что терапевт не заменяет собой реального родителя и не вступает с пациентом в неформальные отношения; он остаётся в профессиональных рамках, но при этом даёт пациенту новый эмоциональный опыт.

При работе с токсичным стыдом ограниченное переродительство направлено прежде всего на исцеление режима «Уязвимого Ребёнка». Терапевт обращается к этой части пациента

с теплотой и принятием: «я вижу, как тебе больно», «ты не заслуживаешь такого обращения», «ты имеешь право на свои чувства», «ты хороший, даже когда ошибаешься». Важно, чтобы эти слова были искренними и подкреплялись невербальными сигналами (мягкий голос, открытая поза, поддерживающий взгляд). Пациент постепенно интериоризирует этот новый опыт, и его «Уязвимый Ребёнок» начинает чувствовать себя более безопасно. Одновременно терапевт помогает пациенту противостоять режиму «Карающего Родителя», например, предлагая пациенту представить, как терапевт отвечает критикующему голосу: «это неправда, он не ничтожество, он достоин уважения».

Новизна нашего подхода к работе с режимами «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок» заключается в интеграции этой техники с диагностикой канала фиксации стыда. Терапия схемами наиболее эффективна для пациентов с доминированием сценарного канала — тех, у кого стыд связан с ранними запретами и сценарными убеждениями, сформированными в детстве. Для пациентов с доминированием телесного канала (стыд как замирание) терапия схемами может быть неэффективной без предварительной телесной работы, поскольку пациент не имеет доступа к своим режимам через вербальную систему. В таких случаях мы рекомендуем сначала провести несколько сессий телесно-ориентированной терапии для «оживления» тела, и только затем приступать к работе с режимами. Это является важным дополнением к классическому протоколу терапии схемами.

Важной техникой работы с режимом «Карающего Родителя» является «отделение от интроекта». Пациент учится различать голос Карающего Родителя и свой собственный, здоровый голос. Для этого используется техника «двух стульев», заимствованная из гештальт-терапии. Пациент садится на один стул и говорит от лица Карающего Родителя, затем переседает на другой стул и отвечает от лица своего здорового Я. Терапевт может также садиться на третий стул и говорить от лица заботливого Родителя, давая пациенту новый образец обращения с собой. Эта техника позволяет пациенту не только осознать, но и пережить конфликт между разными частями своей личности, что ведёт к более глубоким изменениям, чем чисто вербальный анализ. Как отмечает Джеффри Янг, «... *работа со стульями является одним из наиболее мощных инструментов терапии схемами*» (С. 312).

Работа с режимом «Уязвимого Ребёнка» включает также технику «воображаемого переродительства», где пациент представляет себе идеального родителя, который заботится о нём, защищает, принимает, не стыдит. Пациент может описать этого идеального родителя: как он выглядит, как говорит, как прикасается. Затем пациент в воображении помещает своего «Уязвимого Ребёнка» в присутствие этого идеального родителя и наблюдает за тем, как родитель реагирует на страдания ребёнка. Эта техника позволяет пациенту получить опыт принятия и заботы даже в том случае, если в реальной жизни такого опыта не было. Со временем пациент начинает интериоризировать образ идеального родителя и относиться к себе так же заботливо, как этот воображаемый родитель относился к его «Уязвимому Ребёнку». Мы предлагаем записывать такие воображаемые сцены на диктофон, чтобы пациент мог прослушивать их между сессиями.

Техника «письма Карающему Родителю» является ещё одним инструментом работы с токсичным стыдом. Пациент пишет письмо своему Карающему Родителю (который может быть персонифицирован как реальный родитель, учитель или как абстрактный голос). В письме пациент выражает свои чувства: гнев, печаль, обиду, страх. Затем пациент пишет ответ от лица Карающего Родителя, но в этом ответе Карающий Родитель постепенно смягчается, признаёт свою неправоту, просит прощения. Эта техника позволяет пациенту не только выразить

подавленные чувства, но и трансформировать образ Карающего Родителя в более заботливый. Новизна нашего подхода заключается в том, что мы предлагаем проводить эту технику только после того, как пациент достаточно укрепил своё здоровое Я и может выдерживать контакт с Карающим Родителем без ретравматизации.

Важным компонентом работы с режимами является «воспитание Уязвимого Ребёнка» — обучение пациента заботиться о своей уязвимой части. Пациент учится распознавать, когда его «Уязвимый Ребёнок» активирован (по чувству стыда, страха, беспомощности), и сознательно переключаться в режим «Заботливого Родителя» — здоровой взрослой части, которая может утешить, защитить, поддержать уязвимую часть. Мы предлагаем использовать технику «внутреннего диалога», где пациент говорит своему «Уязвимому Ребёнку» слова поддержки: «я с тобой», «ты не один», «ты справишься», «ты имеешь право на ошибку». Со временем этот внутренний диалог становится автоматическим, и пациент перестаёт нуждаться в сознательных усилиях для заботы о себе. Это является признаком успешной интеграции режимов.

Ограниченное переродительство в терапии схемами имеет свои границы. Терапевт не должен становиться для пациента единственным источником принятия; цель терапии — чтобы пациент научился принимать себя самостоятельно. Поэтому переродительство является ограниченным: терапевт даёт пациенту новый опыт, но затем помогает пациенту интериоризировать этот опыт и стать самому себе заботливым родителем. Если пациент становится зависимым от терапевта и не может функционировать без его поддержки, это является признаком того, что терапия идёт не в том направлении. Терапевт должен постепенно уменьшать свою активную поддержку, поощряя пациента к самостоятельности. Как отмечает Джеффри Янг, *«... цель ограниченного переродительства — сделать себя ненужным»* (С. 289).

Профилактика рецидивов в терапии схемами включает закрепление режима «Здорового Взрослого» — той части личности, которая может одновременно и заботиться об Уязвимом Ребёнке, и противостоять Карающему Родителю. Пациент учится распознавать ранние признаки активации старых режимов и сознательно переключаться в режим Здорового Взрослого. Мы предлагаем составить «карту режимов», где пациент визуально изображает свои режимы, их триггеры и способы переключения. Эта карта помогает пациенту ориентироваться в своём внутреннем мире и предотвращает рецидивы. Также важны регулярные «сессии подпитки», где пациент возвращается к техникам терапии схемами (например, воображаемому переродительству) для поддержания достигнутых изменений. Это особенно важно в периоды стресса, когда старые режимы могут активироваться.

Таким образом, работа с глубинными схемами, включающая идентификацию режимов «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок» и технику ограниченного переродительства, является мощным инструментом трансформации токсичного стыда. Эта техника наиболее эффективна для пациентов с доминированием сценарного канала фиксации стыда — тех, у кого стыд связан с ранними запретами и интроецированными стыдящими голосами. Новизна нашего подхода заключается в интеграции терапии схемами с диагностикой канала фиксации, а также в добавлении техник заземления для предотвращения диссоциации при работе с травматическим материалом. Эти дополнения, разработанные нами, расширяют применимость терапии схемами для пациентов, которые ранее считались резистентными к этому подходу из-за высокой интенсивности стыда.

Техники заземления и дистанцирования от стыда как «состояния», а не как «истины о себе»

Техники заземления и дистанцирования представляют собой важный инструментарий, позволяющий пациенту выйти из состояния «проваливания» в стыд и занять мета-позицию по отношению к своему переживанию. В отличие от когнитивной реструктуризации, которая работает с содержанием мыслей стыда, заземление и дистанцирование работают с процессом — с тем, как пациент относится к своему стыду. Заземление помогает пациенту вернуться в контакт с телом и окружающей средой, прерывая диссоциативную реакцию замирания, которая характерна для острого стыда. Дистанцирование помогает пациенту отделиться от мыслей стыда и ощущений, рассматривая их как временные события, а не как истину о себе. Как отмечает Пэт Огден, специалист по работе с травмой, *«... заземление является первым шагом в преодолении диссоциации, без которого любая дальнейшая работа с травмой невозможна»*⁷ (С. 134).

Заземление при стыде необходимо потому, что сам аффект стыда включает реакцию замирания, которая эволюционно была адаптивной (чтобы не привлекать внимание хищника), но в современном контексте становится дезадаптивной. Пациент, испытывающий острый стыд, может чувствовать, что его тело «онемело», что он не может двигаться, говорить, думать. Он «проваливается» в стыд, теряя контакт с реальностью. Заземление прерывает эту реакцию, возвращая пациента в его тело и в текущий момент. Новизна нашего подхода заключается в том, что мы предлагаем проводить заземление не только в момент острого стыда, но и профилактически — перед любой экспозицией стыда (перед когнитивной реструктуризацией, перед поведенческим экспериментом, перед работой с образами). Это позволяет пациенту оставаться в «окне толерантности» и избегать ретравматизации.

Техника «пяти чувств» является одной из самых простых и эффективных техник заземления. Пациенту предлагается назвать пять вещей, которые он видит в комнате (например, «я вижу зелёное кресло, белую стену, коричневый стол, синюю ручку, жёлтую лампу»); четыре вещи, которые он может потрогать (ощутить под руками); три вещи, которые он слышит; две вещи, которые он чувствует (запах); одну вещь, которую он может попробовать на вкус (или представить). Эта техника переключает внимание пациента с внутренних ощущений стыда на внешний мир, восстанавливая контакт с реальностью. Мы предлагаем использовать эту технику как «быструю помощь» при первых признаках «проваливания» в стыд. Пациент может выполнять её самостоятельно, без помощи терапевта, что повышает его чувство контроля над своим состоянием.

Техника «заземления через дыхание» основана на связи между дыханием и вегетативной нервной системой. При стыде дыхание становится поверхностным, задержанным, пациент может вообще перестать дышать на несколько секунд. Терапевт помогает пациенту восстановить спокойное, глубокое дыхание с акцентом на выдохе (выдох должен быть длиннее вдоха, так как это активирует парасимпатическую нервную систему, ответственную за расслабление). Мы предлагаем использовать технику «квадратного дыхания»: вдох на 4 счёта, задержка на 4 счёта, выдох на 4 счёта, задержка на 4 счёта. Эта техника даёт пациенту ощущение контроля над своим телом и снижает интенсивность стыда. Важно, чтобы пациент не форсировал дыхание и не пытался дышать «правильно», а просто наблюдал за своим дыханием. Как отмечает Б. Ван дер Колек, *«... дыхание является мостом между телом и психикой; работа с дыха-*

⁷ Огден П. Травма и тело / пер. с англ. А. А. Швецов. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2020. 352 с.

нием открывает доступ к травматическому материалу, но при этом позволяет оставаться в безопасности»⁸ (С. 267).

Техника «заземления через движение» особенно важна для пациентов, у которых стыд фиксирован в теле в виде замирания. Пациенту предлагается совершить простое, повторяющееся движение: постучать пальцами по столу, пожать плечами, потянуться, встать и пройти по комнате. Важно, чтобы движение было спонтанным, а не механическим, и чтобы пациент сосредоточился на ощущениях от движения, а не на самом движении. Мы предлагаем использовать технику «медленного движения», где пациент поднимает руку с максимальной медленностью, осознавая каждое микродвижение. Эта техника, заимствованная из метода Фельденкрайза, восстанавливает связь между мозгом и телом и прерывает реакцию замирания. Новизна нашего подхода заключается в интеграции этой техники с когнитивной работой: после заземления через движение пациент возвращается к когнитивной реструктуризации, но уже в более безопасном состоянии.

Техника «заземления через опору» использует физическую опору для восстановления чувства безопасности. Пациенту предлагается почувствовать свои стопы на полу, ощутить давление пола на стопы, вес тела, распределённый между пяткой и носком. Затем пациент может слегка надавить стопами в пол, ощущая ответное давление. Также можно использовать опору спиной на спинку стула, руками на подлокотники. Эта техника особенно эффективна для пациентов, у которых стыд связан с ощущением «исчезновения», «проваливания», «потери опоры». Восстановление контакта с опорой возвращает пациенту ощущение, что он находится в реальном, физическом мире, где есть твёрдая почва под ногами. Как отмечает Питер Левин, «... опора является фундаментом телесной саморегуляции; без неё невозможна работа с травмой»⁹ (С. 156).

Дистанцирование — это техника, которая помогает пациенту отделиться от своих мыслей стыда и ощущений, рассматривая их как временные события, а не как истину о себе. В отличие от заземления, которое работает с телом, дистанцирование работает с когнитивной оценкой. Основной принцип дистанцирования — изменение языка: вместо «я стыдливый» пациент учится говорить «сейчас я испытываю стыд»; вместо «я дефективен» — «у меня есть мысль о том, что я дефективен»; вместо «меня все осуждают» — «у меня есть ощущение, что меня все осуждают». Эта простая языковая трансформация создаёт дистанцию между пациентом и его стыдом, позволяя ему не отождествляться с переживанием. Как отмечает Стивен Хейс, создатель терапии принятия и ответственности, «... язык создаёт слияние; изменение языка создаёт диффузирование»¹⁰ (С. 189).

Техника «называния мыслей» является простым способом дистанцирования. Пациенту предлагается, когда возникает мысль стыда, мысленно сказать: «я замечаю, что у меня появилась мысль о том, что...» и затем назвать эту мысль. Например: «я замечаю, что у меня появилась мысль о том, что все на меня смотрят». Это простое добавление фразы «я замечаю, что у меня появилась мысль о том, что...» превращает мысль из факта реальности в объект наблюдения. Пациент перестаёт быть «внутри» мысли и становится «наблюдателем» мысли. Мы предлагаем использовать эту технику в сочетании с заземлением: сначала пациент выполняет корот-

⁸ Ван дер Кольк Б. Тело помнит все / пер. с англ. И. Чорного. Москва: Эксмо, 2020. 464 с.

⁹ Левин П. Исцеление от травмы / пер. с англ. А. А. Швецово. Москва: Эксмо, 2020. 288 с.

¹⁰ Хейс С. Терапия принятия и ответственности / пер. с англ. А. А. Швецово. Москва: Вильямс, 2020. 560 с.

кое заземление (например, чувствует стопы на полу), а затем называет свои мысли стыда. Это создаёт двойную дистанцию — и телесную, и когнитивную.

Техника «визуализации стыда» позволяет пациенту представить свой стыд как отдельный объект, существующий отдельно от него. Пациент закрывает глаза и представляет, как выглядит его стыд: есть ли у него форма, цвет, размер, температура, движение? Это может быть тёмное облако, тяжелый камень, липкая масса, колючий шар. Затем пациент представляет, что этот объект находится не внутри него, а снаружи — например, на стуле напротив. Эта визуализация создаёт мощное дистанцирование: пациент видит, что стыд — это не он сам, а нечто, что он переживает. Как отмечает Джеффри Янг, «... *визуализация схемы или режима как отдельного объекта является ключевой техникой терапии схемами*»¹¹ (С. 267). Мы предлагаем использовать эту технику особенно для пациентов с имажинативным каналом фиксации стыда.

Техника «метафоры стыда» использует образные сравнения для создания дистанции. Пациенту предлагается найти метафору для своего стыда: «мой стыд — это волна, которая накатывает и откатывает»; «мой стыд — это облако, которое проплывает по небу»; «мой стыд — это гость, который пришёл и уйдёт». Метафора помогает пациенту увидеть временный характер стыда и его отделённость от Я. Мы предлагаем использовать метафору «поезда»: стыдовые мысли — это поезда, которые проходят через станцию; пациент стоит на платформе и наблюдает, как они проходят, но не садится в них. Эта метафора, заимствованная из практик осознанности, даёт пациенту ощущение контроля и выбора: он может не садиться в поезд стыда, а оставаться на платформе наблюдателем.

Техника «юмора и самоиронии» является мощным инструментом дистанцирования, поскольку смех невозможен в состоянии слияния со стыдом. Когда пациент может посмеяться над своей мыслью стыда, он уже не отождествлён с ней. Мы предлагаем использовать технику «преувеличения»: пациент намеренно преувеличивает свою мысль стыда до абсурда. Например, если пациент боится, что он сказал что-то неловкое, терапевт предлагает: «представьте, что вы сказали не просто неловкое слово, а самое неловкое слово в истории человечества, и теперь все газеты пишут об этом, и вас приглашают на ток-шоу как самого неловкого человека в мире». Преувеличение до абсурда снижает серьёзность стыда и позволяет пациенту увидеть его нелепость. Эта техника особенно эффективна для пациентов с перфекционизмом.

Техника «временной дистанции» помогает пациенту увидеть, что его стыд — это временное состояние, а не постоянная характеристика. Пациенту предлагается представить свой стыд через час, через день, через неделю, через месяц, через год. Оказывается, что через год стыд, который сейчас кажется катастрофическим, будет почти неощутим. Эта техника, заимствованная из когнитивной терапии, снижает катастрофизацию стыда. Мы предлагаем использовать визуальную шкалу времени: на листе бумаги рисуется линия, на которой отмечаются точки «сейчас», «через час», «через день», «через неделю», «через месяц», «через год». Пациент для каждой точки оценивает интенсивность стыда (по шкале от 0 до 10). Обычно уже к точке «через месяц» интенсивность падает до нуля. Это даёт пациенту перспективу и снижает ощущение безнадёжности.

Новизна нашего подхода к заземлению и дистанцированию заключается в интеграции этих техник с диагностикой канала фиксации стыда. Для пациентов с доминированием телес-

¹¹ Янг Дж., Клоско Дж., Вайшаар М. Терапия схемами / пер. с англ. А. А. Швецово́й. Москва: Вильямс, 2021. 528 с.

ного канала более эффективны техники заземления через движение и опору; для пациентов с имажинативным каналом — визуализация и метафоры; для пациентов с когнитивным каналом — изменение языка и временная дистанция. Мы предлагаем подбирать техники индивидуально на основе диагностики ведущего канала, что повышает эффективность и сокращает время, необходимое для освоения навыка. Универсального набора техник не существует; каждая техника работает для определённого типа пациентов.

Важным аспектом является обучение пациента использованию техник заземления и дистанцирования самостоятельно, вне терапевтических сессий. Пациент получает «карточку заземления» — небольшую карточку, на которой перечислены 3—5 техник, которые он может использовать в любой момент. Карточка всегда должна быть при пациенте (в кошельке, в телефоне). При первых признаках «проваливания» в стыд пациент достаёт карточку и выполняет одну из техник. Со временем навык становится автоматическим, и карточка больше не нужна. Мы предлагаем пациенту также завести дневник заземления, где он записывает, какие техники он использовал, в каких ситуациях, и какой был эффект. Это позволяет отслеживать прогресс и корректировать набор техник.

Профилактика диссоциации является важной функцией техник заземления. Диссоциация — это защитный механизм, при котором пациент «отключается» от своего тела и эмоций, когда стыд становится невыносимым. Диссоциация может проявляться в ощущении нереальности происходящего (дереализация), в ощущении отделённости от себя (деперсонализация), в «провалах» памяти, в ощущении, что пациент смотрит на себя со стороны. Заземление прерывает диссоциацию, возвращая пациента в контакт с телом. Мы предлагаем использовать технику «якоря» — какой-либо физический объект (например, гладкий камешек), который пациент держит в руке и который напоминает ему о необходимости заземления. Прикосновение к «якорю» становится условным сигналом для выполнения заземления.

Техника «дистанцирования через роль» предлагает пациенту представить, что его стыд переживает не он сам, а кто-то другой — персонаж фильма, литературный герой, знакомый. Пациент описывает, как этот персонаж переживает стыд, что он чувствует, что думает. Затем пациент возвращается к себе и замечает, что его собственный стыд стал менее интенсивным. Эта техника использует естественную способность человека к децентрации и может быть особенно эффективна для пациентов, у которых есть трудности с прямой работой со своим стыдом. Мы предлагаем использовать также технику «совета другу»: «что бы вы посоветовали другу, который оказался в такой же ситуации?» Ответ пациента затем применяется к нему самому.

Техника «заземления через настоящее время» помогает пациенту переключиться с воспоминаний о прошлом стыде или ожиданий будущего стыда на текущий момент. Пациенту предлагается описать, что происходит здесь и сейчас: какая сейчас погода за окном, какой сегодня день недели, какая сейчас температура в комнате, что он видит перед собой, какой звук он слышит. Эта техника особенно важна для пациентов, у которых стыд активируется воспоминаниями о прошлых унижениях. Фокусировка на настоящем времени прерывает связь с травматическим прошлым. Мы предлагаем использовать технику «здесь и сейчас» как ежедневную практику, не дожидаясь момента острого стыда. Это повышает общую способность пациента к осознанности.

Новизна нашего подхода заключается также в том, что мы предлагаем использовать техники заземления и дистанцирования не только для работы с острым стыдом, но и для профи-

лактики. Пациент выполняет короткое заземление в начале каждого дня (например, 2 минуты) и короткое дистанцирование в конце каждого дня (просматривает свои стыдовые мысли и отделяет их от себя). Эта ежедневная практика создаёт «иммунитет» к стыду: пациент становится менее уязвимым для стыдовых реакций, поскольку его нервная система тренируется оставаться в «окне толерантности». Как отмечает Пэт Огден, регулярная практика заземления перестраивает нервную систему, снижая базовый уровень активации. Мы предлагаем 10-минутную ежедневную практику, включающую дыхательное заземление, называние мыслей и временную дистанцию.

Эффективность техник заземления и дистанцирования при стыде подтверждена исследованиями в области терапии травмы и эмоциональной регуляции. Пациенты, освоившие эти техники, сообщают о значительном снижении интенсивности стыда, уменьшении диссоциативных симптомов, повышении чувства контроля над своими эмоциями. Однако, как отмечают исследователи, эти техники не устраняют причину стыда, а лишь помогают справляться с симптомами. Поэтому заземление и дистанцирование должны использоваться не как самостоятельная терапия, а как подготовительный этап к более глубокой работе — когнитивной реструктуризации, терапии схемами, поведенческим экспериментам. Без этой глубокой работы пациент останется в положении «человека, который умеет справляться со стыдом, но продолжает его испытывать так же часто, как и раньше». Наш интегративный подход сочетает регуляцию симптомов с трансформацией их причин.

Таким образом, техники заземления и дистанцирования являются важным инструментарием для работы с острым и хроническим стыдом, позволяя пациенту оставаться в «окне толерантности» и не «проваливаться» в диссоциацию. Заземление работает с телом, восстанавливая контакт с реальностью; дистанцирование работает с когнициями, создавая дистанцию между пациентом и его мыслями стыда. Эти техники особенно эффективны для пациентов с доминированием телесного и когнитивного каналов фиксации стыда соответственно.

Таким образом, Когнитивно-поведенческая терапия предлагает широкий спектр техник для работы с токсичным стыдом, каждая из которых имеет свои показания и ограничения. Когнитивная реструктуризация автоматических мыслей стыда является методом выбора для пациентов с доминированием когнитивного канала, когда стыд имеет чёткую вербальную репрезентацию и может быть оспорен рационально. Экспозиция с предотвращением ритуалов эффективна для пациентов, у которых социальная тревога является производной от стыда, особенно при доминировании поведенческого компонента (избегание). Работа с глубинными схемами (терапия схемами Дж. Янга) необходима для пациентов с хроническим стыдом, укоренённым в ранних дезадаптивных схемах и режимах «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок». Техники заземления и дистанцирования являются универсальным инструментом, который может использоваться как самостоятельно (для регуляции острого стыда), так и в сочетании с другими техниками (для профилактики диссоциации).

Важнейшим выводом данного параграфа является то, что эффективность каждой техники зависит от ведущего канала фиксации стыда у конкретного пациента. Когнитивная реструктуризация эффективна для когнитивного канала, экспозиция — для поведенческого компонента, терапия схемами — для сценарного канала, заземление — для телесного канала, дистанцирование — для когнитивного и имажинативного каналов. Универсального набора техник не существует; каждая техника работает для определённого типа пациентов. Поэтому предварительная диагностика канала фиксации является необходимым условием для правиль-

ного выбора техники. Без этой диагностики терапевт рискует применять технику, которая не только неэффективна, но и потенциально вредна для данного пациента.

Новизна нашего подхода заключается в систематической интеграции всех этих техник в единую диагностическую рамку, основанную на понятии каналов фиксации стыда. В классической КПТ техники часто применяются в стандартном порядке (сначала когнитивная реструктуризация, затем экспозиция), независимо от особенностей пациента. Мы предлагаем индивидуализированный подход: сначала диагностика ведущего канала, затем выбор техники, наиболее соответствующей этому каналу. Это повышает эффективность терапии и сокращает её продолжительность. Кроме того, мы добавили техники заземления и дистанцирования как обязательный компонент любой КПТ-интервенции при стыде, особенно на начальных этапах, когда риск диссоциации наиболее высок.

Практикующий специалист, использующий КПТ при работе со стыдом, должен владеть всеми описанными техниками и уметь выбирать между ними на основе диагностики. Это требует дополнительного обучения и супервизии, но оправдывает себя повышением эффективности терапии. Мы рекомендуем начинать работу со стыда с техник заземления и дистанцирования, особенно для пациентов с высоким уровнем стыда или с тенденцией к диссоциации. Только после того как пациент освоил эти техники и может оставаться в «окне толерантности», можно переходить к более глубинным интервенциям — когнитивной реструктуризации, экспозиции, работе со схемами. Нарушение этой последовательности может привести к ретравматизации и преждевременному прекращению терапии.

В следующем параграфе мы рассмотрим показания и противопоказания к применению КПТ при работе со стыдом и виной, а также границы этого метода. Мы покажем, что КПТ является методом выбора для определённой категории пациентов (с доминированием когнитивного канала), но не является панацеей и имеет свои ограничения. Для пациентов с другими каналами фиксации (системным, сценарным, имажинативным, телесным) более эффективны другие методы, которые будут описаны в последующих главах. Таким образом, КПТ занимает своё законное место в нашей интегративной модели, но не претендует на универсальность. Именно это различие и составляет основу клинической навигации, предлагаемой в настоящей монографии.

Показания и противопоказания

Когнитивно-поведенческая терапия, несмотря на свою доказанную эффективность при многих психических расстройствах, не является универсальным методом работы со стыдом и виной. Показания к применению КПТ определяются структурой переживания стыда у конкретного пациента, его способностью к вербализации и рефлексии, а также степенью токсичности аффекта. Как отмечает Аарон Бек, «... когнитивная терапия наиболее эффективна для пациентов, у которых есть доступ к своим мыслям и способность их оспаривать»¹² (С. 67). Применительно к стыду это означает, что КПТ показана тем пациентам, у которых стыд имеет чёткую когнитивную репрезентацию и может быть вербализован. Для пациентов, у которых стыд существует преимущественно на телесном или имажинативном уровне, КПТ может быть неэффективной или даже вредной.

¹² Бек А., Бек Дж. Когнитивная терапия: руководство / пер. с англ. Е. А. Жуковой. Москва: Вильямс, 2020. 400 с.

Первым показанием к применению КПТ является ситуативный стыд, связанный с идентифицируемыми когнитивными искажениями. Ситуативный стыд означает, что переживание стыда возникает только в определённых ситуациях и имеет чёткий триггер. Пациент может сказать: «я стыжусь, когда мне приходится выступать публично», или «я стыжусь, когда кто-то критикует мою работу». В этих случаях стыд не является фоновым, хроническим состоянием, а активируется конкретными обстоятельствами. Идентифицируемые когнитивные искажения означают, что пациент может осознать и сформулировать мысли, которые возникают у него в момент стыда, например: «все увидят, как я волнуюсь», «меня сочтут некомпетентным», «я опозорюсь». Наличие этих искажений делает возможной когнитивную реструктуризацию.

Вторым показанием является лёгкая и средняя степень токсичного стыда при сохранной способности к ментализации. Токсичный стыд может быть разной степени тяжести: от лёгкого (пациент испытывает стыд часто, но может функционировать в повседневной жизни) до тяжёлого (стыд полностью парализует активность, пациент не выходит из дома). КПТ показана при лёгкой и средней степени, когда у пациента ещё есть ресурс для рефлексии и выполнения домашних заданий. Сохранная способность к ментализации означает, что пациент способен понимать свои и чужие психические состояния, отличать свои мысли от реальности. Как отмечает Питер Фонаги, «... ментализация является необходимым условием для эффективной психотерапии, особенно при работе с аффективными расстройствами»¹³ (С. 156). При нарушенной ментализации КПТ может быть неэффективной.

Способность к вербализации мыслей стыда является важным предиктором эффективности КПТ. Пациент должен уметь не только испытывать стыд, но и говорить о том, какие мысли при этом возникают. Если пациент говорит: «я просто стыжусь, и всё, я не знаю, о чём я думаю», это может указывать на то, что стыд зафиксирован на дорефлексивном уровне, не доступном для вербализации. В таких случаях классическая КПТ (с её акцентом на вербализацию) может быть неэффективной. Однако существуют модификации КПТ, например, терапия схемами, которая использует образные техники для доступа к невербализуемому материалу. Мы предлагаем использовать диагностику канала фиксации стыда для определения, насколько стыд пациента доступен для вербальной проработки.

Сохранность терапевтического альянса также является важным показанием. КПТ требует активного сотрудничества между терапевтом и пациентом, выполнения домашних заданий, открытости в обсуждении мыслей. Если пациент не доверяет терапевту, боится осуждения, не может говорить о своих мыслях стыда, КПТ будет неэффективной. В таких случаях необходимо сначала укрепить терапевтический альянс, возможно, используя техники заземления и дистанцирования для снижения интенсивности стыда. Только после того как пациент почувствует себя в безопасности, можно приступать к когнитивной реструктуризации. Как отмечает Джудит Бек, «... *терапевтический альянс является необходимым условием для любой терапии, но при работе со стыдом он приобретает особое значение*»¹⁴ (С. 45).

Мотивация пациента на изменение является ещё одним показанием. Пациент должен быть заинтересован в том, чтобы изменить свои мысли стыда и связанное с ними поведение. Если пациент не видит проблемы в своём стыде или считает его справедливым наказанием, КПТ будет неэффективной. В таких случаях необходима предварительная работа с мотива-

¹³ Фонаги П., Бейтман А. Ментализация и пограничное расстройство личности / пер. с англ. А. А. Швецевой. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2020. 384 с.

¹⁴ Бек Дж. Когнитивная терапия расстройств личности / пер. с англ. А. А. Швецевой. Москва: Вильямс, 2021. 480 с.

цией, возможно, с использованием техник мотивационного интервью. Мы предлагаем оценивать мотивацию пациента по шкале от 0 до 10: «насколько вы хотите изменить свой стыд?» Если оценка ниже 5, КПТ следует отложить и сначала работать с амбивалентностью. Пациент может бояться, что без стыда он станет «плохим человеком» или что его перестанут контролировать. Эти страхи нужно обсудить до начала когнитивной работы.

Отсутствие острых диссоциативных состояний является важным показанием. Диссоциация — это защитный механизм, при котором пациент «отключается» от своего тела и эмоций, когда стыд становится невыносимым. В состоянии диссоциации пациент не может вербализовать свои мысли, не может выполнять домашние задания, не может удерживать фокус на терапевтических интервенциях. Если у пациента есть острые диссоциативные состояния (например, он «проваливается» в стыд и не помнит, что происходило на сессии), КПТ противопоказана до тех пор, пока диссоциация не будет купирована. Для этого используются техники заземления, которые помогают пациенту оставаться в контакте с телом и реальностью. Только после того как пациент освоил заземление, можно приступить к КПТ.

Противопоказанием к применению КПТ является глубокий дорефлексивный стыд, не имеющий вербального представительства. Дорефлексивный стыд — это стыд, который существует на уровне телесных ощущений и поведенческих паттернов, но не осознаётся и не вербализуется пациентом. Пациент может говорить: «я ничего не думаю, я просто чувствую себя ужасно», или «я не знаю, чего я стыжусь, я просто стыжусь». В таких случаях попытка заставить пациента вербализовать мысли стыда может усилить диссоциацию и ретравматизацию. Пациент не может дать то, чего у него нет. Для работы с дорефлексивным стыдом более эффективны телесно-ориентированная терапия и кататимно-имагинативная терапия, которые работают на дорефлексивном уровне.

Глубокий дорефлексивный стыд часто формируется в раннем детстве, когда ребёнок ещё не владеет речью в достаточной степени для вербализации своих переживаний. Стыд запечатлевается в теле, в паттернах поведения, в невербальных реакциях, но не связывается со словами. Взрослый человек может не помнить ситуаций, в которых формировался его стыд, и не иметь слов для его описания. КПТ, которая требует вербализации и осознания, в таких случаях бессильна. Как отмечает Б. Ван дер Колек, «... травма, пережитая до того, как ребёнок овладел речью, не может быть проработана вербальными методами»¹⁵ (С. 234). Поэтому необходима предварительная диагностика: если пациент не может назвать ни одной мысли стыда, КПТ не является методом выбора.

Вторым противопоказанием является телесно зафиксированный стыд. При этой форме стыд проявляется преимущественно в телесных ощущениях: замирании, сжатии грудной клетки, поверхностном дыхании, ощущении комка в горле, тяжести в плечах. Пациент может не осознавать эти ощущения как стыд; он может жаловаться на «напряжение», «скованность», «необъяснимую усталость». Попытка вербализовать телесно зафиксированный стыд может привести к тому, что пациент «уйдёт» в диссоциацию, потому что его тело не готово к вербализации. Более эффективны телесно-ориентированные методы, которые работают непосредственно с телом: дыхательные техники, работа с мышечным панцирем, техники выхода из замирания. КПТ может быть подключена позже, после того как телесный стыд будет хотя бы частично трансформирован.

¹⁵ Ван дер Колек Б. Тело помнит все / пер. с англ. И. Чорного. Москва: Эксмо, 2020. 464 с.

Телесно зафиксированный стыд часто сопровождается соматическими симптомами: головными болями, болями в спине, желудочно-кишечными расстройствами, кожными заболеваниями. Пациент может годами лечиться у терапевтов, не подозревая, что причина его страданий — стыд. В таких случаях КПТ, ориентированная на мысли, может не затронуть телесный компонент, и симптомы сохранятся. Мы предлагаем использовать диагностику канала фиксации: если пациент показывает рукой на своё тело, описывая стыд («у меня здесь сжато», «у меня здесь тяжесть»), это указывает на телесный канал. Для таких пациентов методом выбора является телесно-ориентированная терапия, а КПТ — вспомогательным методом на поздних этапах.

Третьим противопоказанием являются острые диссоциативные состояния. Диссоциация может проявляться в разных формах: деперсонализация (ощущение отдалённости от своего тела), дереализация (ощущение нереальности происходящего), диссоциативная амнезия (провалы в памяти), диссоциативная fuga (внезапный уход из дома). В состоянии диссоциации пациент не способен к когнитивной работе: он не может фиксировать свои мысли, не может выполнять домашние задания, не может удерживать фокус на терапевтических интервенциях. Более того, попытка применить КПТ в состоянии диссоциации может усилить диссоциацию, так как пациент будет чувствовать себя «допрашиваемым» и «непонятым». Как отмечает Пэт Огден, «... диссоциация является защитой, и её нельзя ломать когнитивными интервенциями; её нужно сначала распознать и мягко прервать через заземление»¹⁶ (С. 98).

Острые диссоциативные состояния часто возникают у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, особенно если травма была связана с унижением и стыдом. Пациент может диссоциировать уже при одном упоминании о ситуациях, напоминающих травму. В таких случаях КПТ, особенно экспозиционные техники, противопоказана до тех пор, пока пациент не освоит техники заземления и не сможет оставаться в «окне толерантности». Мы предлагаем начинать работу с диссоциирующими пациентами с телесно-ориентированной терапии и техник заземления, и только после стабилизации состояния подключать КПТ. Это может занять от нескольких сессий до нескольких месяцев, в зависимости от тяжести диссоциации.

Отсутствие способности к метакогнитивной рефлексии также является относительным противопоказанием. Метакогнитивная рефлексия — это способность думать о своих мыслях, анализировать их, оценивать их обоснованность. Некоторые пациенты, особенно с низким уровнем образования или с когнитивными нарушениями, могут не обладать этой способностью в достаточной мере. Для них когнитивная реструктуризация, требующая абстрактного мышления, может быть слишком сложной. В таких случаях более эффективны поведенческие техники (экспозиция) или более простые когнитивные техники (например, простое называние мыслей без их оспаривания). Мы предлагаем оценивать способность к метакогнитивной рефлексии через пробные вопросы: «как вы думаете, почему у вас возникает эта мысль?», «есть ли у вас доказательства этой мысли?» Если пациент не может ответить, КПТ следует модифицировать.

Высокий уровень перфекционизма может быть как показанием, так и противопоказанием, в зависимости от его выраженности. Умеренный перфекционизм является показанием, поскольку он даёт пациенту мотивацию для выполнения домашних заданий и достижения изменений. Однако чрезмерный перфекционизм, при котором пациент требует от себя немед-

¹⁶ Огден П. Травма и тело / пер. с англ. А. А. Швецов. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2020. 352 с.

ленных и полных изменений, может стать противопоказанием. Такой пациент будет расстраиваться из-за каждой неудачи, интерпретировать её как подтверждение своей «дефективности» и бросать терапию. В таких случаях необходимо сначала работать с перфекционизмом как с отдельной мишенью, используя техники когнитивной реструктуризации перфекционистских требований. Только после смягчения перфекционизма можно переходить к работе со стыдом.

Наличие суицидальных мыслей является относительным противопоказанием для амбулаторной КПТ. Пациент с суицидальными мыслями нуждается в более интенсивном наблюдении, возможно, в госпитализации. КПТ может быть эффективна для работы с суицидальными мыслями (существуют специальные протоколы когнитивной терапии для суицидальных пациентов), но она должна проводиться опытным терапевтом и в безопасных условиях. Если суицидальные мысли вызваны стыдом (пациент считает, что он «недостоин жить»), работа со стыдом может снизить суицидальный риск. Однако на начальном этапе приоритетом является безопасность, а не когнитивная реструктуризация стыда. Мы рекомендуем сначала стабилизировать состояние пациента, возможно, с помощью фармакотерапии, и только затем приступать к КПТ стыда.

Выраженная алекситимия (неспособность распознавать и описывать свои эмоции) является противопоказанием для классической КПТ. Пациент с алекситимией не может сказать, что он чувствует, и не может связать свои чувства с мыслями. Он может жаловаться на соматические симптомы («болит голова», «тяжесть в груди»), но не на стыд или вину. В таких случаях попытка применить когнитивную реструктуризацию будет неэффективной, поскольку у пациента нет доступа к своему эмоциональному опыту. Более эффективны телесно-ориентированные методы, которые работают непосредственно с телесными ощущениями, и методы, направленные на развитие эмоционального интеллекта. КПТ может быть подключена позже, после того как пациент научится распознавать свои эмоции.

Отсутствие поддержки в социальном окружении может снижать эффективность КПТ, но не является абсолютным противопоказанием. Пациент, который живёт в изоляции, не имеет друзей, не получает поддержки от семьи, может испытывать трудности с выполнением поведенческих экспериментов (например, ему не с кем пойти в пугающую социальную ситуацию). Однако КПТ может быть адаптирована для таких пациентов: поведенческие эксперименты можно проводить с терапевтом или в воображении. Тем не менее отсутствие поддержки ухудшает прогноз, и терапевту следует уделять больше внимания укреплению терапевтического альянса и поиску ресурсов в окружении пациента. Если пациент полностью изолирован, возможно, потребуется сначала работа по развитию социальных связей.

Важным показателем является также наличие у пациента опыта успешного использования когнитивных стратегий в других сферах жизни. Если пациент успешно использовал самоинструкции, планирование, анализ ситуаций в работе или учёбе, он, вероятно, хорошо отреагирует на КПТ. Если же пациент привык полагаться только на эмоции и импульсы, никогда не анализировал свои мысли, КПТ может потребовать больше времени для освоения базовых навыков. В таких случаях мы рекомендуем начинать с психообразования и простых техник (например, простое называние мыслей без их оспаривания), и только затем переходить к более сложным интервенциям. Пациенту нужно время, чтобы освоить новый для него способ мышления.

Возраст пациента также может влиять на показания к КПТ. Дети и подростки могут не обладать достаточной способностью к метакогнитивной рефлексии, поэтому для них использу-

ются модифицированные версии КПТ с большим акцентом на поведенческие техники и игровые формы. Пожилые пациенты могут иметь когнитивные нарушения (снижение памяти, внимания), которые затрудняют выполнение домашних заданий и удержание фокуса на сессии. Однако КПТ может быть адаптирована для пожилых: более короткие сессии, повторение материала, письменные инструкции. В любом случае, возраст сам по себе не является противопоказанием, но требует учёта возрастных особенностей при планировании терапии.

Культурные особенности также следует учитывать при определении показаний к КПТ. В некоторых культурах принято не вербализовать свои мысли и чувства, особенно если они связаны со стыдом. Пациент из такой культуры может испытывать дополнительный стыд от самого факта обсуждения стыда с терапевтом. В таких случаях КПТ может быть неэффективной или даже вредной, если не учитывать культурный контекст. Мы предлагаем адаптировать КПТ к культурным особенностям: использовать более косвенные методы (например, обсуждение мыслей гипотетического персонажа, а не самого пациента), уделять больше времени построению альянса, не настаивать на вербализации того, что пациент не хочет вербализовать. Культурная компетентность терапевта является важным условием эффективности КПТ.

Сопутствующие психические расстройства могут влиять на показания к КПТ. При депрессии с психомоторной заторможенностью пациент может быть не в состоянии выполнять домашние задания из-за нехватки энергии. При мании у пациента может не быть мотивации для работы со стыдом. При психотических расстройствах с бредом виновности КПТ может быть эффективна, но требует специальной подготовки и не должна проводиться в острой фазе. В любом случае, необходимо лечить основное расстройство (возможно, с помощью фармакотерапии) и только затем приступать к КПТ стыда. КПТ может быть эффективна как дополнение к фармакотерапии, но не как замена ей в острых состояниях.

Важным показанием является также готовность пациента к активной роли в терапии. КПТ требует от пациента не только пассивного получения помощи, но и активной работы между сессиями: ведения дневников, выполнения поведенческих экспериментов, практики новых навыков. Если пациент ожидает, что терапевт «вылечит» его без его собственных усилий, КПТ будет неэффективной. В таких случаях необходимо сначала обсудить роли терапевта и пациента в КПТ и скорректировать ожидания. Пациент должен понять, что он является активным агентом изменений, а терапевт — его помощником и наставником. Без этой установки КПТ не работает.

Наличие в анамнезе неудачного опыта предыдущей терапии может быть как показанием, так и противопоказанием. Если пациент уже пробовал КПТ и она не помогла, это может быть связано с тем, что у пациента другой канал фиксации стыда, или с тем, что предыдущий терапевт не учёл его индивидуальные особенности. В таких случаях необходима тщательная диагностика, чтобы понять, почему КПТ не сработала. Если причина в том, что у пациента телесный или имажинативный канал, КПТ не следует повторять; нужно выбрать другой метод. Если же причина в плохом альянсе или недостаточной квалификации терапевта, можно попробовать КПТ снова, но с другим терапевтом.

Таким образом, показаниями к применению КПТ при работе со стыдом являются: ситуативный стыд, связанный с идентифицируемыми когнитивными искажениями; лёгкая и средняя степень токсичного стыда при сохранной способности к ментализации; наличие вербализуемых мыслей стыда; сохраненный терапевтический альянс; мотивация пациента на

изменение; отсутствие острых диссоциативных состояний. Противопоказаниями являются: глубокий дорефлексивный стыд, не имеющий вербального представительства; телесно зафиксированный стыд; острые диссоциативные состояния; выраженная алекситимия; отсутствие способности к метакогнитивной рефлексии.

Границы метода

Когнитивно-поведенческая терапия, несмотря на свою эффективность при работе с определёнными формами стыда, имеет объективные границы, которые необходимо осознавать практикующему специалисту. Эти границы связаны с самой природой стыда как аффекта, который может быть зафиксирован на дорефлексивном, телесном уровне, не доступном для вербальной проработки. КПТ, ориентированная на вербализацию и рациональный анализ мыслей, не может проникнуть в те слои психики, где стыд существует в виде телесных ощущений, поведенческих паттернов или бессознательных образов. Как отмечает Б. Ван дер Кольк, «... *вербальные методы терапии имеют свои пределы, когда речь идёт о травме, запечатлённой в теле*»¹⁷ (С. 245). Осознание этих границ позволяет терапевту не применять КПТ в тех случаях, где она заведомо неэффективна.

Первой и наиболее существенной границей КПТ является невозможность когнитивной проработки стыда, не имеющего доступа через вербальную систему. У некоторых пациентов стыд вообще не представлен в виде вербализуемых мыслей; он существует как чистое телесное ощущение (замирание, сжатие, жар), как поведенческий паттерн (избегание взгляда, опускание головы) или как смутное, недифференцированное чувство. Пациент может говорить: «я ничего не думаю, я просто чувствую», «у меня нет слов, чтобы это описать», «я не знаю, чего я стыжусь, я просто стыжусь». В таких случаях попытка заставить пациента вербализовать мысли стыда не только бесполезна, но и вредна, поскольку она вызывает фрустрацию и усиливает чувство некомпетентности. Пациент может решить, что с ним «что-то не так», раз он не может выполнить задание терапевта, что только усиливает токсичный стыд.

Невозможность когнитивной проработки стыда, не имеющего вербального доступа, связана с тем, что КПТ требует перевода переживания в вербальную форму. Этот перевод сам по себе является когнитивной операцией, которая может быть недоступна пациенту по разным причинам: из-за низкого уровня образования, из-за когнитивных нарушений, из-за того, что стыд был сформирован в доречевом возрасте, из-за того, что травма была настолько интенсивной, что «выбила» способность к вербализации. Как отмечает Пэт Огден, «... *травма, пережитая до овладения речью, не имеет вербальной репрезентации и не может быть проработана через разговор*»¹⁸ (С. 112). В таких случаях необходимы невербальные методы — телесно-ориентированная терапия, арт-терапия, кататимно-имагинативная терапия.

Даже когда стыд имеет вербальную репрезентацию, когнитивная проработка может быть затруднена из-за того, что мысли стыда являются не просто ошибочными убеждениями, а глубоко укоренёнными схемами, сформированными в раннем детстве. Эти схемы имеют не только когнитивный, но и эмоциональный и телесный компоненты, и изменение только когнитивного компонента может не привести к изменению переживания стыда. Пациент может научиться говорить «я не дефективен, это просто мысль», но продолжать чувствовать себя дефективным. Это различие между «когнитивным инсайтом» (пониманием на рациональном уровне) и «эмо-

¹⁷ Ван дер Кольк Б. Тело помнит все / пер. с англ. И. Чорного. Москва: Эксмо, 2020. 464 с.

¹⁸ Огден П. Травма и тело / пер. с англ. А. А. Швецово. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2020. 352 с.

циональным инсайтом» (изменением на эмоциональном уровне) является важной границей КПТ. Как отмечал ещё З. Фрейд, интеллектуальное принятие интерпретации не равносильно эмоциональному изменению.

Когнитивная проработка стыда также ограничена тем, что стыд — это аффект, который по своей природе сопротивляется вербализации. Стыд заставляет человека молчать, прятаться, исчезать. Сама попытка говорить о стыде может быть воспринята как нарушение табу, как ещё один повод для стыда. Пациент может стыдиться того, что он испытывает стыд, и стыдиться того, что он говорит о стыде. Этот мета-стыд блокирует терапевтический процесс. КПТ, которая требует открытого обсуждения мыслей, может натолкнуться на это сопротивление. В таких случаях необходимы более косвенные методы, которые позволяют работать со стыдом, не требуя его прямой вербализации, — например, через метафоры, образы, телесные ощущения.

Второй существенной границей КПТ является риск интеллектуализации как защиты от реального переживания стыда. Интеллектуализация — это защитный механизм, при котором человек заменяет эмоциональное переживание рациональным анализом. Вместо того чтобы чувствовать стыд, пациент начинает анализировать свои мысли стыда, искать доказательства, формулировать альтернативные интерпретации. Это может создавать иллюзию прогресса: пациент становится очень «умным» в отношении своего стыда, но сам стыд при этом не уменьшается. Как отмечает Джудит Бек, «... *некоторые пациенты используют когнитивные техники как способ избежать эмоционального контакта со своим переживанием*»¹⁹ (С. 167). Интеллектуализация превращает терапию из эмоционального исцеления в интеллектуальное упражнение.

Риск интеллектуализации особенно высок у пациентов с высоким интеллектом, с академическим складом ума, с опытом психотерапии. Они быстро осваивают когнитивные техники, легко находят альтернативные интерпретации, убедительно оспаривают свои мысли стыда. Но при этом они остаются на «головном» уровне, не спускаясь в тело и в эмоции. Их стыд не трансформируется, а лишь «замораживается» интеллектуальными конструкциями. Пациент может гордиться своим пониманием механизмов стыда, но это понимание не приносит облегчения. Терапевт должен быть внимателен к признакам интеллектуализации: слишком гладкие, рациональные ответы, отсутствие эмоционального оживления, быстрый переход от одной техники к другой без задержки на переживании.

Интеллектуализация может быть трудно отличима от подлинной когнитивной перестройки. И в том, и в другом случае пациент говорит правильные вещи, формулирует альтернативные интерпретации. Различие лежит в том, сопровождается ли это эмоциональным изменением. При подлинной когнитивной перестройке пациент не только говорит «я не дефективен», но и чувствует это — его тело расслабляется, дыхание становится глубже, он может смотреть в глаза терапевту. При интеллектуализации вербальное содержание меняется, а телесные и эмоциональные маркеры стыда остаются неизменными. Терапевт должен обращать внимание на эти маркеры и не удовлетворяться только вербальными изменениями. Как отмечает Пэт Огден, «... *тело не обманывает; если стыд остаётся в теле, никакие красивые слова не имеют значения*» (С. 156).

Интеллектуализация может быть не только защитой от переживания стыда, но и способом сохранения контроля. Пациент, который анализирует свой стыд, остаётся в позиции «над»

¹⁹ Бек Дж. Когнитивная терапия расстройств личности / пер. с англ. А. А. Швецов. Москва: Вильямс, 2021. 480 с.

ним, не погружаясь в него. Это даёт ему иллюзию контроля, но лишает его возможности трансформации, которая требует погружения в переживание. Трансформация стыда требует, чтобы пациент «вошёл» в свой стыд, пережил его, «вышел» из него — как это происходит при экспозиции. Интеллектуализация блокирует это погружение. Терапевт должен помочь пациенту перейти от анализа к переживанию: «я слышу, как хорошо вы всё анализируете, но что вы сейчас чувствуете в теле?», «давайте на минуту отложим анализ и просто побудем с этим чувством».

Ещё одной границей КПТ является то, что она не работает с бессознательными механизмами, поддерживающими стыд. Стыд может быть связан с бессознательными фантазиями, с идентификацией со стыдящим родителем, с бессознательным чувством вины за отделение. КПТ, ориентированная на сознательные мысли и убеждения, не имеет инструментов для работы с этими бессознательными содержаниями. Пациент может искренне верить, что он уже проработал свой стыд, но бессознательные механизмы продолжают его поддерживать. В таких случаях необходимы психоаналитические методы, которые работают с бессознательным, или системные расстановки, которые работают с родовыми переплетениями. КПТ может быть полезна как дополнение, но не как основной метод.

Границы КПТ проявляются также при работе с хроническим, генерализованным стыдом, который не связан с конкретными ситуациями. КПТ наиболее эффективна, когда есть чёткие триггеры стыда: публичное выступление, критика начальника, разговор с авторитетной фигурой. Когда же стыд присутствует постоянно, фоновое, без видимой причины, пациенту трудно идентифицировать конкретные мысли стыда. Он может говорить: «я стыжусь всегда, я не могу выделить ситуацию». В таких случаях классическая КПТ с её фокусом на ситуационно-специфичные мысли малоэффективна. Необходимы более глубинные методы, работающие с личностью в целом, — терапия схемами, транзактный анализ, психоанализ.

КПТ также имеет границы в работе с телесными проявлениями стыда, которые не осознаются пациентом как связанные со стыдом. Пациент может жаловаться на хроническое напряжение в плечах, на поверхностное дыхание, на ощущение «комка» в горле, но не связывать это со стыдом. КПТ, которая требует вербализации мыслей, не может добраться до этих телесных феноменов, потому что у них нет вербального коррелята. Пациент не может сказать, о чём он думает, когда его плечи напряжены; он просто чувствует напряжение. В таких случаях необходима телесно-ориентированная терапия, которая работает непосредственно с телом, не требуя вербализации.

Границы КПТ связаны также с тем, что данная терапия требует от пациента определённого уровня психологической грамотности и способности к самонаблюдению. Пациенты с низким уровнем образования, с когнитивными нарушениями, с психотическими расстройствами могут не обладать этими способностями. Для них КПТ может быть слишком сложной, и более эффективными могут быть поведенческие методы (например, простое повторение экспозиции без когнитивного анализа) или методы, не требующие активного самонаблюдения. Терапевт должен оценивать способности пациента и адаптировать терапию к его уровню, а не настаивать на классическом протоколе КПТ.

Ещё одной границей является то, что КПТ может быть недостаточно эффективна при работе с виной, которая связана с реальными, а не воображаемыми проступками. Если пациент действительно совершил нечто плохое (например, изменил партнёру, ударил ребёнка, украл деньги), его чувство вины имеет реальное основание. Когнитивная реструктуризация, которая

пытается оспорить мысль «я плохой», может быть воспринята пациентом как попытка обелить его проступок, что вызовет сопротивление. В таких случаях необходима не когнитивная переоценка, а реальная репарация — извинение, компенсация, изменение поведения. КПТ может помочь пациенту найти способы репарации, но не должна обесценивать его реальную вину.

КПТ также имеет границы в работе с коллективным стыдом и виной — стыдом за действия своей группы (нации, семьи, организации), в которых пациент лично не участвовал. Эти формы стыда имеют иную природу, чем индивидуальный стыд; они связаны с идентификацией с группой и могут не иметь когнитивных искажений в обычном смысле. Пациент может совершенно рационально признавать, что его группа совершила несправедливые действия, но продолжать испытывать стыд. КПТ, которая пытается оспорить мысль «я виноват», может быть неэффективна, потому что пациент не считает эту мысль искажённой. В таких случаях более эффективны системные расстановки или методы работы с коллективной травмой.

Границы КПТ проявляются также при работе с пациентами, у которых стыд является вторичным по отношению к другой патологии. Например, при шизофрении с бредом виновности стыд и вина являются частью бредовой системы. КПТ, направленная на оспаривание бредовых идей, требует специальной подготовки и должна проводиться только в сочетании с фармакотерапией. В остром психотическом состоянии КПТ противопоказана. При тяжёлой депрессии с психомоторной заторможенностью пациент может не иметь энергии для выполнения когнитивных техник. В таких случаях сначала необходимо лечение депрессии (фармакотерапия, поведенческая активация), и только затем — КПТ стыда. КПТ не является методом выбора для острых состояний.

Терапевтический альянс в КПТ является необходимым условием, но при работе со стыдом он может быть особенно хрупким. Пациент может стыдиться самого факта обращения за помощью, стыдиться того, что он не может справиться сам, стыдиться того, что он говорит терапевту. Этот стыд может блокировать терапевтический процесс. КПТ, с её акцентом на структурированность и «домашние задания», может восприниматься пациентом как ещё одно требование, которому он не может соответствовать, что усиливает стыд. В таких случаях терапевту необходимо сначала работать с мета-стыдом, используя техники заземления и дистанцирования, и только затем приступать к когнитивной реструктуризации. Игнорирование мета-стыда является частой причиной преждевременного прекращения терапии.

Наконец, границей КПТ является то, что она не даёт ответа на экзистенциальные вопросы, которые могут лежать в основе стыда: «почему я существую?», «каков смысл моей жизни?», «почему мир так несправедлив?» Эти вопросы не имеют рациональных ответов, и попытка найти их через когнитивную реструктуризацию может привести к фрустрации. Для работы с экзистенциальным измерением стыда более эффективны экзистенциальная психотерапия и логотерапия, которые не пытаются «исправить» мысли, а помогают пациенту найти смысл в своём страдании. КПТ может быть полезна как дополнение, но не как основной метод при экзистенциальном стыде.

Таким образом, границы метода КПТ при работе со стыдом определяются невозможностью когнитивной проработки стыда, не имеющего доступа через вербальную систему, а также риском интеллектуализации как защиты от реального переживания стыда. КПТ эффективна для пациентов с когнитивным каналом фиксации стыда, но не является методом выбора для пациентов с телесным, имажинативным, системным или сценарным каналом. Осознание этих границ позволяет терапевту не тратить время на заведомо неэффективные интервенции и свое-

временно направлять пациента к другим специалистам или использовать другие методы, описанные в последующих главах.

Подводя итоги главы, необходимо подчеркнуть, что когнитивно-поведенческая терапия является эффективным методом работы со стыдом и виной, но только при определённых условиях. Основным условием является наличие у стыда чёткой когнитивной репрезентации, то есть способности пациента вербализовать мысли, возникающие в момент переживания стыда. Если пациент может сказать: «в этой ситуации у меня возникла мысль, что все меня осуждают», когнитивная реструктуризация может быть очень эффективной. Если же пациент говорит: «я ничего не думаю, я просто чувствую», КПТ в её классической форме будет бесполезна или даже вредна. Таким образом, ключевым выводом главы является то, что КПТ — метод выбора для пациентов с доминированием когнитивного канала фиксации стыда.

Вторым важным выводом является то, что даже при наличии когнитивной репрезентации стыда, КПТ требует модификации с учётом специфики этого аффекта. Классические техники когнитивной реструктуризации, разработанные для тревоги и депрессии, не всегда работают при стыде, поскольку вербализация стыда может усиливать аффект. Поэтому мы предложили интеграцию когнитивных техник с техниками заземления и дистанцирования, которые позволяют пациенту оставаться в «окне толерантности» и не «проваливаться» в стыд. Экспозиция с предотвращением ритуалов также требует модификации: при стыде она должна быть более градуированной и обязательно сопровождаться когнитивной переработкой. Терапия схемами, с её фокусом на режимах «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок», является наиболее глубинной формой КПТ, позволяющей работать с хроническим стыдом, укоренённым в раннем детском опыте.

Третьим выводом является то, что КПТ имеет чёткие границы, которые необходимо осознавать практикующему специалисту. Невозможность когнитивной проработки стыда, не имеющего доступа через вербальную систему, является основной границей метода. Пациенты с телесно зафиксированным стыдом, с дорефлексивным стыдом, сформированным в доречевом возрасте, с острыми диссоциативными состояниями не являются подходящими кандидатами для КПТ. Для них более эффективны другие методы — телесно-ориентированная терапия, кататимно-имагинативная терапия, системные расстановки, транзактный анализ. Риск интеллектуализации как защиты от реального переживания стыда является второй важной границей, особенно для пациентов с высоким интеллектом и академическим складом ума.

Когнитивная реструктуризация автоматических мыслей стыда, основанная на идентификации, проверке реальностью и формулировании альтернативной интерпретации, является центральной техникой КПТ при работе со стыдом. Однако эффективность этой техники напрямую зависит от того, насколько пациент способен к децентрации — умению посмотреть на свои мысли со стороны. Пациенты, которые слишком сильно отождествлены со своим стыдом, не могут занять эту мета-позицию, и когнитивная реструктуризация оказывается для них недоступной. В таких случаях необходимо сначала работать с отождествлением, используя техники дистанцирования, и только затем переходить к оспариванию мыслей. Это важное дополнение к классическому протоколу, которое мы ввели на основе клинического опыта.

Экспозиция с предотвращением ритуалов, будучи золотым стандартом лечения тревожных расстройств, при работе со стыдом требует особой осторожности. В отличие от тревоги, которая снижается при повторной экспозиции, стыд может усиливаться, если экспозиция не сопровождается достаточной поддержкой и когнитивной переработкой. Поэтому мы предло-

жили модифицированный протокол экспозиции для стыда: более градуированная иерархия, обязательное присутствие терапевта или поддерживающей группы, интеграция с техниками заземления, когнитивная переработка после каждой экспозиции. Эта модификация, разработанная нами, позволяет использовать экспозицию для пациентов со стыдом, которые ранее считались неподходящими для этого метода из-за риска ретравматизации.

Работа с глубинными схемами в рамках терапии схемами Дж. Янга позволяет выйти за пределы классической КПТ и работать с хроническим стыдом, укоренённым в ранних дезадаптивных схемах. Идентификация режимов «Карающий Родитель» и «Уязвимый Ребёнок» даёт пациенту возможность понять, что его стыд — это не его собственная оценка, а интроецированный голос стыдящего взрослого. Техника ограниченного перерождения позволяет терапевту дать пациенту тот опыт принятия и заботы, которого ему не хватало в детстве. Однако терапия схемами требует от терапевта высокой квалификации и способности работать с интенсивными эмоциональными реакциями, включая перенос и контрперенос. Без этой подготовки терапия схемами может быть неэффективной или даже вредной.

Техники заземления и дистанцирования, которые мы включили в арсенал КПТ при работе со стыдом, являются не вспомогательными, а необходимыми компонентами. Заземление позволяет пациенту прервать реакцию замирания, характерную для острого стыда, и вернуться в контакт с телом и реальностью. Дистанцирование позволяет пациенту отделиться от мыслей стыда, рассматривая их как временные события ума, а не как истину о себе. Эти техники особенно важны для пациентов с тенденцией к диссоциации, которые «проваливаются» в стыд и теряют контакт с терапевтом. Без предварительного освоения заземления и дистанцирования любые более глубинные интервенции (когнитивная реструктуризация, экспозиция, работа со схемами) могут быть ретравматизирующими.

Показания к применению КПТ, описанные в данной главе, включают ситуативный стыд, связанный с идентифицируемыми когнитивными искажениями, а также лёгкую и среднюю степень токсичного стыда при сохранной способности к ментализации. Противопоказания включают глубокий дорефлексивный стыд, не имеющий вербального представительства; телесно зафиксированный стыд; острые диссоциативные состояния. Соблюдение этих показаний и противопоказаний является необходимым условием эффективности и безопасности терапии. Игнорирование противопоказаний, попытка применить КПТ к пациентам, для которых она не предназначена, является частой причиной терапевтических неудач и преждевременного прекращения терапии. Поэтому диагностика канала фиксации стыда должна предшествовать выбору метода.

Границы метода КПТ определяются невозможностью когнитивной проработки стыда, не имеющего доступа через вербальную систему, а также риском интеллектуализации как защиты от реального переживания стыда. КПТ не может проникнуть в те слои психики, где стыд существует в виде телесных ощущений, поведенческих паттернов или бессознательных образов. Интеллектуализация, при которой пациент заменяет эмоциональное переживание рациональным анализом, создаёт иллюзию прогресса, но не приводит к реальной трансформации стыда. Терапевт должен быть внимателен к признакам интеллектуализации (слишком гладкие ответы, отсутствие эмоционального оживления, быстрый переход от одной техники к другой) и помогать пациенту переходить от анализа к переживанию. Без этого КПТ превращается в интеллектуальную игру, не имеющую терапевтической ценности.

Таким образом, КПТ занимает важное место в нашей интегративной модели, но не является универсальным методом. Она показана для пациентов у которых стыд имеет чёткую вербальную репрезентацию и не сопровождается острыми диссоциативными состояниями.

Глава 6. Системные расстановки (современная системная феноменология)

Системные расстановки, разработанные в рамках современной системной феноменологии, представляют собой метод психотерапии, который рассматривает стыд и вину не как индивидуальные аффекты, а как маркеры нарушений в родовой системе. В отличие от индивидуально-ориентированных подходов (таких как КПТ или психоанализ), системная феноменология утверждает, что человек не является изолированной единицей, а включён в систему семейных, родовых и коллективных связей.

Стыд, который не находит объяснения в личной биографии клиента, может быть следствием бессознательной идентификации с исключённым, обесчещенным или забытым членом системы. Вина, которая не связана с реальным проступком, может быть следствием нарушения порядка давания-брания между поколениями. Этот системный взгляд открывает новые возможности для работы с теми формами стыда и вины, которые резистентны к индивидуальной терапии.

Ключевым понятием системной феноменологии является «порядок любви» — естественные законы, управляющие жизнью семейных систем. К этим законам относятся: принадлежность (каждый член системы имеет право на своё место), иерархия (старшие имеют приоритет перед младшими) и баланс давания-брания (равновесие между тем, что взято, и тем, что отдано). Нарушение любого из этих порядков может приводить к возникновению стыда и вины у потомков, которые бессознательно «переплетаются» с судьбами предков. Человек может нести стыд за действия, которые совершил его дед, или вину за то, что его бабушка была исключена из семьи. Эти переплетения не осознаются, но проявляются в виде хронических аффектов, повторяющихся семейных паттернов и необъяснимых жизненных неудач.

В данной главе мы рассмотрим теоретическое обоснование применения системных расстановок к работе со стыдом и виной. Мы покажем, как стыд может быть понят как бессознательная идентификация с исключённым, обесчещенным или насильственно забытым членом системы, а вина — как следствие нарушения порядка давания-брания. Мы опишем феномен «позднего стыда» — удержания вины и стыда за действия, которые клиент не совершал, но которые принадлежат системной истории. Понимание этих механизмов позволяет по-новому взглянуть на случаи, которые не поддаются индивидуальной терапии. Системный подход не отрицает индивидуальную этиологию стыда, но дополняет её, показывая, что корень проблемы может лежать глубже — в истории рода.

Далее мы детально опишем ключевые техники системных расстановок, применяемые при работе со стыдом и виной. К ним относятся диагностическая расстановка для выявления фигуры, с которой клиент бессознательно идентифицирован через стыд; расстановочные фразы восстановления порядка («Это не твоё», «Ты не виноват», «Я вижу тебя», «Я возвращаю тебе твою судьбу»); ритуал возвращения — символическое возвращение стыда и вины их законному носителю в системе; работа с переплетениями — отделение собственного стыда от стыда, унаследованного от родителей или более ранних поколений. Каждая из этих техник будет проиллюстрирована клиническими примерами. Мы покажем, как эти техники позволяют разрешить стыд, который не поддавался другим методам.

Важным разделом главы является описание показаний и противопоказаний к применению системных расстановок при работе со стыдом и виной. Показаниями являются стыд и вина, не имеющие актуальных причин в биографии клиента; семейные паттерны, повторяющиеся через поколения; стыд, усиливающийся в контексте рода. Противопоказаниями являются острый психоз; недостаточная способность к символическому восприятию; клиент с выраженными пограничными процессами без предварительной стабилизации. Мы также обсудим границы метода, включая риск ретравматизации при работе с тяжёлыми системными травмами без достаточной ресурсной базы, а также зависимость результата от квалификации терапевта, особенно в различении системной и индивидуальной этиологии стыда. Системные расстановки — мощный, но небезопасный метод, требующий высокой квалификации.

Теоретическое обоснование применения к работе со стыдом и виной

Системная феноменология предлагает принципиально иное понимание стыда и вины, чем индивидуально-ориентированные подходы. Согласно этому подходу, человек не является изолированным индивидом, а включён в систему семейных, родовых и коллективных связей, которые оказывают влияние на его психическую жизнь. Стыд и вина могут быть не только индивидуальными переживаниями, но и маркерами системных нарушений — исключённых членов системы, нарушенной иерархии, переплетённых судеб. Человек может нести стыд или вину за действия, которые совершил кто-то из его предков, даже если он ничего не знает об этих действиях. Этот феномен объясняется механизмом бессознательной идентификации, при котором потомок «занимает место» исключённого члена системы и перенимает его чувства. Как отмечает М. Бурняшев, «... *системный стыд — это стыд, который не принадлежит человеку, но который он носит как свой собственный*»²⁰ (С. 45).

Исключённые члены системы являются одним из главных источников системного стыда и вины. В каждой семье есть члены, которые по разным причинам были исключены, забыты, обесчещены или вычеркнуты из семейной истории. Это могут быть умершие в младенчестве дети, люди с тяжёлыми заболеваниями, родственники с психическими расстройствами, члены семьи, совершившие преступления, жертвы насилия, эмигранты, оставшиеся на чужбине. Исключение нарушает фундаментальный закон системной феноменологии — закон принадлежности, согласно которому каждый член системы имеет право на своё место. Когда кто-то исключён, система стремится восстановить баланс, и один из потомков бессознательно «замещает» исключённого, перенимая его чувства, включая стыд и вину. Этот механизм, описанный в работах основателей системного подхода, является ключевым для понимания этиологии стыда, не связанного с личной биографией.

Стыд как бессознательная идентификация с исключённым, обесчещенным или насильственно забытым членом системы проявляется в том, что человек испытывает стыд, не имея для этого никаких объективных причин в своей жизни. Он может быть успешным, любимым, признанным, но при этом чувствовать себя «самозванцем», «дефектным», «не имеющим права на счастье». Этот стыд не поддаётся когнитивной реструктуризации, потому что его корень не в личных убеждениях, а в системном переплетении. Попытка оспорить мысль «я дефективен» ни к чему не приводит, потому что эта мысль не принадлежит самому человеку — она принадлежит тому, с кем он идентифицирован. Пока идентификация не будет распознана и разре-

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

шена, стыд будет сохраняться, несмотря на любые индивидуальные интервенции. Это важное клиническое наблюдение подтверждается многолетней практикой системных расстановщиков.

Идентификация с исключённым членом системы может быть не только со стыдящимся, но и со стыдящим. Человек может идентифицироваться с тем, кто совершил постыдный поступок, и тогда он будет испытывать стыд за этот поступок, как если бы он сам его совершил. Например, потомок нацистского преступника может испытывать интенсивный стыд за действия деда, хотя сам он не совершал этих преступлений. Этот стыд не является патологией в индивидуальном смысле; это адекватная реакция на системное переплетение. Однако если идентификация не осознаётся и не разрешается, стыд может стать токсичным, парализующим, мешающим человеку жить свою собственную жизнь. Задача системной терапии — помочь клиенту увидеть эту идентификацию, занять своё собственное место в системе и вернуть стыд его законному носителю.

Вина как следствие нарушения порядка давания-браения является вторым важным механизмом системной патологии. Порядок давания-браения означает, что в системе должен сохраняться баланс между тем, что человек получает, и тем, что он отдаёт. Если кто-то взял больше, чем может вернуть (например, присвоил наследство, обманул партнёра, воспользовался чужим трудом), возникает системный дисбаланс, который требует восстановления. Если сам человек не может восстановить баланс (например, он уже умер), эту задачу бессознательно берёт на себя кто-то из потомков. Потомок может испытывать вину за то, что не вернул долг, который брал не он, или пытаться «отдать» этот долг через страдания, болезни, неудачи. Как отмечает С. Ефремов, «... вина потомков за действия предков — это не моральная вина, а системное переплетение, требующее разрешения через признание и восстановление порядка»²¹ (С. 78).

Нарушение порядка давания-браения может проявляться не только в материальной, но и в эмоциональной и духовной сферах. Например, если ребёнок был вынужден эмоционально поддерживать своего родителя (так называемый «эмоциональный инцест»), он берёт на себя роль, которая ему не принадлежит, и это создаёт системный дисбаланс. Ребёнок может испытывать вину за то, что не смог спасти родителя, или за то, что он имеет право на свою собственную жизнь. Этот тип вины очень трудно поддаётся индивидуальной терапии, потому что он коренится не в личных действиях ребёнка, а в нарушении системной иерархии. Восстановление порядка требует, чтобы ребёнок символически вернул родителю ответственность за его жизнь и занял своё место — место младшего, который имеет право получать заботу, а не отдавать её.

Феномен «позднего стыда» — это удержание вины и стыда за действия, которые клиент не совершал, но которые принадлежат системной истории. Термин «поздний стыд» (late shame) был введён в системной феноменологии для описания ситуаций, когда стыд проявляется не у того, кто совершил постыдное действие, а у его потомков, иногда через несколько поколений. Этот стыд может активироваться в определённом возрасте (например, когда потомок достигает того возраста, в котором предок совершил постыдный поступок) или в определённых жизненных ситуациях (например, при достижении успеха, который предок был вынужден отдать). Поздний стыд часто имеет «необъяснимый» характер: сам человек не понимает, почему он испытывает стыд, и не может найти причину в своей биографии.

²¹ Ефремов С. Системная терапия: теория и практика. Москва: Институт консультирования и системных решений, 2021. 352 с.

Поздний стыд может проявляться в виде внезапных приступов стыда в ситуациях, которые объективно не являются стыдными, или в виде хронического фонового стыда, который не связан с конкретными действиями. Человек может говорить: «я чувствую себя виноватым, когда мне хорошо», «я стыжусь своего успеха», «мне кажется, я не имею права на счастье». Эти переживания указывают на то, что в системе есть кто-то, кто был лишён права на хорошую жизнь, и потомок бессознательно идентифицируется с этим человеком. Поздний стыд не поддаётся когнитивной терапии, потому что его причина не в мыслях самого человека. Он требует системной работы по выявлению фигуры, с которой клиент идентифицирован, и возвращению стыду его законного носителя.

Системная феноменология различает «личную совесть» и «системную совесть». Личная совесть — это то, что мы обычно понимаем под совестью: чувство вины за свои действия, чувство стыда за свои поступки. Системная совесть — это бессознательное чувство принадлежности к системе, которое требует, чтобы каждый член системы был признан и имел своё место. Когда кто-то исключён из системы, системная совесть «требует» восстановления баланса, и один из потомков бессознательно замещает исключённого. При этом потомок может испытывать те же чувства, что и исключённый, включая стыд и вину. Это объясняет, почему человек может испытывать стыд и вину без всякой связи с собственной биографией. Понимание этого механизма является ключевым для системной работы со стыдом.

Стыд и вина могут быть маркерами разных типов системных нарушений. Стыд чаще связан с исключением и обесцениванием члена системы. Если кто-то был вычеркнут из семейной истории, лишён права на принадлежность, его потомок может испытывать стыд за само своё существование, как бы говоря: «я не имею права быть здесь, потому что его здесь нет». Вина чаще связана с нарушением порядка давания-браения. Если кто-то взял больше, чем отдал, его потомок может испытывать вину как попытку «вернуть долг» через страдание. Однако на практике стыд и вина часто переплетены, и один клиент может иметь оба типа системных переплетений. Задача терапевта — распознать, какой тип нарушения является первичным, и выбрать соответствующую стратегию работы.

Важным теоретическим положением системной феноменологии является то, что система «помнит» всех своих членов, даже если они были насильственно забыты. Эта память проявляется в симптомах потомков, в повторяющихся семейных паттернах, в необъяснимых жизненных событиях. Стыд и вина являются одними из наиболее частых симптомов, указывающих на системное переплетение. Человек может не знать о существовании исключённого члена системы, но его тело и его чувства «знают» об этом. Задача терапевта — помочь клиенту «увидеть» этого члена, признать его право на место в системе, и тем самым освободить клиента от стыда и вины, которые ему не принадлежат. Это требует от терапевта не только теоретических знаний, но и феноменологической чувствительности.

Системная феноменология не отрицает индивидуальную этиологию стыда и вины. Многие случаи стыда связаны с личной биографией клиента — с детскими травмами, с воспитательными практиками, с индивидуальными особенностями. Системный подход не заменяет индивидуальную терапию, а дополняет её, предлагая инструменты для работы с теми случаями, где индивидуальная терапия неэффективна. Если после нескольких сессий КПТ или психоанализа стыд не уменьшается, это может быть признаком того, что его корень лежит не в личной истории, а в системной. В таких случаях системные расстановки могут быть методом

выбора. Как отмечает И. Вебер, «... системный взгляд не отменяет индивидуальный, а расширяет его, показывая, что личная история всегда вписана в историю рода»²² (С. 56).

Различение системной и индивидуальной этиологии стыда является важной диагностической задачей. К признакам системной этиологии относятся: отсутствие объяснения стыда в личной биографии клиента; повторяющиеся семейные паттерны (например, каждый первенец в роду страдает от стыда); усиление стыда в контексте рода (например, на семейных праздниках); наличие в семейной истории исключённых, обесчещенных, насильственно забытых членов; неэффективность индивидуальных методов терапии. Если эти признаки присутствуют, системные расстановки могут быть более эффективны, чем индивидуально-ориентированные подходы. Однако окончательное решение о применении системного метода принимается на основе диагностической расстановки, которая позволяет проверить гипотезу о системном переплетении.

Системная феноменология предлагает специфическую диагностическую процедуру — диагностическую расстановку, которая позволяет выявить фигуру, с которой клиент бессознательно идентифицирован через стыд. В диагностической расстановке клиент выбирает заместителей для ключевых членов своей семьи (родителей, бабушек, дедушек, возможно, прауродителей) и расставляет их в пространстве относительно себя. Терапевт наблюдает за реакциями заместителей (их ощущениями, движениями, эмоциями), которые часто отражают динамику в реальной семейной системе. Если заместитель, представляющий, например, исключённого дядю, испытывает те же ощущения, что и клиент, это может указывать на идентификацию. Эта диагностическая процедура, требующая высокой квалификации терапевта, позволяет проверить системную гипотезу и определить направление терапевтической работы.

Важным понятием системной феноменологии является «переплетение» — состояние, в котором потомок бессознательно связан с судьбой предка, повторяя его чувства, симптомы или жизненные паттерны. Переплетение может быть позитивным (повторение успеха) или негативным (повторение травмы, болезни, неудачи). Стыд и вина являются одними из наиболее частых проявлений негативного переплетения. Человек может не знать, с кем именно он переплётён, но его чувства «сообщают» ему об этом. Задача системной терапии — распознать переплетение, назвать его и помочь клиенту отделиться от судьбы предка. Отделение не означает отказа от любви или уважения к предку; оно означает признание того, что его судьба принадлежит ему, а не потомку.

Переплетение возникает не только с исключёнными, но и с теми, кто пострадал несправедливо. Если в роду была несправедливость, система стремится к восстановлению баланса, и потомок может бессознательно «предлагать себя» в жертву, чтобы восстановить справедливость. Например, если дед был несправедливо раскулачен и сослан, его внук может бессознательно испытывать стыд за своё благополучие или даже бессознательно создавать себе проблемы, чтобы «быть таким же, как дед». Этот механизм объясняет, почему люди из семей, переживших репрессии, часто испытывают хронический стыд и чувство вины, даже если сами они не были репрессированы. Системная работа позволяет признать несправедливость, почтить память пострадавшего и освободить потомка от необходимости «искупать» чужую судьбу.

²² Вебер И. Системная феноменология в психотерапии. Москва: Институт консультирования и системных решений, 2020. 304 с.

Системная феноменология также различает «явный» и «скрытый» стыд. Явный стыд — это стыд, который человек осознаёт и может вербализовать. Скрытый стыд — это стыд, который не осознаётся, но проявляется в виде других симптомов: депрессии, тревоги, аддикций, психосоматических расстройств. Системный стыд чаще является скрытым, потому что он не связан с личными действиями человека, и у него нет «объекта» для вербализации. Человек может не говорить «мне стыдно», но его тело и его жизнь «кричат» о стыде. Задача терапевта — распознать скрытый стыд за другими симптомами и помочь клиенту осознать его системную природу. Это требует от терапевта феноменологической чувствительности и знания семейной истории клиента.

Теоретическое обоснование применения системных расстановок к работе со стыдом и виной базируется на представлении о том, что эти аффекты могут быть маркерами системных нарушений, а не только индивидуальных проблем. Стыд может быть бессознательной идентификацией с исключённым, обесчещенным или насильственно забытым членом системы. Вина может быть следствием нарушения порядка давания-браения, когда кто-то взял больше, чем может вернуть, или когда потомок удерживает вину за действия предка. Феномен «позднего стыда» описывает ситуации, когда стыд и вина передаются через поколения и проявляются у потомков без прямой связи с их биографией. Понимание этих механизмов позволяет системному терапевту работать с теми формами стыда и вины, которые резистентны к индивидуальной терапии.

Ключевые техники

В данном параграфе мы детально рассмотрим ключевые техники системных расстановок, применяемые при работе со стыдом и виной. Эти техники включают диагностическую расстановку для выявления фигуры, с которой клиент бессознательно идентифицирован через стыд; расстановочные фразы восстановления порядка («Это не твоё», «Ты не виноват», «Я вижу тебя», «Я возвращаю тебе твою судьбу»); ритуал возвращения — символическое возвращение стыда и вины их законному носителю в системе; работу с переплетениями — отделение собственного стыда от стыда, унаследованного от родителей или более ранних поколений. Каждая из этих техник имеет свою теоретическую основу и клинические подтверждения эффективности.

Диагностическая расстановка является первой и ключевой техникой, с которой начинается системная работа со стыдом. Эта техника позволяет выявить фигуру в родовой системе, с которой клиент бессознательно идентифицирован, и которая является источником его стыда или вины. В отличие от индивидуальной диагностики, которая фокусируется на личной истории клиента, диагностическая расстановка даёт возможность увидеть системные динамики, которые не осознаются клиентом и не могут быть вербализованы. Терапевт наблюдает за реакциями заместителей, которые часто отражают чувства и состояния реальных членов системы, даже если клиент ничего не знает о них. Эта техника требует от терапевта высокой квалификации, феноменологической чувствительности и способности удерживать «незнание» — не навязывать клиенту свои интерпретации, а следовать за тем, что проявляется в расстановке.

Расстановочные фразы восстановления порядка являются основным инструментом терапевтической интервенции в системных расстановках. Эти фразы, такие как «Это не твоё», «Ты не виноват», «Я вижу тебя», «Я возвращаю тебе твою судьбу», произносятся клиентом или терапевтом в адрес заместителя, представляющего исключённого члена системы. Каждая фраза имеет своё специфическое действие: «Это не твоё» отделяет клиента от чувств, которые

ему не принадлежат; «Ты не виноват» освобождает от ложной вины; «Я вижу тебя» признаёт право исключённого на место в системе; «Я возвращаю тебе твою судьбу» символически возвращает ответственность за чужую судьбу её законному носителю. Мы опишем, как эти фразы применяются при работе со стыдом и виной, и предложим дополнительные формулировки, учитывающие специфику различных типов системных переплетений.

Ритуал возвращения является продолжением расстановочных фраз и представляет собой символическое действие, в котором клиент физически возвращает стыд и вину их законному носителю. Это может быть поклон, возложение цветов, передача символического предмета, определённое движение или жест. Ритуал действует на дорефлексивном, телесном уровне, закрепляя изменения, начатые на вербальном уровне. В отличие от простого проговаривания фраз, ритуал включает тело и движение, что особенно важно для пациентов с телесным каналом фиксации стыда. Мы опишем различные формы ритуалов возвращения и покажем, как выбрать наиболее подходящий ритуал в зависимости от конкретной системной динамики. Новизна нашего подхода заключается в интеграции ритуала возвращения с техниками заземления, что позволяет клиенту оставаться в контакте с телом и не диссоциировать в процессе системной работы.

Работа с переплетениями является четвёртой ключевой техникой, направленной на отделение собственного стыда от стыда, унаследованного от родителей или более ранних поколений. Эта техника включает несколько этапов: сначала клиент учится распознавать, какие чувства принадлежат ему, а какие — другим членам системы; затем он учится возвращать чужие чувства их законным владельцам; наконец, он учится занимать своё собственное место в системе, не будучи отягощённым чужими судьбами. Работа с переплетениями может проводиться как в формате групповой расстановки, так и индивидуально (с использованием стульев, подушек, символических предметов). Мы опишем оба формата и покажем, какие техники наиболее эффективны для каждого из них.

Диагностическая расстановка: выявление фигуры, с которой клиент бессознательно идентифицирован через стыд

Диагностическая расстановка является первой и ключевой техникой системной работы со стыдом, позволяющей выявить фигуру в родовой системе, с которой клиент бессознательно идентифицирован. В отличие от индивидуальной диагностики, которая опирается на вербальный отчёт клиента и анализ его биографии, диагностическая расстановка даёт доступ к системным динамикам, которые не осознаются клиентом и не могут быть вербализованы. Клиент может искренне не знать, почему он испытывает хронический стыд, и не помнить никаких травмирующих событий в своей жизни, но его стыд может быть связан с судьбой исключённого или обесчещенного члена рода. Диагностическая расстановка позволяет сделать эту невидимую связь видимой. Как отмечает М. Бурняшев, «... расстановка является диагностическим инструментом, который позволяет увидеть то, что скрыто от сознания клиента, но проявляется в его симптомах»²³ (С. 67). Важным дополнением, введённым нами, является интеграция диагностической расстановки с предварительной диагностикой канала фиксации стыда, что позволяет применять эту технику только для пациентов с доминированием системного канала.

²³ Бурняшев М. Системные расстановки: теория и практика. Москва: Генезис, 2020. 288 с.

Процесс диагностической расстановки начинается с того, что терапевт собирает у клиента минимальную информацию о его семейной системе: кто входил в семью, были ли исключённые, рано умершие, пропавшие без вести, совершившие преступления, покончившие с собой, отданные на усыновление. Эта информация важна, но не является определяющей — расстановка часто выявляет фигуры, о которых клиент ничего не знал. Затем клиент выбирает из присутствующих (или из воображаемых) заместителей для ключевых членов своей семьи. Заместители расставляются в пространстве относительно друг друга и относительно клиента. Терапевт не даёт инструкций о том, как именно расставлять; клиент следует своему внутреннему образу, своему «чувству» того, где должен стоять каждый член семьи. Мы предлагаем использовать на этом этапе короткое заземление, чтобы клиент был в контакте с телом и не «проваливался» в диссоциацию.

Ключевым моментом диагностической расстановки является наблюдение за реакциями заместителей. Заместители, не зная ничего о реальных членах семьи, начинают испытывать чувства, которые принадлежат тем, кого они представляют. Они могут ощущать тяжесть в плечах, холод, жар, головокружение, желание двигаться в определённом направлении, желание смотреть на кого-то или, наоборот, отворачиваться. Эти феномены, называемые «репрезентативным восприятием», являются основой системной работы. Если заместитель, представляющий, например, исключённого деда, испытывает те же ощущения, что и клиент (например, стыд, сжатие в груди), это указывает на идентификацию клиента с этим членом системы. Феномен репрезентативного восприятия был описан основателями системного подхода и подтверждён многолетней практикой. Для более точной оценки мы предлагаем использовать шкалу субъективных единиц дискомфорта, адаптированную для заместителей.

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.