

ТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СХЕМ

РОБЕРТ
ЛИХИ



Роберт Лихи

Терапия эмоциональных схем

Посвящается Хелен

Научный редактор:

Дмитрий Викторович Ковпак, врач-психотерапевт, к.м.н., доцент кафедры общей медицинской психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова, председатель Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психиатрии

© 2015 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

© Перевод на русский язык ООО Издательство «Питер», 2019

© Издание на русском языке ООО Издательство «Питер», 2019

© Серия «Сам себе психолог», 2019

© Роберт Лихи, 2018

Мой дорогой друг и коллега профессор Роберт Лихи уже много лет возглавляет Американский институт когнитивной терапии, издал более двух десятков монографий, посвященных наиболее актуальным вопросам психотерапии. Три его книги мы уже представили нашим читателям в переводе на русский язык. Теперь наша Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии совместно с издательством «Питер» предлагает вашему вниманию книгу, посвященную концепции терапии эмоциональных схем (это одна из современных форм когнитивно-поведенческой терапии новой генерации). Ее автор Роберт Лихи – один из наиболее опытных специалистов когнитивно-поведенческого направления психотерапии, ведущий мировой эксперт и методолог.

В отличие от схема-терапии, предложенной Дж. Янгом, фокус внимания терапии эмоциональных схем направлен на представления человека о своих эмоциях и стратегии его взаимодействия с ними. Терапия эмоциональных схем является метаэмоциональной (метакогнитивной), поскольку обращается к убеждениям об эмоциях и к тому, как они воздействуют на их носителя. Она использует наблюдающий и дескриптивный подход, чтобы замечать и принимать эмоцию как «событие» и фактическую данность, нежели пытаться ее избежать или подавить. Использование осознания и принятия подчеркивает важную связь между эмоциями и ценностями. Терапия эмоциональных схем поощряет клиентов использовать свои смыслы, ценности и достоинства, чтобы помогать принятию и проживанию трудных эмоциональных переживаний и возможности обогащать свою жизнь способнос-

тью восприятия, проживания и переносимости разных состояний и извлечению из них значимого опыта и расширению репертуара выбора.

Модель эмоциональных схем – это социальная когнитивная модель индивидуальной теории эмоций и эмоциональной регуляции (и в этом ее отличие от предшествующих моделей). Она старается описать содержание мышления и убеждений, схемы и модели, характеризующие интерпретацию эмоций человеком и его представления о том, как эти эмоции регулируются. Модель эмоциональных схем в некоторой степени схожа с общей моделью схем, предложенной Бекон и его коллегами, но в ней схемы касаются природы эмоций. Как подчеркивает профессор Лихи, эмоции возникли, чтобы предупреждать нас об опасности и сообщать о наших потребностях.

Терапия эмоциональных схем рассматривает трудные эмоции – грусть, тревогу, ревность и зависть в качестве универсального опыта. Сложно представить человека, который прожил жизнь, не испытав их. Это предполагает, что трудные эмоции встречаются каждому и что неприятный опыт и болезненные ощущения являются частью наполненной и насыщенной жизни.

Если бы люди могли жить только в комфорте и благополучии, человечество бы уже вымерло. Наши предки, как пишет Роберт Лихи, ежедневно сталкивались со смертью и боролись за жизнь: хищники подстерегали их, соседи нападали и истребляли. Жизнестойкость была, вероятно, обычным человеческим качеством, иначе первобытные люди просто не выжили бы. Но этого не произошло. Они справлялись с трудностями и продолжали свой род.

Терапия эмоциональных схем основана на эволюционной модели, согласно которой эмоции и способы их выражения развивались, потому что помогали защищать живых существ, ими обладавших. Главная идея этой терапии и данной книги – это признание и принятие факта, что жизненные трудности ранят, лишают нас иллюзий и приводят к тому, что мы испытываем и проживаем весь спектр эмоций. Приняв, что это часть имеющей смысл жизни, человеку легче сделать следующий шаг – согласиться с той высокой ценой, которую порой приходится за нее платить.

Модель эмоциональных схем признает, что эмоции и рациональность часто борются друг с другом и состоят в диалектическом напряжении. Хотя важно и то и другое.

Кропотливая многолетняя работа профессора Роберта Лихи дала нам возможность осознанно работать в когнитивно-поведенческом подходе не только с рациональной, но и с эмоциональной сферой не менее продуктивно, конструктивно и деликатно, как это при

принято в традиционной когнитивно-поведенческой модели. Работа с эмоциональной сферой расширяет возможности когнитивно-поведенческой терапии и спектр выбора клиентов, помогая им принимать самих себя вместе со своими сложными, порой противоречивыми эмоциями. Научение тому, чтобы признавать и принимать болезненные эмоции и формировать их переносимость, толерантность к фрустрации, в терапии эмоциональных схем означает расширение возможностей человека, рост его самооценки и более глубокого осмысления себя и жизни. Терапия эмоциональных схем предполагает, что задача – не пытаться свести жизнь к попытке проживания только положительных эмоций, пресловутому рафинированному и сконцентрированному счастью, а развивать свою способность чувствовать все, проживая жизнь во всей ее полноте и разнообразии. Смена жесткой оценочности и догматики веры в «позитив» принятием разнообразия и мультиформатнос-

ти опыта жизни, развитие своей возможности контакта и проживания всей гаммы эмоций становится более ценным и осознанным выбором. Эта модель способствует восприятию и принятию всех эмоций как части сложной человеческой природы, в том числе обычно гонимых и осуждаемых, таких как гнев, возмущение, ревность и зависть.

Мы предлагаем вам возможность расширить горизонты понимания психотерапии и самих себя. Эта книга станет надежным проводником в увлекательную теорию и практику самой современной модели работы с эмоциями и психикой человека. Мы благодарим нашего уважаемого коллегу профессора Роберта Лихи за эту книгу и возможность прочитать ее на русском языке.

Автор опирался на источники, которые считаются надежными, с целью дать информацию, которая была бы полной и в целом согласовывалась со стандартами практики, принятыми на момент публикации. Но в силу человеческого фактора и изменений, происходящих в биохевиоральной и медицинской областях, а также в сфере психического здоровья, ни автор, ни издательство, ни какая-либо другая сторона, участвовавшая в подготовке этой книги к изданию, не гарантируют, что содержащаяся в ней информация во всех отношениях точна и полна, и не несут ответственности за ошибочность или неполноту результатов, получаемых при ее использовании. Предлагаем читателям сверять приведенные в книге сведения с данными из других источников.

Об авторе

Роберт Л. Лихи – доктор философии, директор Американского института когнитивной терапии в Нью-Йорке, клинический профессор психологии отделения психиатрии в медицинском колледже Вейл Корнелл. Тема его исследований – индивидуальные различия в эмоциональной регуляции. Доктор Лихи – младший редактор *«Международного журнала когнитивной терапии»* и экс-президент Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии, Международной ассоциации когнитивной психотерапии и Академии когнитивной психотерапии. В 2014 году Академия когнитивной терапии наградила его премией Аарона Бека.

Роберт Д. Лихи – автор множества книг, включая недавние работы, написанные в соавторстве: *«Планирование лечения и интервенций при булимии и патологическом обжорстве»*, *«Планирование терапии и интервенции при депрессии и тревожных расстройствах»* (второе издание) и *«Эмоциональная регуляция в психотерапии»*.

Предисловие

Терапевты, работающие со всеми подходами, до некоторой степени интересуются эмоциональным опытом, который пациенты приносят в терапию. Те, кто использует когнитивное реструктурирование, надеются, что новые пути рассмотрения изменят то, как люди чувствуют; диалектическая поведенческая терапия поощряет пациентов узнавать, как регулировать эмоции, часто кажущиеся хаотичными и пугающими; терапия принятия и ответственности пропагандирует гибкость и толерантность к эмоциям, когда вы живете жизнью, которую цените; мета-когнитивная терапия фокусируется на роли проблематичного полагания на беспокойство и размышления, чтобы справиться с трудностями; активация поведения подчеркивает важность скорее проактивного и вознаграждающего поведения, чем пассивности, изоляции, избегания, а в психоаналитической области терапия ментализации акцен-

тирует внимание на ценности роста осознания и рефлексии психических или внутренних состояний собственного Я и других, тогда как более традиционные психодинамические модели пытаются добраться до эмоций и воспоминаний, которые ассоциируются с давними трудностями. Стратегии, которые в терапии используются для работы с эмоциями, часто связаны с так называемой теорией эмоций. Однако очень мало сказано о том, что об этих стратегиях думает пациент.

До того как встретить Аарона Бека и заняться когнитивной терапией, я активно участвовал в работе по социальному познанию – о том, как люди объясняют причины своего поведения и использования теории черт, о признании изменчивости других и самих себя, заключении о преднамеренности и ответственности. Социальное познание играет важную роль в когнитивно-поведенческой терапии, потому что эмоции человека и используемые им стратегии для их регуляции могут относиться к теории эмоций, которую человек разделяет.

Модель эмоциональных схем предполагает, что с тех пор как эмоции активизировались, мы часто их интерпретируем, и эти интерпретации связаны со стратегиями, которые мы используем, чтобы справиться с эмоциями.

В этой книге показано, как люди думают об эмоциях – своих и чужих. На протяжении всего повествования я описываю чувства, желания и переживания, ссылаясь на них как на эмоции: это грусть, тревога, неприязнь и сексуальные чувства. Я использую термин «эмоциональная схема» для описания представлений о причинах, обоснованности, нормальности и толерантности применительно к сложности эмоции. С тех пор как возникла эмоция (например, тревога), человек оценивает ее природу: «Эта эмоция будет длиться неопределенно долго?», «Другие чувствуют то же, что и я?», «Должен ли я стыдиться своих эмоций?», «Нормально ли испытывать смешанные чувства?», «Могу ли я выражать свои чувства?», «Подтвердят ли другие люди сказанное мной?», «Есть ли смысл в моих чувствах?» Звучит множество других интерпретаций и оценок эмоционального опыта. Верит ли человек, что некоторые эмоции, например гнев, легитимны, тогда как другие, например тревога, – нет? И если эмоция возникла, какие стратегии он активизирует, обращаясь с ней? Ищет человек утешения или отдаляется от других, снова и снова думает об одном и том же, обвиняет окружающих, избегает, спасается, становясь пассивным, употребляет психоактивные вещества, интерпретирует происходящее по-другому, берется за решение проблемы, начинает заниматься чем-то полезным, старается отвлечься, прибегает к самоповреждению, диссоциирует, переедает, принимает эмоцию или делает что-то еще?

Более того, эмоциональные схемы также относятся к тому, как человек думает об эмоциях других людей и реагирует на них. Например, когда один сексуальный партнер расстроен, считает ли второй, что его эмоции не имеют значения, патологизирует их и обозначает как ненормальные; верит, что эмоции будут сохраняться неопределенно долго, мешает их выражению или считает, что они препятствуют рациональности и решению проблемы? Основываясь на данных интерпретациях, этот человек критикует и высмеивает другого; говорит ему, что он слишком много жалуется, отдаляется и отказывается говорить на эту тему или пытается убедить партнера в том, что он не должен об этом думать?

Здесь я пишу о том, как люди могут теоретизировать эмоции, и говорю о том, какой вклад теории эмоций вносят в широкий спектр психопатологии. Важно понимать, как негативные интерпретации реальности приводят к грусти или тревоге, либо какой вклад избегание и пассивность вносят в развитие депрессии. Однако стоит отметить, что модель эмоциональ-

ных схем пытается расширить наше понимание, предполагая, что с момента, когда эмоция возникает, активируется скрытая теория эмоций данного человека, и это приводит к полезным либо бесполезным стратегиям копинга. Проще говоря, как только вы почувствовали грусть, что вы думаете о ней и что делаете затем? Например, если я думаю, что моя грусть будет продолжаться неопределенно долго и нарастать, я могу прийти в отчаяние и начать искать быстрое решение, принимая психоактивные вещества или просто уходя в себя. И наоборот, если я думаю, что моя грусть – временный опыт и что мои эмоции зависят от того, чем я занят и с кем взаимодействую, я могу активизировать адаптивное поведение. Таким образом, интерпретации приводят к стратегиям, а стратегии ухудшают или улучшают положение.

Нам посчастливилось иметь много ценных когнитивно-поведенческих подходов, которые вооружают пациента пониманием и навыками, дающими надежду перед лицом того, что кажется непреодолимыми препятствиями. Подход эмоциональных схем – это попытка дополнить широкий спектр находящихся в распоряжении терапевта концептуализаций и инструментов. Те, кто использует широкий спектр теоретических ориентаций в когнитивно-поведенческой терапии, и даже представители психодинамической традиции могут найти что-то полезное для себя в описанных ниже наблюдениях и предложениях.

Благодарности

Одно из удовольствий, которое позволяет себе автор книги, – поблагодарить людей, сделавших реальной ее публикацию. Мне посчастливилось работать над многими изданиями с коллегами из The Guilford Press, но я особенно благодарен Джиму Нажотту, долгие годы являвшемуся моим редактором, а также Джейн Кейслар, Мери Спрейбери и Лоре Шпехт Пачкофски, которые упорно трудились над последними книгами и чья помощь была весьма полезна для улучшения текста.

Мне неоднократно везло с коллегами из Американского института когнитивно-поведенческой терапии в Нью-Йорке (www.CognitiveTherapyNYC.com), с которыми я делился идеями, попавшими в эту книгу, и пересматривал их. Особые слова благодарности я адресую Лоре Олифф, Деннису Терчу, Дженни Тейц, Миу Сейджу, Никки Рубину, Виктории Тейлор, Мелиссе Горовиц, Эйму Алдао, Пеггили Вапперман, Мерин Вестфал и другим клиницистам. Пумен Мелвеная и Синдху Шиваджи оказали неоценимую помощь в работе с библиографией, внося правки и дополняя материал, чтобы книга предстала перед читателями в ее окончательном варианте.

Есть много других коллег, которым я очень благодарен, начиная с основателя когнитивной терапии Аарона Бека. Среди остальных – Лорин Б. Аллоу, Дэвид Х. Барлоу, Джудит С. Бек, Дэвид Э. Кларк, Кейт С. Добсон, Кристофер С. Фейрберн, Артур Фримен, Пол Гилберт, Лесли С. Гринберг, Стивен С. Хайес, Стефан Г. Хоффман, Стефен Дж. Холланд, Стивен Д. Холлон, Марша М. Лайнен, Лата К. Макджинн, покойная Сьюзен Нолен-Хоксима, Кори Ф. Ньюмен, Жаклин Б. Персонс, Кристина Пердон, Джон Х. Рискинд, Пол М. Солковис, Зиндел В. Сигал, Джон Тисдейл, Адриан Веллс и Дж. Марк Г. Вильямс. Нам очень повезло иметь так много выдающихся терапевтов, занимающихся столь важными вопросами. Также мне хотелось бы поблагодарить моего хорошего друга и коллегу Филипа Тейта – он был неисчерпаемым источником поддержки и мудрости, дружбу с ним я высоко ценю. И наконец, я благодарю свою прекрасную жену Хелен, которая продолжает меня вдохновлять и помогает стано-

виться лучшей версией себя, достигать того лучшего, чем я надеюсь быть. Эта книга посвящена ей.

Часть I

Теория эмоциональных схем

Глава 1

Социальная конструкция эмоции

Тебя часто могут видеть улыбающимся, но никогда в жизни не слышать смеющимся.

Лорд Честерфилд. Письма к сыну, 1774

Представьте такую ситуацию. Нед встречался с Брендой три месяца, и для него эти отношения были как американские горки: за ссорами следовала теснейшая близость, а потом – равнодушие Бренды и ее заявления об амбивалентном отношении. А теперь он получил от Бренды сообщение, что их отношения закончены и она больше не желает с ним общаться. Нед в замешательстве; ему кажется, что так завершать отношения жестоко. Его первая реакция – гнев. Думая об этом весь день, он испытывает тревогу и беспокойство по поводу того, что может навсегда остаться один. Затем ему становится грустно; он чувствует себя опустошенным и растерянным. В какие-то моменты ему становится лучше, даже появляется облегчение оттого, что эти отношения кончились. Но потом Нед начинает сомневаться, не самообман ли это. И вскоре он снова переполнен страданием. Нед уверен, что у него должно быть всего одно чувство, а не целый ряд, и не может понять, почему его чувства так сильны. Ведь он был с Брендой «всего-то» три месяца. Он пребывает в негативных чувствах, сидит один в квартире, пьет и объедается фастфудом. Нед начинает думать, что сойдет с ума, если не избавится от этих чувств; вспоминает, как его тетя попала в больницу, когда он был маленьким. Неду стыдно раскрыть всю глубину испытываемых эмоций другу Биллу: он замыкается, не желая стать обузой. «Что со мной не так? – думает Нед и наливает себе еще виски. – Мне станет лучше?»

В нескольких кварталах от Неда в том же городе живет Майкл. Он был в похожих на американские горки отношениях с Карен, от которой только что получил сообщение, что отношения закончены. По сравнению с Недом, Майкл более задумчивый и принимающий происходящее в жизни. Он задумывается о своих чувствах: «Понятно, что раз отношения были запутанными, теперь у меня будет много разных чувств. Это *были* просто американские горки. Могу лишь представить, как много на свете людей, чувствующих то же самое». Майкл обращается к другу Хуану, который всегда проявлял сочувствие, и говорил, как ему сейчас приходится страдать. Этот разговор получается слегка напряженным, но Хуан и Майкл многое пережили. По ходу беседы Хуан понимающе кивает. Ограничившись парой стаканов пива, Майкл возвращается домой, чтобы отдохнуть. Он думает: «Мне и раньше бывало трудно. Сейчас мои чувства сильны, но я с этим справлюсь». Он понимает, почему сильные чувства имеют для него значение: он действительно хочет серьезных отношений и не собирается сдаваться, если эти отношения закончены. Эмоции – стоящая вещь.

«Невротика Неда» от «хорошего парня Майкла» отличает то, что у Неда – негативная теория собственных эмоций, а Майкл принимает свои эмоции и использует их конструктив-

но. Я называю два этих подхода к одному событию «эмоциональными схемами» – индивидуальными теориями о природе эмоций и о том, как их регулировать. Один человек может пытаться подавлять эмоции, потому что видит их непонятными, переполняющими, бесконечными и даже постыдными. Другой может принимать эмоции как временную, богатую и сложную часть жизни, присущую человеку и говорящую нам о наших ценностях и потребностях. Терапевтическая модель, которую я описываю в этой книге – терапия эмоциональных схем, – сосредоточена на идентификации индивидуальной, уникальной теории эмоций – своих и другого человека, исследовании последствий этих эмоциональных конструкций, дифференциации полезных и бесполезных способов эмоциональной регуляции, а также помощи человеку в том, чтобы интегрировать эмоциональный опыт в осмысленную жизнь.

Почти каждый человек переживал грусть, тревогу или гнев, но не у каждого бывает сильная депрессия, генерализованное тревожное или паническое расстройство. Что способствует тому, что эмоция сохраняется, а потом развивается в психическое расстройство? На протяжении этой книги я подчеркиваю, что не только опыт эмоций имеет значение, но также их интерпретация и стратегии, используемые человеком для совладания с эмоциями. Есть пути от болезненных эмоций к психопатологии и есть другие – от болезненных эмоций к адаптивным жизненным стратегиям. Взгляд, предлагаемый здесь, заключается в том, что интерпретации человеком болезненных эмоций и его реакции на них определяют, приведет ли данный опыт к психопатологии. Например, человек может переживать сильную печаль и при этом не развить депрессивное расстройство.

Существует много теорий эмоций, которые сильно отличаются друг от друга. Эмоции рассматривались как наследственно обусловленные реакции на эволюционно значимые факторы окружения (Darwin, 1872/1965; Nesse & Ellsworth, 2009; Tooby & Cosmides, 1992)¹; как электрохимические процессы, возникающие в разных участках головного мозга (Davidson & McEwen, 2012); как последствия «иррационального» мышления (D. A. Clark & Beck, 2010; Ellis & Harper, 1975); как результат оценки угрозы или стрессора (Lazarus & Folkman, 1984); как определение способности к обработке информации (модель инфузии аффекта; Forgas, 1995); как контейнирование информации о потребностях и мыслях, относящихся к этим потребностям (эмоционально-фокусированная модель; Greenberg, 2002) или как первичные явления, то есть предшествующие когниции (Zajonc, 1980). Каждая из этих – и многих других – моделей внесла значительный вклад в наше понимание важности эмоций в повседневной жизни и развитии психопатологии. Предлагаемая здесь модель, которую я называю то «модель эмоциональных схем», то «теория эмоциональных схем», расширяет наше понимание эмоций, предполагая, что важнейшие аспекты эмоционального опыта включают индивидуальную интерпретацию и оценку эмоций, а также стратегии их контроля у отдельного человека. С этой точки зрения эмоция – не только опыт, но *объект* опыта. Хотя эмоции развились в ходе эволюционной адаптации и могут быть универсальным опытом, индивидуальные интерпретации, оценки и реакции тоже социально

циально сконструированы.

Фриц Хайдер (Heider, 1958) предположил, что отдельные люди имеют представления о себе и других в том, что касается природы и причин поведения, намеренности и организации собственного Я. Хайдер заметил: простой человек – своего рода психолог, использующий модели атрибуции и оценки, чтобы делать выводы о чертах характера и качествах личности. Эта так называемая житейская психология (или здравый смысл) стала основой в области социальной когниции, трансформировавшейся в «теорию разума». Я описываю си-

туацию, когда «наивная психология» может распространяться на модель того, как отдельные люди концептуализируют эмоции в самих себе и других и как эти конкретные модели приводят к проблемным стратегиям эмоциональной регуляции.

Теория эмоциональных схем – это социально-когнитивная модель эмоций и эмоциональной регуляции. Она предполагает, что отдельных людей отличают оценка легитимности и постыдности эмоций, интерпретация их причин и потребность в контроле, ожидания в отношении длительности и опасности эмоций, а также стандарты относительно приемлемости их выражения (Leahy, 2002, 2003b; Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011). Даже если эмоция в высшей степени биологически детерминирована и даже если она относится к конкретным вызывающим ее стимулам, *опыт* эмоции часто следует за ее интерпретацией: «Есть ли мне смысл тревожиться?», «Почувствовали бы другие люди себя так же, как я?», «Как я могу это проконтролировать?» или: «А я не сойду с ума?» Эти интерпретации, которые я называю теориями эмоций, являются основным содержанием эмоциональных схем, то есть представлений о своих и чужих эмоциях и о том, как их можно регулировать. Я называю теорию эмоциональных схем социально-когнитивной, потому что эмоции – одновременно личное и социальное явление, которое интерпретируется нами и другими людьми, поэтому изменения в интерпретациях (наших и других людей) приводят к изменениям интенсивности эмоций и нервному расстройству.

В этой главе я делаю краткий обзор того, как эмоции и рациональность рассматривались в западной традиции и как западные представления об эмоциях и их проявлениях менялись последние несколько столетий, предполагая, что конструирование эмоций было постоянным процессом. Я также обсуждаю то, как современные модели аффективного прогнозирования предполагают, что «наивные» теории эмоций влияют на принятие решений и актуальный опыт. Аргумент в целом таков: значение имеет не только опыт эмоций, но также наши интерпретации этого опыта и то, что, по нашему мнению, он предвещает.

Краткая история эмоций в западной философии и культуре

Примат рациональности

Платон в «Республике» использует метафору возницы, который пытается контролировать двух лошадей: одна позволяет собой управлять, другая выходит из-под контроля. Он (Plato, 1991) рассматривает эмоции как препятствия к рациональному мышлению и действию, соответственно, отвлекающие от поиска добродетели, и описывает первоначальное влияние событий, ведущее к эмоциям, как «колебания души». Если подумать, как происходит движение к рациональному отклику на события, первый толчок может дать «встряска» или «колебание души». Дальнейшие движения предполагают шаг назад и наблюдение за тем, что происходит, потом – рассмотрение релевантной добродетели (например, смелости), затем – изучение действий и мыслей, которые могут вести человека к добродетельной реакции. Как мы увидим позже, модель эмоциональных схем признает, что первый отклик на эмоцию может характеризоваться переживанием дезорганизации и удивления. Также он, вероятно, будет отражать автоматический или бессознательный процесс (Bargh & Morsella, 2008; LeDoux, 2007), то есть, по Платону, «колебание души».

Но люди могут сделать шаг назад, чтобы оценить происходящее в данный момент и понять, какой у них есть выбор, как это относится к связанным с ценностями целям и как их

эмоции могут подняться или упасть, в зависимости от интерпретаций того, что они делают. Аристотель рассматривает добродетель как черту характера и практику, которая представляет собой идеальную середину между двумя крайностями желанного личностного качества. В модели эмоциональных схем, как и в модели, лежащей в основе терапии принятия и ответственности (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012), существует признание того, что ценности (или добродетели) могут определять то, как человек рассматривает эмоции, и способность выносить дискомфорт в контексте ценного действия. Цель – не просто эмоция, а скорее смысл, ценность или добродетель, которой человек хочет достичь.

Аристотель (Aristotle, 1984/1995) подчеркивает блаженство (*эвдемонию*) вести «хорошую жизнь» – переживание счастья или благополучия оттого, что человек действует в соответствии с добродетелями и ценным им смыслом собственной жизни. Он определяет добродетели как качества характера, которыми человек восхищается в другом. То есть цель – стать таким человеком, каким бы вы сами восхищались. Эмоциональный опыт счастья – результат ежедневной практики добродетелей: умеренность, смелость, терпение, скромность и др. Таким образом, хорошее самочувствие – результат *стремления* к хорошему и *практики* в должном поведении, то есть *добродетели*. Модель эмоциональных схем опирается на взгляд Аристотеля, что практика в ценных привычках, или добродетелях, может способствовать большей адаптации и удовлетворению.

Стоики, например Эпиктет, Сенека и Цицерон, утверждали превосходство рациональности над эмоциями и предполагали, что эмоции ведут к чрезмерным реакциям и потере из виду важных ценностей; то есть отвлекают от добродетели и в конце концов поработают человека (Inwood, 2003). Они делали акцент на рациональном поведении, избавлении от чрезмерной привязанности к внешнему миру, сдерживании своих желаний, свободе от материального мира и желании одобрения. Упражнения стоиков включали голодание, физический дискомфорт и бедность, чтобы усвоить: человек способен прожить без материальных богатств; созерцание устранения ценных объектов и людей в жизни человека, чтобы признать их ценность; размышления о каждом дне, который прожит хорошо, и о том, как можно стать лучше; дистанцирование от эмоций и обдумывание рациональных действий; признание того, что жизнь делают плохой мысли, а не реальность сама по себе. Каждый день, по Марку Аврелию, должен начинаться с признания того, что реальность ограничена, и, принимая ее, важно следовать путем добродетели: «Начинай каждый день, говоря себе: “Сегодня я встречу с помехами, неблагодарностью, наглостью, предательством, враждебностью и эгоизмом, и причина их всех – незнание обидчиками того, что такое добро и зло”» (Marcus Aurelius, 2002).

В дальнейшем примат когниции получил поддержку в культуре европейского Просвещения, когда акцент все чаще делался на рациональном дискурсе, разуме, индивидуальной свободе, науке и исследовании неизведанного. Локк, Юм, Вольтер, Бентам, Милль (Gay, 2013) и другие старались освободить человеческое мышление от ограничений предрассудка, авторитета и зова эмоций. Новые научные открытия ставили под вопрос авторитет христианской доктрины. Сделанный Кантом акцент на рациональной и добродетельной жизни, основанной на категориальном императиве, освободил моральные суждения от диктата церкви. Теория общественного договора Локка признавала легитимность скорее за договором, чем за грубой властью. А исследование новых территорий привело к признанию того, что культурные нормы – это, возможно, не вечные истины, а произвольные соглашения. Однако на контрасте с привилегированным статусом рациональности и науки Юм утверждал, что разум – раб эмоций, потому что не может сказать нам, чего мы *хотим*; он лишь

способен указать нам, как это *получить*. Эмоция, по мнению Юма, играет центральную роль. Он утверждал, что эмоции говорят нам о том, что имеет значение, тогда как рациональность помогает достичь целей, поставленных эмоцией.

В XX веке акцент на рациональном, практичном (скорее на открытии фактов), а не на вере, стал центральным в прагматизме, логическом позитивизме, философии обыденного языка и в целом в области аналитической философии. Гилберт Райл (Gilbert Ryle, 1949) в книге «*Понятие сознания*» отвергает идею существования «духа в машине», критикуя представление о том, что души, умы, личности и другие «предполагаемые структуры» что-то определяют. Представители логического позитивизма, такие как молодой Витгенштейн (Wittgenstein, 1922/2001), Айер (Ayer, 1946), Карнап (Carnap, 1967) и другие, предполагали, что единственным критерием истины является проверяемость, что знание происходит из опыта, а данные эмоций обманчивы и должны подвергаться проверке логического дискурса и ясного определения. Остин (Austin, 1975) и Райл (Ryle, 1949) выдвинули идею, что философия должна сосредоточиться на обыденном использовании языка, чтобы с помощью логического анализа прояснять значение утверждений. Акцент делался на прояснении, логике, эмпиризме (в некоторых случаях) и, если возможно, на сведении их к математической логике. Эмоции рассматривались как помехи.

Примат эмоций

Хотя рациональность и логика всегда имели большое влияние в философии (особенно в западной), эмоция в ходе истории была партнером и играла свою диалектическую роль. Акцент, сделанный Платоном на логике и рациональности, контрастировал с великой традицией греческой трагедии. Действительно, в «Вакханках» Еврипида (*The Bacchae*, 1920) представлен трагический взгляд, заключающийся в том, что если человек игнорирует бога (Диониса или Вакха), который собирает последователей в пении, танцах и забывании всего, то, как ни странно, он столкнется с полным разрушением в безумии. Игнорирующий эмоции подвергается опасности. Модель эмоциональных схем предполагает, что цель – не чувствовать хорошее, а способность *чувствовать все*. В этой модели нет более высокого или низкого Я, скорее Я включает все эмоции. Эта модель утверждает включение всех эмоций, даже осуждаемых, таких как гнев, возмущение, ревность и зависть, и их принятие как части сложной человеческой природы.

Видение жизни в греческой трагедии признает неизбежность страдания; что могущественный может пасть, а силы, не подвластные контролю человека и даже его воображению, могут разрушать; что несправедливость часто неизбежна, а страдание других имеет значение для человека, потому что является примером того, что может случиться с каждым. Мы все – часть единой общности хрупких, ошибающихся и смертных людей. По контрасту с трагиками Платон подчеркивал рациональность как путь к власти и контролю, а в трагедии с ее апелляцией к эмоциям видел великий противовес.

В XIX веке Ницше (Nietzsche, 1956) предположил, что великий контраст в культуре и философии наблюдается между аполлоническим и дионисийским, то есть между акцентом на структуре, логике, рациональности, контроле и акцентом на эмоциональном, интенсивном, индивидуальном и неистовом выражении полной свободы. Последнее нашло выражение в движении романтизма, которое полностью охватывало эмоции, подчеркивая их интенсивность, опыт, героизм, магическое мышление, метафору, миф, личное и частное, революционное мышление, национализм и пылкую индивидуальную любовь. Предпочтение отдава-

лось природе перед структурированным миром Просвещения, акцент делался на естественных инстинктах, «благородном дикаре», естественных ландшафтах и свободе от ограничений. Среди ведущих философов-романтиков – Гегель, Шопенгауэр и Руссо; среди ведущих поэтов – Шелли, Байрон, Гёте, Вордсворт, Кольридж и Китс. Романтизм также оказал сильное влияние на музыку, представленный в данной области Вагнером, Бетховеном, Шубертом и Берлиозом (Pirie, 1994).

Одним из романтических направлений XVIII века был сентиментализм, который подчеркивал скорее интенсивность индивидуального развития чувств, а не рациональность или принятые нормы, интенсивное выражение чувств как аутентичность, искренность и силу чувств человека. Действительно, для членов палаты лордов в Британии не было характерно отстаивание своей позиции в слезах. Самоубийство же являлось крайним выражением романтической силы чувств.

В конце XIX и в XX веке экзистенциализм стал главной силой, противостоявшей британской и американской моделям рационализма в философии. Экзистенциалисты подчеркивали роль индивидуальной цели, выбора, признания смертности, условной природы существования и эмоций. Кьеркегор (Kierkegaard, 1941) описывал экзистенциальную дилемму ужаса, «болезнь к смерти» и кризис индивидуального выбора. Хайдеггер (Heidegger, 1962) предположил, что философии следует обратиться к последствиям того, что отдельный человек «заброшен» в жизнь и историю, перед ним стоит индивидуальная проблема конструирования смысла. А Сартр (Sartre, 1956) утверждал, что отдельные люди должны решать проблемы того, что становится результатом их конкретной ситуации – использования свободы. Модель эмоциональных схем предполагает, что люди борются со свободой выбора, часто включающей трудности с данностью, которая является спорной частью повседневной жизни, признавая, что выбор, с которым они сталкиваются, предполагает эмоционально сложные проблемы и необходимость компромиссов. Выбор, свобода, сожаление и ужас рассматриваются в этой модели как важные составные части жизни, и эти «реальности» не могут быть устранены простым анализом затраты-выгоды, рационализацией, прагматизмом. Хотя рациональная оценка важна, каждый компромисс предполагает цену. А цена часто неприятна или трудна.

Краткий обзор не способен отдать должное дихотомическому взгляду на эмоции и рациональность в западной культуре (и, конечно, не освещает важность данных факторов в других культурах). Как предположила Нуссбаум (Nussbaum, 2001), каждая область – рациональная и эмоциональная – имеет свою ценность и дает информацию о другой. Модель эмоциональных схем признает, что эмоции и рациональность часто борются друг с другом и состоят в диалектическом напряжении, решая вопрос о том, какое влияние выбрать. При этом важно и то и другое.

Эмоции: культурный и исторический фактор

Новая область истории, названная эмоциологией, прослеживает изменение того, как эмоции рассматривались в разных обществах в разные исторические периоды, и то, как они социализируются. Действительно, изучение истории эмоций дает нам много свидетельств их социальной конструкции (особенно какие эмоции ценятся и подавляются, как меняются правила их выражения). В 1939 году австрийский социальный историк Норберт Элиас написал монументальный труд о возникновении интернализации и самоконтроля в западноевропейском обществе (позже переизданном как *The Civilizing Process: Sociogenetic*

and Psychogenetic Investigations; Elias, 1939/2000). Элиас проследил изменения правил в отношении речи, питания, одежды, приветствия, сексуального и агрессивного поведения, а также других его социальных форм с XIII до начала XX века. С укреплением власти короля и расцветом придворного общества, в котором рыцари несколько месяцев в году жили при дворе короля, правила самоконтроля приобрели большую значимость. Элиас утверждал, что результатом стала значительная степень интернализации эмоций и поведения. В самом деле, слово «куртуазность» (вежливость, *courtesy*) произошло от слова *court* (королевский двор. – *Примеч. пер.*). Яркое выражение эмоций, конфронтации и сексуального поведения отныне перестали быть приемлемыми: данный эмоциональный опыт интернализовался. Кроме того, все более ярко выраженным являлся акцент на личном и приватном в любви, росло ощущение приватного эмоционального Я при распространении чтения и личных дневников, растущих чувства стыда и вины. Макс Вебер (1930) в книге *«Протестантская этика и дух капитализма»* развивает мысль о том, что интернализация эмоции одновременно создавала эмоциональные условия для капитализма и сама была его побочным продуктом. Откладывание удовлетворения, акцент на работе и продуктивности, ценность успеха как отражения индивидуального достоинства, координация с рыночными процессами и отношений покупателя с продавцом привели к сильному контролю эмоций. И все это отражало социальную конструкцию эмоций.

Дальнейшее развитие управления эмоциями наблюдается в культуре североамериканских пуритан в XVII и XVIII веках с акцентом на контроле гнева и страсти, отрицании мирских удовольствий, с предпочтением скромности, усилением чувства стыда и вины. В XVIII и XIX веках в Америке и Британии растет число книг о поведении, стремившихся научить читателя вести себя подобающим образом. В это время, особенно в Америке, одновременно с коммерцией стала развиваться идея «человека, который сделал себя сам», наблюдался закат аристократии и появление нового класса торговцев, предпринимателей, людей бизнеса, профессионалов. Предполагалось, что человек не ограничен статусом и может подняться, попав в более высокий общественный класс, если научится правильно себя вести. Женщины, хотевшие повысить свой статус, могли полагаться на брак по расчету. С другой стороны, Бенджамин Франклин в «Альманахе бедного Ричарда» (1759/1914) давал читателям советы на каждый день о том, как откладывать удовольствие, говорил о важности накопления, выгодах усердного труда и хорошей репутации. Именно Франклин впервые сформулировал мысль, что «без труда нет выигрыша», и предлагал всем тренироваться по 45 минут в день.

Будущий американский президент Джон Адамс, надеявшийся повысить свой социальный статус в колониях, обычно вставал перед зеркалом, изучая выражение лица и осанку, стараясь контролировать себя, чтобы не демонстрировать ненужных эмоций. Контроль за лицом, телом, жестами и тоном голоса – это были составляющие нового акцента на самоконтроле. Возможно, самой влиятельной книгой о самоконтроле стали *«Письма к сыну»* британского лорда Честерфилда (1774/2008), в которых автор настаивает на том, чтобы читатель делал следующее: «Оставайся сдержанным», «Не показывай свои настоящие чувства», «Частый и громкий смех – признак глупости и плохого воспитания», «Если можешь, будь мудрее окружающих, но не говори им об этом». Другие книги советовали женщинам прятать свою сексуальность и настоящие чувства за фасадом вежливого безразличия с акцентом на скромности. Стандарт предполагал, что женщина дружелюбна, но не флиртует и не показывает слишком большого интереса к мужчине, должна контролировать

ровать его страсть. Женщинам разрешалось краснеть, потому что это знак смущения, вызываемого сексуальностью и флиртом. И снова акцент на контроле за телом, лицом и речью. В XVIII и XIX веках все больше подчеркивалось, что человеку не нужно демонстрировать сильные эмоции и вообще полагаться на них.

Кристофер Лэш в «Гавани в бессердечном мире» (1977) описывает рост значимости дома и семьи как места эмоциональной близости в викторианский период и позднее. Эмоции оказались за закрытыми дверями, приветствовалась домашняя гармония. Викторианский период также стал свидетелем «гендеризации эмоций» – отнесения их к тому или иному полу. Мужчины захватили публичную сферу коммерции, а женщины теперь были заключены в сфере частного – дома. Таким образом, в публичной сфере мужчинам позволялось быть конкурирующими, конфликтующими, амбициозными, а дома и мужчины, и женщины должны фокусироваться на любви, доверии, интимности. Теперь акцент делался на любви между супругами, материнской любви и идиллии (гнев не терпели); ревность осуждалась, так как нарушала гармонию семейной жизни. В этом разделенном мире гнев не рассматривался как допустимый в семейном кругу, но его выражение считалось допустимым для мужчин за пределами семьи, чтобы их мотивировать. При социализации детей в XIX веке страх считался нормальным, но мальчикам говорили, что они должны преодолевать его с помощью смелости. От девочек смелости не ждали. Кроме того, вине теперь придавалось большее значение, чем стыду.

В XIX и в начале XX века эмоциональные нормы продолжали меняться. Со снижением младенческой смертности родители могли надеяться, что их малыши доживут до взрослого возраста, это вело к снижению рождаемости. Отдельный ребенок мог получать больше внимания и, соответственно, вызывать сильную родительскую привязанность и любовь. Большее значение стало придаваться детству как отдельной стадии человеческой жизни; возник дизайн одежды для детей, особое внимание уделялось защите их благополучия. От детей не ждали, что они будут вести себя как маленькие взрослые (Ariès, 1962; Kessen, 1965). Кроме того, развитие коммерческой экономики, особенно сферы услуг и торговли, привело к тому, что нормы выражения эмоций адаптировались к отношениям покупателя и продавца (Sennett, 1996). Наконец, в XX веке, с появлением гендерного равенства, сексистский взгляд на женщин как истеричных, более слабых и эмоциональных, менее рациональных, чем мужчины, все чаще воспринимался как старомодный, даже когда его сторонники ссылались на раннюю психоаналитическую теорию (Deutsch, 1944–1945).

С 1920-х по 1950-е годы родились новые теории эмоциональной социализации как под влиянием исследования Уотсона (Watson, 1919), показавшего, что страхи – результат научения, так и психоаналитических объяснений, прослеживающих начало невроза в детских трудностях. Популярная интерпретация бихевиоризма Уотсона говорила, что лучший способ работы со страхом – избегание. Отныне не подчеркивалась необходимость смелости для преодоления трудностей или страха; речь шла обобщенно о толерантности к сложным чувствам; не делался акцент на том, что можно назвать культурой выражения эмоций и успокоения. Влияние психоаналитической теории привело к акценту на безопасном, успокаивающем окружении. Хорошим примером здесь являются популярные книги Бенджамина Спока с призывами к успокоению, эмоциональной экспрессии, балованию и гиперопеке как способам преодоления детских страхов (напр.: Spock, 1957). Когда эмоции превратились в пугающий опыт, а целью стало защитить ребенка от трудностей, в массовом сознании начала культивироваться «крутизна» с упором на то, чтобы ребенок сам справлялся и контролировал эмоции, с избеганием сентиментальности, даже с некоторой отстраненнос-

тью и недоступностью (Stearns, *The Social Construction of Emotion*, 1994). Герои популярных мультфильмов демонстрировали бесстрашие (они были «крутыми»); им не приходилось испытывать или преодолевать страх. Герои вроде Супермена были настолько неуязвимы, что не нуждались в демонстрации мужества.

Конечно, наряду с интернализацией, самоконтролем и заглушенным проявлением эмоций существовала контркультура самовыражения, спонтанности, силы индивидуальных переживаний и сексуальной свободы. Возникло больше элементов массовой культуры. С 1920-х годов растет популярность джаза: в век запретов всегда есть андеграунд нарушителей устоев. В 1950-е годы появились битники и рок-н-ролл, в 1960-е – хиппи, протестная музыка эпохи войны во Вьетнаме, послание «включиться и отключиться» от Тимоти Лири и других представителей культуры психоделиков. Наконец, гангста-рэп и другие виды интенсивного индивидуального выражения, которые, казалось, провозглашали эмоциональность и отвержение самоконтроля.

Последние 3000 лет эмоция в западной культуре постоянно то конструировалась, то разбиралась. История эмоций отражает растущее осознание того, как они рассматриваются обществом, как социализация и нормы влияют на их выражение, и то, как некоторые эмоции попадают в немилость (например, ревность). Все эти сдвиги показывают: эмоции – во многом продукт *социального конструирования*. Философские школы, отдающие предпочтение эмоциям или рациональности, демонстрируют, что эмоции – не просто врожденные, спонтанные и универсальные явления (хотя предрасположенность к ним универсальна), но и что оценка эмоций, правила их проявления значительно отличаются и в нашей культуре, и в других культурах.

Этот краткий обзор подсказывает, что интерпретации или когнитивная оценка эмоций, их влияние на мышление, эмоции сами по себе являются важными психологическими феноменами. Теперь я раскрою современные подходы в социальной психологии, описывающие распространенные предрассудки, свойственные «наивной психологии» эмоций. Эти подходы отражают взаимодействие социального познания, интерпретации и предсказания эмоций.

Когнитивная оценка эмоций

Вернемся к примерам, приведенным в начале главы: двое мужчин, каждый из которых переживает разрыв отношений. Более печальный может огорчаться и чувствовать себя одиноким в данный момент, а если спросить, как он будет себя чувствовать через несколько месяцев, легко предположить, что он по-прежнему будет печальным, даже печальнее, чем сейчас. Это пример аффективного прогнозирования, относящегося к предсказанию того, что эмоция будет еще более отрицательной или положительной, чем сейчас (Wilson & Gilbert, 2003).

Изучение аффективного прогнозирования показывает несколько предубеждений или мыслительных приемов, которые приводят к избытку эмоциональных предсказаний. Один из таких факторов – фокализм, то есть склонность больше фокусироваться на отдельной характеристике события, чем рассматривать другие возможные характеристики, способные относительно смягчить эмоциональную реакцию на событие (Kahneman, Krueger, Schkade, Schwarz & Stone, 2006; Wilson, Wheatley, Meyers, Gilbert & Axsom, 2000). Так, некоторые люди могут верить, что если переедут из холодного и пасмурного региона вроде Миннесо-

ты в солнечную Калифорнию, то будут много лет безмерно счастливы. Но они обнаруживают, что после недолгого улучшения их уровень счастья становится таким же, каким был в Миннесоте. Это потому, что они сосредоточились на одном факторе (солнечная погода), игнорируя другие, например базовые взаимоотношения и условия работы.

Другая важная характеристика аффективного прогнозирования – предубеждение воздействия, относящееся к тенденции переоценивать эмоциональное воздействие событий (Gilbert, Driver-Linn & Wilson, 2002). Человек может предсказывать, что позитивное событие приведет к длительному позитивному аффекту, а негативное – к длительному негативному. Например, что разрыв отношений приведет к бесконечным негативным переживаниям, но при этом человек может верить, что начало новых отношений приведет к бесконечным прекрасным чувствам. Одно из измерений предсказания эмоций – то, как долго они продлятся, эффект длительности. Вилсон и Гилберт (Wilson and Gilbert, 2003) считают, что предубеждение воздействия включает эффект длительности.

Другой фактор, влияющий на аффективное прогнозирование, – игнорирование иммунитета, то есть тенденция игнорировать чью-то способность справляться с негативными событиями. Например, Гилберт и коллеги (Gilbert et al., 2002) обнаружили, что испытуемые преувеличивают длительность ожидаемого негативного эффекта шести гипотетических ситуаций: разрыв любовных отношений, неполученное продвижение по службе, провал на выборах, получение негативной обратной связи в свой адрес, отчет о детской смертности, отказ потенциального работодателя. Вилсон и Гилберт (Wilson & Gilbert, 2005) не признают силу копинг-стратегий (таких как редукция диссонанса, мотивированное рассуждение, эгоцентричная атрибуция, самоутверждение и позитивные иллюзии), смягчающих воздействие негативных жизненных событий (Gilbert, Pinel, Wilson, Blumberg & Wheatley, 1998, p. 619). Например, после разрыва отношений с девушкой мужчина может уменьшить негативное воздействие этого события, утверждая, что без нее ему лучше (редукция диссонанса); рассматривая себя как желанного для женщин теперь, когда он свободен (эгоцентричные атрибуции); подкрепляя свою надежду, убеждая себя и других в том, что лучшее впереди (самоутверждение), и предсказывая, что его профессиональная и личная жизнь теперь улучшится (позитивные иллюзии). Хотя можно поспорить, что эти поправки связаны с когнитивными искажениями или рационализациями. Также они могут смягчать негативное воздействие разрыва. Более того, непредвиденные хорошие события тоже вероятны, и это может привести к более позитивному исходу.

Между тем отдельные люди склонны больше переживать об утратах, чем ценить выигрыш, – это феномен, известный как избегание потери (Kahneman & Tversky, 1984). Знаменитая фраза «Мы страдаем от потерь больше, чем радуемся приобретениям», подтверждается литературой, основанной на фактах. При изучении реакций на проигрыш и выигрыш в азартных играх люди преувеличивали негативное воздействие проигрыша, не видя в себе способности его рационализировать и предполагая, что они не будут переживать потери долго; на самом деле они справлялись с проигрышами лучше, чем ожидали (Kermer, Driver-Linn, Wilson, & Gilbert, 2006). В результате избегания потери люди могут застрять в неприятной ситуации, переоценивая свое плохое самочувствие, если в конце концов они жалеют, что отказались от принятия потери.

Другой фактор эмоционального прогнозирования – аффективная эвристика, форма эмоционального мышления, когда человек использует актуальную эмоцию, чтобы предсказать эмоцию будущую (использует актуальную эмоцию как якорь) или предсказывает будущие

эмоциональные реакции, основанные на том, как он чувствует себя в данный момент (Finucane, Alhakami, Slovic & Johnson, 2000). Аффективная эвристика помогает объяснять больший риск, связанный с «приятным» поведением. Например, незащищенный секс приятен, если рассматривать его как менее рискованный (Slovic, 2000; Slovic, Finucane, Peters, & MacGregor, 2004). Это может объяснять и оценку значимости или безопасности разных вещей, в зависимости от того, что человек чувствует («Я знаю, что это опасно, потому что мне тревожно»).

Кроме того, люди могут оценивать свои будущие эмоциональные реакции, основываясь на актуальном оценивании неопределенности: чем большую неопределенность чувствует человек, тем больше плохого ожидает (Bar-Anan, Wilson, & Gilbert, 2009). Нетерпимость к неопределенности – ключевой фактор стоящего за ней беспокойства, навязчивых мыслей и обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), из чего можно заключить, что неопределенность относительно негативного результата может лежать в основе способа мышления, подкрепляющего негативные схемы. Например, незнание наверняка того, как человек будет себя чувствовать, если сейчас он чувствует себя плохо, впоследствии может усилить негативное аффективное прогнозирование.

Наконец, многие люди не принимают во внимание ценность альтернативы того, что есть, и того, что будет, предпочитая маленький выигрыш сейчас большому выигрышу впоследствии. Игнорирование времени относится к акценту на актуальных событиях или доступности вознаграждения и уменьшению ценности отложенного удовлетворения (Frederick, Loewenstein & O'Donoghue, 2002; McClure, Ericson, Laibson, Loewenstein & Cohen, 2007; Read & Read, 2004). Предубеждение в пользу настоящего может внести свой вклад в требование немедленного удовлетворения, непереносимость дискомфорта, а также трудность быть настойчивым, выполняя сложное задание, и деморализацию относительно достижения целей (O'Donoghue & Rabin, 1999; Thaler & Shefrin, 1981; Zauberman, 2003). В своем крайнем проявлении решение о регулировании эмоции может стать близоруким: человек может полностью сосредоточиться на немедленном уменьшении неприятного чувства, выбирая, в конце концов, самопораженческий вариант, такой как злоупотребление психоактивными веществами или переядание. Будущие награды до такой степени не принимаются во внимание, что единственной стоящей альтернативой кажется ближайшая. Одно из проявлений близорукого игнорирования времени – «ловушка непредвиденных обстоятельств», когда человек попадает в круг неожиданных происшествий и, как следствие, развивает в высшей степени самопораженческую привычку. Модель такой ловушки применима к поведению зависимых: при воздержании мгновенно возникает боль, тогда как употребление наркотического вещества дает немедленное удовлетворение; в результате – более сильный стимул к употреблению вещества и готовность платить все больше по мере привыкания к растущим дозам (Becker, 1976, 1991; Grossman, Chaloupka & Sirtalan, 1998).

Когнитивные оценки и эвристика, подобные этим, – важные компоненты эмоциональных схем. Они вносят свой вклад в веру в то, что эмоции долговечны, неконтролируемы и нуждаются в том, чтобы их немедленно устранить или подавить. Как это ни странно, эмоции возникают, чтобы исчезнуть: они чаще быстро увядают, чем оказываются стойкими. Эмоция длится недолго, пока не возникнет следующая (Wilson, Gilbert & Centerbar, 2003). Предсказания, как долго человек будет несчастным после разрыва отношений, потери работы,

при работе, физической травмы или конфликта с лучшим другом, обычно переоценивают силу эмоции. Данные свидетельствуют, что после значительных жизненных событий и счас-

тье, и несчастье недолговечны. Исследования жизнестойкости демонстрируют, что подавляющее большинство людей возвращаются в прежнее состояние после серьезных негативных жизненных событий, что показывает: травмы разрешаются с помощью разных процессов копинга (Bonanno & Gupta, 2009). Кроме того, люди различаются по способности восстанавливаться после травмы или потери отчасти благодаря регуляторной гибкости – способности мобилизовать адаптивные процессы, чтобы справиться с трудностями (Bonanno & Burton, 2013). Это говорит о том, что процессы копинга могут быть важнее кратковременного опыта болезненной эмоции.

Терапия эмоциональных схем старается расширить спектр регуляторной гибкости, чтобы возникновение эмоции необязательно приводило к аффективному предсказанию очень сильных реакций или самопораженческих стратегий регуляции, а скорее стало бы возможностью использовать широкий спектр адаптивных интерпретаций и копинг-стратегий. Данная терапия освещает проблематичные теории актуальной эмоциональной реакции и показывает, как они относятся к бесполезным стилям копинга, закрепляющим неблагоприятное. В следующих главах исследуются разнообразные техники для работы с рядом подобных представлений об эмоциях и предлагаются более полезные стратегии для совладания с эмоциями, которые оказываются беспокоящими.

Структура этой книги

Глава 1 показала, как эволюционная теория, социальное конструирование, исторический и культурный контекст могут влиять на убеждения, стратегии и приемлемость разных эмоций. Следующие две главы посвящены терапии эмоциональных схем (глава 2) и их общей модели (глава 3). В части II (главы 4 и 5) описаны первичная оценка и социализация согласно модели. В части III приведены конкретные эмоциональные схемы и рассмотрено, что с ними делать. В главе 6 речь идет о проблемных убеждениях, относящихся к действию валидации, их происхождению, а также рассказано, что делать с этими убеждениями в терапии. В главе 7 дан обзор стратегий модификации нескольких типов эмоциональных схем: тех, что касаются понятности, длительности, контроля вины/стыда и принятия. В главе 8 обсуждается неизбежность амбивалентности, исследуется, как эмоциональный перфекционизм и нетерпимость к неопределенности делают очень трудной для людей жизнь со смешанными чувствами. В главе 9, последней в части III, показано, как модель эмоциональных схем связывает некомфортные эмоции с ценностями и достоинствами, которые способны помочь отдельным людям переносить необходимость вызовов осмысленной жизни. Часть IV я посвятил ревности (глава 10) и зависти (глава 11), потому что эти эмоции порой становятся настолько проблематичными, что из-за них люди убивают самих себя или других. Я мог бы обсудить с вами много других эмоций – унижение, вину, негодование или гнев, но ревность и зависть часто включают и эти эмоции, а потому, в соответствии с их социальной природой и предположительной эволюционной и культурной значимостью, они представляются наиболее подходящими для этой модели. В последних двух главах (12 и 13) дан обзор того, как эмоциональные схемы могут быть связаны с отношениями в парах и терапевтических отношениях.

Заключение

В последнее десятилетие в связи с достижениями в нейробиологии эмоций, изучении когнитивных моделей, диалектической поведенческой терапии, терапии принятия и ответ-

ственности, эмоционально ориентированной терапии, терапии, основанной на ментализации и других подходах, от когнитивно-поведенческой до психодинамической психотерапии эмоции, и эмоциональная регуляция приобретали все большую значимость в психологии. Я предложил идею, что компонентом разворачивающегося процесса переживания эмоции являются интерпретация и оценка этой эмоции, а также использование полезных и бесполезных стратегий эмоциональной регуляции. Я обозначаю эти понятия и процессы как эмоциональные схемы.

В западной философской и культурной традиции эмоции и рациональность на протяжении длительного периода рассматривались отдельно: одни люди утверждали, что эмоция вливается в целенаправленное, рациональное и полезное действие, другие видели в ней источник значения и межличностной связи. Однако за несколько последних столетий западные концепции и рекомендуемые стратегии совладания с эмоциями серьезно изменились, а некоторые эмоции, такие как ревность и смелость, утратили свой статус. Наконец, я предложил идею о том, что социальная психология эмоций и выбора способна помочь пролить свет на некоторые случаи предвзятости в интерпретациях эмоций и предсказании будущих эмоций. В заключительной части книги показано, как индивидуальные различия в эмоциональных схемах могут объяснять психопатологию, избегание, неподчинение и иное проблематичное поведение и как помощь отдельным людям в понимании и модификации эмоциональных схем может углубить их опыт в терапии и помочь справиться с трудным опытом, необходимым для развития.

Итак, начнем с основных принципов терапии эмоциональных схем.

Глава 2

Терапия эмоциональных схем: общие соображения

Он повидал все, он испытал все чувства, от восторга до отчаяния,

Ему было даровано видеть великую тайну, секретные места,

Древнейшую жизнь до Потопа.

Гильгамеш, 2500 гг. до н. э.

В традиционных когнитивных моделях эмоция предшествует когнитивному содержанию, сопровождает его или является его следствием (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; D. A. Clark & Beck, 2010). Например, когнитивная модель депрессии предполагает, что когнитивная модель с негативным взглядом на себя («Я неудачник») приводит к грусти, беспомощности или отчаянию. Когнитивная модель панического расстройства предполагает, что интерпретации interoцептивных ощущений (стук сердца, напряжение мышц, головокружение) приводят к росту тревоги (D. M. Clark, 1996; D. M. Clark, Salkovskis, & Chalkley, 1985; D. M. Clark et al., 1999; Salkovskis, Clark, & Gelder, 1996). Когнитивная модель ОКР предполагает, что переоценка угрозы при некоторых опасениях («Я заразился») вместе с представлениями о собственной ответственности за мысль или потребности в нейтрализации либо устранении любой возможности события приводят к порочному кругу оценки мысли, угрозы, нетерпимости к неопределенности и провалу попыток контроля (Salkovskis & Kirk, 1997). Наконец, когнитивная модель расстройств личности подчеркивает веру в свои личные качества («Я беспомощный» или «Я неполноценный») и качества

других («Они ненадежные» или «Они отвергающие»), за которыми следуют проблематичные стратегии совладания (избегание, амбивалентность) (Beck, Freeman & Davis, 2004).

Модель эмоциональных схем распространяет данные когнитивные модели на оценку эмоций и стратегии совладания с ними. В этой новой модели утверждается, что сами эмоции могут представлять собой *объекты* познания – рассматриваться как *содержание*, которое изучается, контролируется или используется человеком (Leahy, 2002, 2003b, 2009b). Такой подход выводится из области социального познания с акцентом на моделях намерения, нормальности, социального сравнения и процессах атрибуции (Alloy, Abramson, Metalsky & Hartledge, 1988; Eisenberg & Spinrad, 2004; Leahy, 2002, 2003b; Weiner, 1974, 1986). Хайдер (Heider, 1958), и его последователи в изучении социального познания особенно интересовались тем, как обычные люди определяют и понимают личность, намерения, причины поведения и ответственность. Модель эмоциональных схем продолжает данную традицию. Если человек может утверждать, что метакогнитивная модель (см. ниже) подчеркивает нарушения в модели человеческого разума, то модель эмоциональных схем подчеркивает нарушения в модели эмоций и разума.

В отличие от схема-терапии, предложенной Янгом, Клошко и Вейшааром (Young, Klosko & Weishaar (2003), в центре внимания терапии эмоциональных схем находятся *представления (убеждения) об эмоциях и стратегии их контроля*. Схема-терапия – не теория представлений об эмоциях, а скорее теория *личностных характеристик* самого себя и других; в этом смысле она до определенной степени близка с моделью личностных схем и расстройств личности по Беку и Фримену (Beck et al., 2004). Модель Янга и других предполагает, что люди развивают представления о самих себе (непривлекательный, особенный, неполноценный и т. д.) в результате раннего опыта, формирующего неадаптивные схемы. Эти представления или схемы остаются и поддерживаются путем избегания, компенсации или сохранения.

Модель эмоциональных схем – это не модель личности *per se* (как таковой. – *Примеч. пер.*), а модель представлений об *эмоциях* и стратегиях совладания с ними. Подобно метакогнитивной модели, предложенной Адрианом Уэллсом (Wells, 2009), она предполагает, что у отдельных людей происходит метаэкспериментальная обработка собственных эмоций. Вместо того чтобы сосредоточиться на схематическом содержании навязчивых мыслей (например, бросая вызов мысли «Я неудачник»), метакогнитивный подход предполагает, что оценка и контроль навязчивых мыслей приводят к ОКР и другим психологическим расстройствам (Salkovskis, 1989; Salkovskis & Campbell, 1994; Wells, 2009). Когнитивная оценка природы мыслей как *просто мыслей*, а не их содержания подкрепляет ОКР. Безопасное поведение, стратегии подавления мыслей, самоконтроль, самосознание и вера, что мысли неконтролируемы, часто являются результатом проблематичной оценки. Психические расстройства нередко рассматриваются как результат *реакций* на мысли, ощущения и эмоции, а также эмоции, следующие за проблематичной оценкой личностной значимости мысли; ответственности за подавление, нейтрализацию или действия, согласно выводам, следующим из мыслей; смешивание мысли и действия, нетерпимости неопределенности и стандартов перфекционизма (Purdon, Rowa & Antony, 2005; Rachman, 1997; Wells, 2000; Wilson & Chambless, 1999). Модель эмоциональных схем подобна метакогнитивной модели в своем предположении, что оценка эмоций и стратегий их контроля вносят вклад в развитие и сохранение психопатологии.

Терапия эмоциональных схем также опирается на эмоционально фокусированную терапию Гринберга (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg & Watson, 2005) с ее подчеркиванием эмоционального опыта, экспрессии, выражения оценки первичных и вторичных эмоций; с рассмотрением эмоций как относящихся к потребностям и ценностям; с утверждением, что эмоции могут нести в себе значение, подобно идее Лазаруса (Lazarus, 1999) о «центральных темах отношений». Но терапия эмоциональных схем является конкретно метаэмоциональной (метакогнитивной), потому что обращается к *представлениям об эмоциях* и к тому, как они действуют. Данный акцент – не только процесс выражения по Роджерсу, подтверждение и безоценочное позитивное отношение, но также внутренняя теория эмоций. Это напоминает подход Готтмана, Катца и Хувена (Gottman, Katz, & Hooven, 1997).

Например, терапевт эмоциональных схем может проверить мнение, что болезненные эмоции – это возможность развить более глубокие и значимые эмоции, или противоположное мнение, что болезненные эмоции – знак слабости и неполноценности. Терапия, сфокусированная

на эмоциях, использует выражение и оценку эмоции как основные техники; так делает и терапевт эмоциональных схем. Но терапия эмоциональных схем рассматривает оценку как процесс, затрагивающий когнитивную (схематическую) оценку эмоции. Таким образом, подтверждение ведет к признанию того, что эмоции пациента не уникальны, а их выражение не ведет к перегрузке; что при оценке чувств вины и стыда обычно становится меньше и что оценка, как правило, помогает пациенту увидеть, что в чувствах «есть смысл». То есть оценка приводит к изменениям в *убеждениях*, касающихся эмоций, а это далее способно привести к изменению самой эмоции (Leahy, 2005c).

Существуют параллели между терапией эмоциональных схем и терапией принятия и ответственности АСТ (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Подобно АСТ, терапия эмоциональных схем подчеркивает роль избегания и неудачных попыток подавления. Но метакогнитивная модель эмоциональных схем дает подробные описания скрытых теорий в уме человека и предлагает конкретные поведенческие эксперименты, чтобы проверить гипотезы, непосредственно вытекающие из этих предположений о психике и ощущениях.

Стоит отметить, что здесь появляется расхождение между метакогнитивным подходом и подходом АСТ в использовании осознания и применения наблюдающей позиции по отношению к мыслям и чувствам как терапевтической интервенции. Подобным образом терапия эмоциональных схем также использует наблюдающий и отстраненный подход, чтобы скорее замечать и принимать эмоцию как «событие», нежели пытаться ее избежать и подавить. В придачу к использованию принятия и осознания терапия эмоциональных схем подчеркивает важную связь между эмоциями и ценностями, поощряя клиентов к прояснению ценностей и достоинств, которые для них важны, чтобы трудные эмоции становились выносимыми.

АСТ – это поведенческая модель психопатологии, подчеркивающая функциональность поведения и убеждений, экспириенциального избегания, гибкости и контекстуального характера функционирования личности. Признавая огромную ценность этих понятий, модель эмоциональных схем стремится прояснить индивидуальные представления или теории человека, касающиеся эмоций. В этом смысле она действительно выделяет содержание – *содержание теорий эмоций*. Например, если пациент верит, что его эмоции будут длиться

долго, они не имеют смысла или постыдны, терапевт сотрудничает с ним, исследуя пользу и достоверность его представлений. Более того, экспериментальное избегание, которое является важным компонентом АСТ и терапии поведенческой активации, в терапии эмоциональных схем понимается как сохранение проблематичных представлений об эмоциях (например, веры в то, что эмоции опасны, неконтролируемы и должны подавляться). В модели терапии эмоциональных схем опыт влияет на представления об эмоциях, например на веру в их длительность, опасность, на потребность их контролировать. Модель АСТ не сосредоточена на содержании мыслей об эмоциях и не объясняет теорию эмоций пациента.

Подход терапии эмоциональных схем может быть интегрирован в широкий спектр когнитивно-поведенческих моделей, включая терапию Бека, АСТ, диалектическую поведенческую терапию (DBT), терапию активации поведения и иные подходы с акцентированием на конкретных представлениях пациента об эмоциях и его стратегиях совладания с ними. Например, терапевт эмоциональных схем может использовать активацию поведения, исследуя представления пациента о том, какие эмоции будут активироваться, об их длительности и потребности их контролировать.

Основные темы терапии эмоциональных схем

Терапия эмоциональных схем предполагает, что у людей есть внутренние теории эмоций и их регулирования. В данной терапии акцент делается на прояснении и модификации теории эмоций конкретного человека с использованием оценки или сократовского диалога, проверочных тестов, поведенческих экспериментов и других вмешательств, помогающих нормализовать эмоцию, переждать, связывать эмоции с ценностями и находить адаптивные способы их выражения и оценки. В социализации пациента соответственно модели терапии, терапевт отмечает, что сама по себе эмоция не может быть проблемой; таковой скорее является оценка, страх и потребность в избегании эмоции с помощью проблематичных стратегий контроля. Все люди иногда грустят, но лишь некоторые впадают в депрессию. Все тревожатся, но только у некоторых развивается генерализованное тревожное расстройство. У всех бывает иррациональный страх заражения, но лишь у некоторых начинается ОКР.

Модель эмоциональных схем обращает внимание на семь тем.

1. Болезненные и трудные эмоции универсальны.
2. Эмоции возникли, чтобы предупреждать нас об опасности и сообщать о наших потребностях.
3. Стоящие за эмоциями убеждения и стратегии (схемы) определяют влияние конкретной эмоции на рост или сохранение самой себя либо других эмоций.
4. Проблематичные схемы включают катастрофизацию эмоции, мысли о том, что она не имеет смысла, и рассмотрение ее как постоянной или неконтролируемой, постыдной, свойственной данному человеку и требующей, чтобы ее держали при себе.
5. Стратегии контроля эмоций, такие как попытки их подавить, игнорировать, нейтрализовать или устранить, употребляя психоактивные вещества либо переедая, помогают утвердить негативное убеждение, что эмоции – невыносимый опыт.

6. Выражение эмоций и их оценка полезны, поскольку способствуют их нормализации и универсализации, улучшают понимание, дифференцируют разные эмоции, ослабляют вину и стыд, укрепляют представление о том, что эмоции – выносимый эмоциональный опыт (Leahy, 2009b).

7. Научение тому, чтобы признавать болезненные эмоции и формировать толерантность к фрустрации, в терапии эмоциональных схем может пониматься как часть модели расширения возможностей человека, то есть роста самооффективности и более глубокого осмысления жизни.

Давайте рассмотрим каждый из этих пунктов.

Болезненные эмоции универсальны

Терапия эмоциональных схем рассматривает трудные эмоции – грусть, тревогу, ревность, неприязнь и зависть – как универсальный опыт. Сложно представить человека, прожившего жизнь, не испытав каждую из них. Универсальность эмоции предполагает, что пациент не один (трудные эмоции бывают у каждого) и что болезненные эмоции – часть того, чтобы быть человеком и жить полной жизнью. Цель терапии – более полная жизнь; такая, в которой болезненные эмоции имеют свое место, признаются как часть того, чтобы быть человеком, и как эмоции, отражающие важные ценности. Не бывает «хороших» или «плохих» эмоций, как не бывает «хорошего» или «плохого» голода или возбуждения. Признание универсальности эмоций служит нормализации, подтверждению и поощрению принятия широкого спектра эмоций – вместо того, чтобы их осуждать, подавлять или избегать.

Цель терапии эмоциональных схем не в том, чтобы пациент почувствовал себя счастливым, избавился от грусти или тревоги. Это все равно что сказать человеку с генерализованным тревожным расстройством или ОКР, что цель терапии – устранить навязчивые мысли. Скорее цель в том, чтобы пациент смог признать болезненные и трудные эмоции, принять их как часть опыта полной жизни, оценить, не обесценивая, избежать катастрофизации эмоций и признать, что эмоции временны, а также использовать их как проводник в следовании важным для человека ценностям и достоинствам. Вместо того чтобы рассматривать терапию как попытку почувствовать себя хорошо, терапия эмоциональных схем помогает пациенту развить способность чувствовать *все*.

Признание болезненных эмоций частью человеческой жизни иногда проходит нелегко. Это может казаться банальностью, чем-то избитым и не стоящим упоминания. Но подтверждение, что жизнь трудна, а некоторые вещи в ней могут переживаться как невозможные и что отчаяние – эмоция, которую испытывал почти каждый, предполагает, что если это чувство есть почти у всех, должны быть и продуктивные способы совладения с ним. Если болезненные эмоции есть почти у каждого, значит, почти каждый их преодолевает. Если жизнь иногда переживается как ужасная, это не значит, что в жизни нет смысла и надежды.

Попытка нормализовать трудные эмоции и признать, что они – часть того, чтобы быть человеком, подразумевает, что людям не нужно воспринимать болезненные эмоции в качестве признака психопатологии или психического расстройства. Эмоции – не черты личности, они – опыт, который приходит и уходит; реакция на ситуацию или ее оценку. Как голод – не черта личности, так и эмоция может исчезать, когда меняются условия, модифицируются перспективы или перенаправляется внимание. Более того, универсальная природа эмоций

предполагает, что в случае многих жизненных проблем болезненная эмоция – это призна- ние проблемы.

Например, в конфликте с другом человек может чувствовать злость и грусть. Вероятно, это его человеческая реакция на разрыв близких отношений. Значит, происходящее *имеет значение*. Но человек может реагировать на произошедшее, преувеличивая природу конф- ликта и думая, что это навсегда, что это провал. Однако «увеличивающие» реакции на соб- ственную реакцию на фрустрацию, гнев и грусть и есть то, что приводит к более длитель- ным проблемам. Такому пациенту терапевт эмоциональных схем может сказать: «Многие из нас грустили бы (злились, были обижены), если бы это случилось. Вы человек, и это ваши чувства». Терапевт может спросить: «Я вижу, что ваша грусть имеет смысл, но мне ин- тересно, почему она так сильна и что для вас значит, раз вы чувствуете себя настолько пло- хо?» Рефрейминг грусти, показ ее нормальности при одновременном исследовании интен- сивности сообщает, что некоторую степень грусти можно признать частью человеческой жизни, а интенсивность грусти может быть исследована и, вероятно, модифицирована. Есть разница между «Почему вам грустно?» и «Почему вы чувствуете всепоглощающую грусть?»

Например, зависть – обычное чувство, из-за которого люди часто смущаются или чувствуют вину. Им трудно признавать свою зависть; они скорее сосредоточатся на человеке, которо- му завидуют, и на его недостатках. Зависть – осуждаемая эмоция; с ней часто связаны на- вязчивые мысли, вина, грусть и злость. Модель эмоциональных схем предполагает, что за- висть – универсальная эмоция, которая может использоваться продуктивно или непродук- тивно. Непродуктивное использование влечет за собой избегание человека, которому

которому завидуют, его критику или попытку нанести ему ущерб. Навязчивые мысли, жало- бы и чувство вины – тоже непродуктивные варианты использования зависти. Напротив, принятие зависти как части человеческой жизни, ее превращение в восхищение и стремле- ние достичь того же, может стать мотивирующим и повышающим эффективность опытом. Такие проблематичные социальные эмоции, как ревность и зависть, более полно обсужда- ются в главах 10 и 11, а пока достаточно того, что зависть не хороша и не плоха, это просто часть человеческой жизни.

Можно помочь пациентам в универсализации, рассматривая примеры эмоций в лиричес- ких песнях, поэзии, пьесах, романах или рассказах, которые они слышат от друзей и членов семьи. Например, ревность, еще одна осуждаемая эмоция, – тема многих литературных и музыкальных произведений. Людей она привлекает, потому что перекликается с их соб- ственным опытом. Действительно, способность человека идентифицироваться с героями ис- торий делает эти истории еще более привлекательными. Ведь там рассказывается «наша история».

Эмоции возникли, чтобы предупреждать нас об опасности и сообщать о наших потребностях

Терапия эмоциональных схем основывается на эволюционной модели, согласно которой эмоции и способы их выражения развились, потому что помогали защищать представите- лей биологических видов (Cosmides & Tooby, 2002; Ermer, Guerin, Cosmides, Tooby & Miller, 2006; Tooby & Cosmides, 1992). Эмоции – не патология или ненормальность, не признаки болезни (Nesse, 1994). Это генетически заданная, универсальная адаптация к вызовам в эволюционно релевантном окружении (Nesse & Ellsworth, 2009). Например, страх открытых

пространств (часто характеризующий людей, страдающих агорафобией) был адаптивным в окружении, где открытые пространства означали опасность нападения хищников. Потенциальные предки людей, пересекавшие такие пространства, не учитывая опасность встречи с хищником, сильнее рисковали быть увиденными и атакуемыми и, таким образом, исчезнуть, не передав свои гены. Тревога перед публичным выступлением была адаптивной в первобытном окружении, где принятие на себя доминантной роли перед незнакомцами могло рассматриваться как оскорбление и угроза и, соответственно, привести к возмездию. Грусть была адаптивна, потому что говорила нашим предкам о том, что нет смысла продолжать действие, которое снова и снова приводит к неудаче. Гнев и агрессия были адаптивны, потому что помогали защищаться в борьбе с конкурирующими видами, способными захватить территорию и источники продовольствия, убить человека или его родню. Ревность была адаптивна, потому что защищала «родительское инвестирование», лишала соперников доступа к сексу и продолжению рода.

Терапия эмоциональных схем часто включает исследование того, какой смысл могла иметь эмоция с точки зрения эволюции. Например, беспокойство и тревога о безопасности детей могут иметь смысл, потому что у родителей, которые сильнее беспокоились о будущем потомства, оно с большей вероятностью выживало. Один из вопросов, которые можно задать: «А если бы у наших предков не было такой эмоции? Им грозили бы какие-то негативные последствия?» Например, у доисторических родителей, которые не беспокоились о своих малышах, не реагировали на их крик, дети с большей вероятностью могли удалиться в опасный лес, хищники могли напасть на них – и они не выжили бы, чтобы оставить потомство. У предков, не способных ревновать, «воровали» бы партнеров. Они могли не оставить потомства, потому что уменьшалась возможность передачи генов. Эмоция отвращения тоже была адаптивна, потому что помогала древним людям избегать заражения. Неприязнь к грязи – частому предмету страхов у людей с ОКР – была адаптацией, помогавшей избежать болезни, и может рассматриваться как еще одна форма бдительности (Tuybur, Lieberman, Kurzban & DeScioli, 2013).

Кроме того, эволюционная модель подчеркивает автоматическую и рефлексивную природу эмоций. Терапевт может указать на то, что есть смысл в автоматическом и мгновенном характере страха высоты, который не полагается на осознание и намерение. Отскочить от края утеса более адаптивно, чем ждать и думать об этом. И страх змей, проявляющийся в моментальной панике и отскакивании назад, адаптивнее, чем спокойное, более разумное принятие решения о том, ядовита ли змея. Таким образом, первая реакция человека может быть естественным ответом, несмотря на его ум и знания. Эмоции тем и хороши, что способствуют быстрой реакции. Они предупреждают, мотивируют, побуждают, характеризуются автоматизмом и знанием без раздумий (Hassin, Uleman & Bargh, 2005). Действуя медленно, они не могли бы эффективно помочь нашим предкам избежать опасности и спастись от хищников. Эмоции – первые реакции, которые быстро разворачивают действия спасения и удаления. Они существуют потому, что спасали жизни. В современной ситуации эмоции могут выглядеть чрезмерными реакциями, но они сформировались, так как их быстрое и мощное действие было полезно для выживания видов.

Сообщение пациентам заключается в том, что эмоции – нечто, существовавшее тысячелетиями в эволюционном процессе благодаря своей адаптивности. Страх незнакомцев, страх перед открытыми пространствами, грусть потери, отчаяние из-за неудачи, потеря интереса в сексе, злость на обиду – все эти эмоциональные реакции адаптировались к проблемам в эволюционно релевантном окружении.

Рассмотрим, например, женщину с нервной булимией, которая заявляет, что чувствует себя «голодающей», если не ела несколько часов. Она начинает тревожиться, паникует и объедается. Какой смысл могут иметь данная последовательность эмоций и поведение с эволюционной точки зрения? Ответ заключается в том, что вплоть до прошлого века подавляющее большинство людей жили на уровне прожиточного минимума; голод и плохое питание были типичны, обжорство в таких условиях редко рассматривалось как проблема. Отдельные люди, наголовавшись, могли объесться (и по совпадению имели более медленный обмен веществ) и так с большей вероятностью избегали голода. Гиперреакция на чувство голода в виде паники была адаптивна в условиях эволюции, как и медленный обмен веществ, потому что калории накапливаются, и это спасает от голода. Тут мы снова возвращаемся к вопросу: как эта эмоция могла быть адаптивной для наших предков? Другими словами, что в эмоции хорошего?

Социальные эмоции, такие как унижение, ревность и зависть, тоже могут рассматриваться с точки зрения эволюции. Унизить коллегу в иерархии доминирования – значит транслировать остальным членам группы, что этот человек больше не пользуется даваемыми статусом привилегиями или даже членством в группе. Таким образом, страх унижения – естественный страх, потому что потеря статуса или исключение из группы приводит к потере ресурсов и защиты (Gilbert, 1992, 2000b, 2003). Зависть тоже может рассматриваться в эволюционном ключе (Hill & Buss, 2008). Так как наши предки принадлежали к иерархиям доминирования, потеря статуса, которую человек мог переживать в сравнении с другим членом группы, который статус получал, уменьшала количество преимуществ, которые он мог иметь. Члены группы с более высоким статусом получали больший доступ к потенциальным сексуальным партнерам и еде, а также привилегии в том, чтобы за ними ухаживали другие члены группы, и значит, больше шансов иметь потомство. Статус давал реальные преимущества. Более того, борьба за статус (что характерно для завистливых людей) будет естественной реакцией, потому что способность двигаться вверх дает вышеописанные преимущества. И далее: незаслуженный более высокий статус или привилегия может активировать естественное предпочтение честности или справедливости в распределении благ, что приводит к попыткам восстановить справедливость, наказывая или отвергая тех, кто представлялся получившим неполюженные ему преимущества (Voehm, 2001). Так, вместо чувства вины или смущения из-за зависти в терапии эмоциональных схем у пациентов поощряют понимание эволюционной ценности данной эмоции и естественной тенденции включаться в борьбу за доминирование, возможности того, что зависть может мотивировать становиться более эффективными и стратегически действующими (вместо того чтобы без конца думать, избегать, жаловаться).

Эволюционная модель эмоций обращается к ряду проблематичных представлений об эмоциях (например, эмоциональных схем). Если происхождение эмоций эволюционное и адаптивное, это может помочь в нормализации эмоций, смягчить чувство вины, помочь людям понять, почему они чувствуют то, что чувствуют, подтвердить, что эмоции имеют смысл, принять, что эмоции – это естественные реакции. Но эволюционная модель не предполагает, что люди не способны изменить свои эмоциональные реакции на ситуации или модифицировать их, когда они активизировались (Pinker, 2002). Скорее эволюционная модель – первый шаг, чтобы помочь пациентам признать: они переживают естественные реакции (которые могут быть перенастроены), а используя множество техник, доступных в терапии эмоциональных схем, могут изменить свои эмоциональные реакции.

Например, рассмотрим эмоциональную реакцию застенчивого пациента, когда он в первый раз встречается с незнакомцем. Пациент может сообщить, что тревожится и не чувствует себя в безопасности. Интерпретация с эволюционной точки зрения может сообщить ему, что чувства тревоги и незащищенности имели смысл для предков, когда незнакомцы могли нести угрозу или убить. Первыми реакциями, которые могли у них возникнуть, были тревога, неуверенность, стремление избежать встречи. Кроме того, социальная тревога может поддерживаться «умиротворяющим» поведением: тихим голосом, опущенными глазами, изменением позы, извинениями и колебаниями в выражении своего мнения (Eibl-Eibesfeldt, 1972). Такое поведение сообщит незнакомцам, что человек не представляет угрозы. Это будет автоматическим первоначальным эволюционным откликом. Но в терапии эмоциональных схем возникают вопросы. Как автоматический эволюционный отклик становится гиперреакцией на актуальную ситуацию? Являются ли угрозой члены группы, с которой предстоит встретиться пациенту? Они убийцы? Есть ли у них желание унижить пациента? Эмоции настоящие, но они могут быть основаны на ложной тревоге, говорящей о настоящих опасностях, с которыми сталкивались наши предки и которых сейчас нет. Эти реакции срабатывали в прошлом, а сейчас неэффективны. Они могут быть правильными реакциями, но в неподходящее время. Хотя сигнализирующие об угрозе эмоции основаны на стратегии «лучше перестраховаться, чем проворонить», их чрезмерное распространение может мешать человеку жить продуктивно и получать важный опыт. Знание пациентом того, что он испытывает эмоцию, и того, почему она возникла, необязательно должно привязывать его к этой эмоции.

В данной книге в ходе обсуждения модели эмоциональных схем фокус делается на грусти и тревоге. Но, как отмечалось ранее, социальные эмоции, такие как стыд, вина, унижение, ревность и зависть, – повсеместный и беспокоящий опыт. В целях экономии места в главах 10 и 11 я сосредоточусь на ревности и зависти – в основном потому, что в литературе по когнитивно-поведенческой терапии им уделено меньше внимания, а также потому, что эти сильные эмоции могут приводить к абьюзу, убийству и суициду. Ведь из-за этих чувств люди убивают.

Представления об эмоциях определяют их воздействие

Модель эмоциональных схем предполагает, что представления человека о длительности, подконтрольности, переносимости, понятности, нормальности и других характеристиках эмоций влияет на то, будет ли он тревожиться по поводу испытываемой эмоции или способен выдерживать ее как временный внутренний опыт. Эта модель помогает пациентам распознавать, как конкретные интерпретации и суждения об эмоциях способны ускорить последовательность неадаптивных копинг-стратегий, которые парадоксальным образом поддерживают негативные представления об эмоциях. Любая категория эмоциональных схем приводит к трудностям в выдерживании эмоционального опыта. Как встревоженный человек может быть необъективен при определении угрозы в своем окружении («Самолет упадет», «Надо мной посмеются», «Партнер меня бросит»), подобный процесс происходит и во внутреннем опыте. Для многих людей с тревожными или депрессивными расстройствами само *переживание* тревоги является угрожающим. Человек с паническим расстройством верит, что нарастание его тревоги – знак того, что у него будет сердечный приступ или он сойдет с ума. Это нужно немедленно проконтролировать. Женщина в состоянии депрессии, которая, оставшись одна, чувствует грусть, верит, что грусть невыносима и является знаком того, что жить на свете не стоит. Она верит, что должна немедленно избавиться от этой эмоции, и поэтому все время думает, пытаясь понять, что происходит. Женщина с ОКР

верит, что нарастание у нее тревоги и наплыв мыслей, когда она касается «зараженной» поверхности, – признаки того, как невыносимо это действие. В каждом случае опыт переживания тревоги рассматривается как угрожающий, ужасный и предвещающий рост опасности. И в каждом случае данный опыт подобен сигнализации, срабатывающей на дым. Это ложная тревога. Пациент с негативными схемами эмоций думает, что дымовая сигнализация – это пожар. *Сам сигнал опасен.* Такова форма мышления: «Если я тревожусь, значит, должна быть опасность».

Здесь можно поспорить. Функциональность тревоги в том, что она мотивирует человека что-то предпринять, чтобы избежать ситуаций, которые действительно могут оказаться опасными. В крайнем случае просто мысль о том, что нечто опасно, может дать мотивацию (необходимый дискомфорт), чтобы сделать что-то другое. Это вроде компьютера, который регистрирует или замечает приближение ракеты. Если в программном обеспечении нет инструкции, как этого избежать, компьютер – лишь обращенная в мир камера. Дисфункциональные эмоциональные схемы (тревога нарастает бесконтрольно и не может быть принята) были адаптивны постольку, поскольку они автоматически (без раздумий и задержки) активизировали защитные и наступательные реакции. Без них мы не выжили бы как вид.

Эмоции – реакция в некоем контексте. Грусть возникает, когда человек переживает потерю; страх – реакция на смертельную угрозу, тревога – на возможную неудачу, злость – на унижение и оскорбление. У каждой эмоции есть своя причина: человек грустит о том, что он один; злится на то, что его оскорбили. Прояснение целей, которые заблокированы или находятся под угрозой, помогает пациенту идентифицировать вопросы, относящиеся к эмоции. Например, сердиться из-за транспорта – значит, возможно, переоценивать «появление в месте назначения вовремя», испытывая сильную неприятную эмоцию. Дальнейшее исследование, о чем эта злость, может привести к проблематичным мыслям (например: «Эти люди идиоты», или «Ну что они стоят на пути?», или «Я никогда не добиваюсь, чего хочу»). Эмоции имеют цель; исследование назначения эмоций и стоящего за ними смысла помогает их модифицировать.

Иногда пациенты чрезмерно идентифицируются с эмоцией («Я злой человек», «Я грустный»), вместо того чтобы учитывать контекст ее возникновения («Я сержусь, потому что думаю, что меня кто-то оскорбил»). Некоторые люди рассматривают свои эмоции как черты, которые останутся у них всегда. Это похоже на то, как многие рассматривают свою возможность действовать как нечто зафиксированное либо способное постепенно меняться (Chiu, Hong & Dweck, 1997; Dweck, 2000).

Ценность помещения эмоции в контекст в том, что это способствует большей гибкости при оценке эмоции и реакции на нее (Hayes, Jacobson & Follette, 1994; Hayes et al., 2006, 2012). Поскольку каждый из нас испытывает разнообразие эмоций, нет особого смысла идентифицировать свое Я с конкретной эмоцией. Если эмоции – это не Я, должно быть что-то в ситуации или в том, как ее оценивают, что ведет к такой реакции. Ситуации и оценки могут меняться, эмоции тоже. Это имеет прямое отношение к оценке эмоции, потому что поднимает вопрос ее постоянства во времени, а также уникальности эмоции в конкретной ситуации или ее интерпретации и той степени, в которой эмоции способны меняться. Терапия эмоциональных схем подчеркивает контекст эмоции, ее изменчивость, интерпретацию контекста и возникающие реакции регуляции.

Часто эмоциональные схемы и стратегии регулирования эмоций – это проблемы, а не решения

Пациенты могут считать, что проблема заключается в ситуации («реальности») либо в испытываемых ими эмоциях. Например, мужчина, сидящий один в своей квартире, может думать, что он один и в этом проблема. А то, что он один, значит, что ему должно быть одиноко и грустно. В результате он боится возникновения таких чувств и упорно избегает оставаться в одиночестве, цепляясь за саморазрушительные отношения. В его голове быть одному автоматически означает включение негативных мыслей вроде: «Наверное, я один потому, что я неприятный человек», «Я никому не нужен», «Я всегда буду одиноким». В этой ситуации реальность одиночества «должна» приводить к депрессии. В отличие от представления, что такая ситуация должна привести к грусти и одиночеству, он может считать, что большая проблема – говорить себе о том, что он одинок. Таким образом, более традиционные техники когнитивной терапии способны помочь направить мужчину в сторону оценки тенденции к сверхгенерализации, катастрофизации, навешиванию ярлыков и занятию предсказаниями. Возможно, не надо менять ситуацию (или избегать ее), а скорее развить более адаптивные способы ее рассмотрения.

При этом с тех пор, как ощущения грусти, одиночества, пустоты и отчаяния активизировались, этот человек может начать использовать их проблематичные «решения». Сюда входят такие стратегии, как попытка подавления, игнорирования, нейтрализации или устранения эмоций с помощью психоактивных веществ или переедания. Или он будет снова и снова думать на тему, «как мне решить эту проблему самостоятельно». Веря, что трудные эмоции можно устранить мгновенно, он думает, что такое решение – единственное. Однако решения сами стали проблемами вместе с проблематичными схемами.

Так как применяемые стратегии контроля эмоций снижают их интенсивность лишь на время, эмоции возвращаются, подтверждая, что проблема сложнее, чем мужчина думал. Он может активизировать использование таких стратегий, как навязчивые мысли или алкоголь, но эмоции все равно возвращаются. Тогда уже мысль об их возвращении заставляет его еще больше тревожиться и сильнее бояться своих чувств, а грусть, тревога и отчаяние усиливаются.

В отличие от проблематичных стратегий контроля эмоций, используемых этим одиноким мужчиной в своей квартире, терапевт эмоциональных схем помогает усвоить наличие и разнообразие стратегий, которые не подавляют эмоции, а учат думать и действовать, принимая их как данность. Например, терапевт может предложить этому человеку принять эмоцию как «фоновые помехи», звук или песню «на заднем плане», пока он занимается другими делами. Наблюдая за эмоцией (как он наблюдал бы за фоновым шумом), он учится принимать ее как временный опыт, при этом отдаваясь другому опыту. Таким образом, пациент может использовать осознанность, отстраняясь от эмоции и «слыша мелодию», которая играет. Отстранение позволяет пациенту наблюдать, как эмоция приходит и уходит. Кроме того, другие дела могут стать вознаграждением: прослушивание музыки, упражнения, чтение, тренировки, общение с друзьями, планирование. Все это может происходить, пока эмоция «играет на заднем плане». То есть пока мужчина находится в своей квартире с болезненными эмоциями на заднем плане, он способен выполнять упражнения, активизирующие позитивные эмоции, например упражняться в благодарности. Сосредоточившись на ней, он перестанет подавлять переживание одиночества и скорее признает, что его жизнь достаточно велика, чтобы вмещать весь спектр чувств.

Валидация влияет на другие эмоциональные схемы

Терапия эмоциональных схем подчеркивает важность одобрения со стороны терапевта и самоодобрения пациента. Валидация здесь понимается как признание элемента правды в мыслях и чувствах человека. Другими словами: «Я понимаю, почему ты так думаешь и почему в твоих мыслях и чувствах есть смысл». Например, пациент, который жалуется на чувство одиночества, грусть и отчаяние, когда находится один в квартире, сообщает о своих мыслях и чувствах по этому поводу. Подтверждающий терапевт может сказать: «Я могу понять, почему вы думаете, что ваше одиночество будет длиться вечно, и почему это вас сильно огорчает». Подтверждение не равносильно согласию. Терапевт не говорит: «Ваше одиночество будет длиться бесконечно». Он скорее скажет: «В ваших чувствах есть смысл, а учитывая ваши мысли, есть смысл и в том, что вы чувствуете себя обескураженным». Валидация – это попытка быть зеркалом, отражающим мысли и чувства пациента. Но оно не только зеркалит происходящее у пациента внутри, но и предлагает окно для иного опыта, другого смысла и эмоций.

Наше исследование, подробно описанное в главе 3, показывает, что валидация коррелирует с большинством других измерений терапии эмоциональных схем. Пациенты, которые верят, что их одобряют, верят и в то, что могут выражать свои эмоции, что их эмоции не являются неподконтрольными, в них есть смысл, и что они могут выдерживать смешанные эмоции, принимать переживаемое. Кроме того, одобрение связано с меньшим количеством навязчивых мыслей и обвинений, более низким уровнем депрессии и тревоги.

Почему одобрение эмоций человека так важно? Неудивительно, что выражение и одобрение близки, хотя выражение само по себе не очень коррелирует с депрессией, тревогой, навязчивыми мыслями и большинством других эмоциональных схем. В противоположность теории эмоций, основанной на катарсисе, имеет значение не просто *выражение* эмоций, но и когнитивные компоненты одобрения. Например, человек, получающий подтверждение, понимает, что выражает эмоции, но они не выйдут из-под контроля и не будут длиться вечно. Вероятно, потому что выражение без одобрения лишь переживается как все, утрачивающие силу (и фрустрирующие), приводя к росту интенсивности выражения. Далее это приводит к большей депрессии, тревоге и злости. Выражение с подтверждением позволяет человеку верить, что в его эмоциях есть смысл и что другие люди могут чувствовать то же самое. Так как навязчивые мысли часто представляют собой стратегию придания эмоции смысла, валидация может «замкнуть» повторяющуюся фиксацию на мысли или чувстве: «Если для вас в моих эмоциях есть смысл, в них должен быть смысл». Одобрение достигает важных целей. Парадоксальным образом некоторые люди не хотят одобрять того, кто жалуется; они утверждают, что одобрение лишь поощрит постоянные жалобы. Хотя интуитивно в этом можно видеть смысл, обоснование спутывает выражение и одобрение. Если человек выражает неприятные чувства в надежде получить одобрение и если одобрение происходит, дальнейшее выражение ни к чему. Это подобно постулату теории привязанности: постоянный плач ребенка, не получающий ответа, приводит к тому, что плач продолжается, а успокоение плачущего младенца «завершает систему», как мог бы казать Боулби (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Валидация завершает и систему, в которой идет поиск разделенного смысла.

Проблемные убеждения относительно валидации я рассматриваю в главе 6. Терапия эмоциональных схем подчеркивает валидацию не только как ценный компонент терапевтических отношений, но и как действенное орудие модификации эмоциональных схем, устранения проблематичных стратегий регуляции эмоций. Терапевт эмоциональных схем будет

часто говорить в своих комментариях, что в эмоциях пациента есть смысл, а его убеждения (если они верны) могут быть беспокоящими, что другие могут чувствовать то же самое,

же самое, что важно быть услышанным и понятым.

В некоторых случаях пациенты сами себя обесценивают, говоря, что они не имеют права чувствовать то, что чувствуют, что они «просто жалуются», потому что «слабые» и «гадки», раз испытывают такие эмоции (Leahy, 2001, 2009b). Самообесценивание – другая стратегия контроля эмоций, основанная на вере в то, что «если я высмею свои чувства, они уйдут». Это может напоминать обесценивание со стороны родителей, которые в детские годы пациента относились к нему пренебрежительно («Это неважно»), критично («Ты как маленький») или не справлялись с собственными проблемами («Мне и моих забот хватает»). Самообесценивание не поможет увидеть смысл в эмоции и нормализовать ее, добавляет самокритики и, как следствие, депрессии, а также тревоги в новую смесь эмоциональных проблем, с которыми приходится мириться. Люди, обесценивающие себя, могут чувствовать стыд, раскрывая собственные эмоции и мысли, пытаться избавиться от эмоций и держать их при себе, боясь быть униженными. Терапевт эмоциональных схем знает об этой проблеме и будет обращаться к нежеланию, которое чувствует пациент, делаясь мыслями и чувствами: «Я понимаю, что временами кажется естественным держать эмоции при себе и скрывать свои мысли. Есть масса причин для того, чтобы люди что-то скрывали. Вероятно, вы не чувствуете, что готовы. Вам требуется время, чтобы понять, что вы чувствуете и думаете; или вас беспокоит, как яотреагирую. Интересно, вы думали о сдерживании эмоций и о том, чтобы держать все при себе?»

Подтверждение страха самораскрытия позволяет пациенту узнать, что терапевт понимает и принимает его нежелание раскрываться, что он открыт для обсуждения происходящего.

Расширение личных возможностей – цель терапии эмоциональных схем

Ключевой элемент любой когнитивно-поведенческой модели – то, что пациента направляют к поведению и опыту, которые могут переживаться как некомфортные, вызывающие страх, беспокоящие. Так включается экспозиция с предотвращением реакции при лечении ОКР, длительная экспозиционная терапия посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), поведенческая активация в терапии депрессии, экспозиция interoцептивными стимулами в лечении панического расстройства и конфронтация иерархии пугающих стимулов при лечении конкретной фобии. Дисконфорт, фрустрация и отвращение (в некоторых случаях) – средства достижения цели. То есть неприятный эмоциональный опыт – это инструмент,двигающий пациентов вперед. Однако многие приходят на терапию с целью избавиться от дискомфорта и устранить фрустрацию, а в результате некоторые не будут подчиняться постоянным экспозиционным техникам или преждевременно бросать терапию. Модель эмоциональных схем предполагает, что терапия продуктивно сосредоточена на целях личностной эффективности, более полном смысле жизни и достижении желаемых целей. Я обозначаю все эти цели, вместе взятые, как «расширение личных возможностей», предполагая, что помощь пациентам в приобретении большего контроля над способностью участвовать в выполнении трудных заданий даст им возможность приходить к большему смыслу жизни. Скорее эта модель предполагает, что развитие способности выдерживать трудные эмоции как средство для достижения цели будет полезнее фокусирования на ослаблении неприятной эмоции. Другими словами, подобно АСТ и DBT, терапия эмоциональных схем

предполагает, что желание делать трудные шаги, стремясь к целям, которые высоко ценятся, – подход, более полезный для пациентов.

Модель расширения возможностей, приведенная здесь, предполагает, что пациент задаст три вопроса (Leahy, 2005d, 2013): 1) «Чего я хочу?»; 2) «Что мне надо сделать, чтобы это получить?»; 3) «Хочу ли я это сделать?»

Так, пациенту, который хочет похудеть на 20 фунтов (цель), придется есть меньше и тренироваться больше (что нужно сделать). Вопрос в том, хочет ли пациент делать то, что для этого необходимо. Эмоциональный дискомфорт, самодисциплина, личные жертвы и принятие фрустрации – составные части соглашения.

Терапевт эмоциональных схем прямо конфронтирует вопрос готовности: «Вы готовы делать то, чего не хотите делать, чтобы получить желаемое?» Действительно, он может сказать пациенту: «Цель заключается в том, чтобы каждый день делать то, чего вы не хотите делать, чтобы развить самодисциплину, которая необходима, чтобы достичь того, что для вас важно». Здесь модель выступает скорее за формирование жизнестойкости, чем за то, чтобы поставить целью комфорт.

Терапевт может сделать главной целью формирование толерантности к дискомфорту (своего рода «психическую мышцу»), чтобы пациент каждый день настаивал на высокой ценности мысли: «Я человек, делающий то, что делать трудно».

Терапевт может предположить, что источник настоящей гордости – преодоление препятствий, а не достижение чего-то или обладание чем-то: «Подумайте о том, что вы сделали в своей жизни [примеры: родить ребенка, закончить колледж, помочь другу или больному члену семьи, усвоить навык]. Какие из этих дел были связаны с дискомфортом и фрустрацией?» Вероятно, каждое дело приводило к значительному дискомфорту. И продолжить: «Гордость приходит, когда мы выдерживаем дискомфорт, делая то, что трудно, чтобы достигать целей, которые имеют для нас ценность».

Здесь особенно полезны два понятия – конструктивный дискомфорт и успешное несовершенство (Leahy, 2003, 2005d). Конструктивный дискомфорт относится к переживанию некомфортного опыта на пути к достижению ценимого результата. Один из примеров – готовность пережить дискомфорт интенсивных упражнений, чтобы улучшить свою физическую форму. Успешное несовершенство включает готовность неустанно участвовать пусть в неидеальном поведении, но зато двигаясь к целям, которые мы ценим. Здесь снова готовность к регулярным упражнениям, даже если это неполная разминка, может продвинуть пациента, который хочет сбросить вес, ближе к цели иметь лучшую форму. Пациентов поощряют ежедневно отслеживать опыт выполнения некомфортных упражнений и видеть, что они – часть более широкой палитры движения к значимым целям. Акцент сдвигается с позитивных чувств, комфорта или переживания счастья к способности эффективно использовать дискомфорт. Терапевт может спросить: «Если вам все равно придется чувствовать дискомфорт, почему бы благодаря этому чего-нибудь не достичь?»

С точки зрения расширения возможностей данный подход предполагает развитие эффективного инструментального поведения и самооэффективности. Он включает следующие аспекты: ориентацию на будущее, ориентацию на цель, решение проблем, личную ответственность, личную отчетность, инвестирование в дискомфорт, откладывание удовольствия,

настойчивость, планирование, риск, продуктивность, научение и трудности, а также гордость за сделанное. Вот определение этих аспектов.

- *Ориентация на будущее* – работает на будущую награду.
- *Ориентация на цель* – устанавливает ясные цели и поддерживает сосредоточение на них.
- *Решение проблем* – рассматривает фрустрацию как возможность решить проблему.
- *Личная ответственность* – задает стандарты поведения (например, стандарты того, что правильно и нравственно) и формирует восприятие человека как ответственного за свои действия.
- *Личная отчетность* – позволяет оценивать себя соответственно вышеназванным стандартам и рассматривать себя как ответственного за результат, когда это уместно.
- *Инвестирование в дискомфорт* – рассматривает дискомфорт как необходимую инвестицию в личный прогресс.
- *Откладывание удовольствия* – готовность отложить удовлетворение, чтобы получить награду позже; другими словами, готовность «делать накопления» на будущее.

Модель расширения личных возможностей представлена на рис. 2.1.

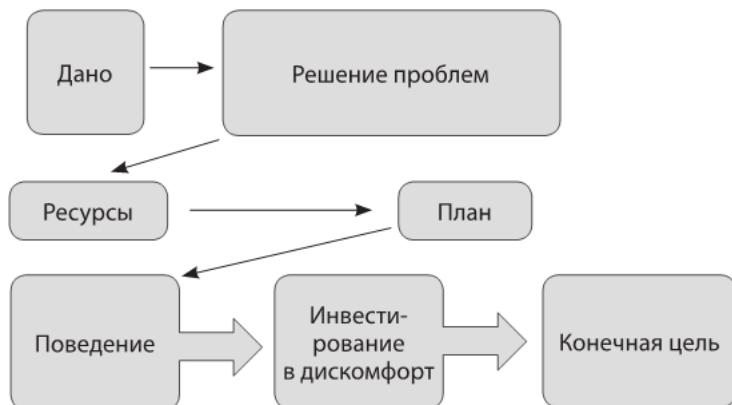


Рис. 2.1. Расширение возможностей и эмоции

Заключение

Терапия эмоциональных схем повествует не о том, чтобы хорошо себя чувствовать, быть счастливым и жить идеальной жизнью. Она признает, что полнота жизни означает множество эмоций: одни могут быть радостными, другие грустными, а некоторые переживаются как ужасные. Не бывает привязанности без потерь, нет обретения смысла без возможности утратить иллюзии и стремления без фрустрации. Терапия эмоциональных схем подчеркивает мудрость этих слов: «Через это нужно пройти и двигаться дальше». Она поощряет каж-

дого пациента рассматривать себя скорее как человека, делающего то, что трудно, чем как человека, который ищет легкие пути. Модель эмоциональных схем включает такие понятия, как «конструктивный дискомфорт», «успешное несовершенство», «психическая устойчивость», «сохранение ориентации на свои ценности» и «наблюдение за трагедией» как компоненты устойчивости и полноценной жизни.

Если бы люди могли справляться только с ситуациями, лишенными стресса, на свете уже не было бы человечества. Наши предки ежедневно сталкивались со смертью и боролись за пропитание, хищники нападали на них, соседи насильовали и убивали. Жизнестойкость была, вероятно, обычным человеческим качеством, иначе первобытные люди просто легли бы и умерли. Но этого не произошло. Они справлялись с трудностями и выживали. Главная тема терапии эмоциональных схем: жизненные трудности тяжело выносить, они ранят, лишают нас иллюзий и приводят к тому, что мы испытываем весь спектр эмоций. Признание факта, что это часть имеющей смысл жизни, помогает человеку нормализовать, подтвердить и принять ее высокую цену.

Глава 3

Модель эмоциональных схем

Самые лучшие и прекрасные вещи в мире не увидишь и не потрогаешь.

Их нужно чувствовать сердцем.

Е. Келлер

В этой главе описано, как теории эмоций можно дополнить социально-когнитивными моделями. (После краткого обзора других теорий эмоций я исследую специфические аспекты концептуализации эмоций и стратегии их регуляции, а также их связь с психопатологией.)

Модель эмоциональных схем в сравнении с другими теориями эмоций

Гросс (Gross, 1998, 2002) предположил, что регуляция эмоций может происходить в нескольких точках общей цепочки событий. Он рассматривает стратегии регуляции эмоций, «сосредоточенные на предшествующем событии» и «сосредоточенные на реакции», то есть стратегии, направленные на то, чтобы справиться с проблемой, и на совладание с проблемой после того, как возникла эмоция. Сначала люди могут предпочесть выбор менее беспокоящих ситуаций – избежать того, что запускает проблемные эмоции. Например, мужчина, переживающий разрыв отношений, может избежать мест, куда он и его партнерша ходили вместе. Хотя избегание способно снизить тревогу и стресс, если полагаться на него, это уменьшает возможность наград за успешное преодоление препятствий. Также люди могут выбрать модификацию ситуаций с помощью решения проблем или активации поведения, например, включаясь в другое, более вознаграждающее поведение или, как в случае с расставанием, в отношения с новыми людьми. На самом деле решение проблем – часто используемая копинг-стратегия (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010, 2012a, 2012b). Однако не все стрессовые ситуации можно исправить с помощью модификации или решения проблемы. Так что нежелательные эмоции все же могут возникнуть.

Когда такие эмоции возникли, люди могут предпочесть отвлечься от стимулов, вызывающих трудности. Но в целом отвлечение не является эффективной стратегией совладания с

жизненными неурядицами. Или они могут использовать когнитивную реструктуризацию, чтобы оценить ситуацию по-новому. В примере с разрывом отношений мужчина может поискать преимущества ситуации, оценить бывшую партнершу более негативно или рассмотреть другие варианты как более благоприятные. Когнитивная реструктуризация – отличительная черта когнитивной терапии; есть свидетельства того, что это эффективно, хотя даже с рациональной реструктуризацией могут возникнуть трудные эмоции. Наконец, люди могут преобразовать свои эмоциональные отклики или попытаться их контролировать путем подавления, например, когда человек, переживающий разрыв отношений, злоупотребляет психоактивными веществами или старается «перестать чувствовать себя так плохо». Гросс и Джон (Gross and John, 2003) обнаружили, что переоценка ситуации может быть более эффективной, чем подавление эмоции; фактически подавление вело к росту активности симпатической нервной системы.

Выдвинутая Лазарусом модель оценки стресса предполагает, что люди переживают стресс как результат оценки внешнего давления (стрессоров), которому они противостоят (Lazarus, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Эта оценка способности справиться предполагает, что в стрессе есть когнитивный компонент, но в модели Лазаруса акцент сделан на *внешних* источниках трудности. Модель эмоциональных схем предполагает, что люди могут отличаться в том, как они оценивают свой опыт переживания стресса. Например, могут оценивать стресс (тревогу, фрустрацию) в разных измерениях, таких как длительность, понятность и контролируемость. Эти оценки, то есть эмоциональные схемы или представления об эмоциях, могут возвращаться в виде реакции на стресс, которая увеличивает или уменьшает интенсивность его переживания. Так, если я верю, что моя фрустрация в совладании с трудной ситуацией пройдет быстро, что она понятна и контролируема, я не буду волноваться сильнее. И наоборот, если я верю, что моя фрустрация будет длиться неделями, что она непонятна и выйдет из-под контроля, я переживу дополнительный стресс. В самом деле, можно почувствовать еще больший стресс из-за дополнительного стресса, запустившего каскад стрессового опыта и его оценок (см. рис. 3.1).

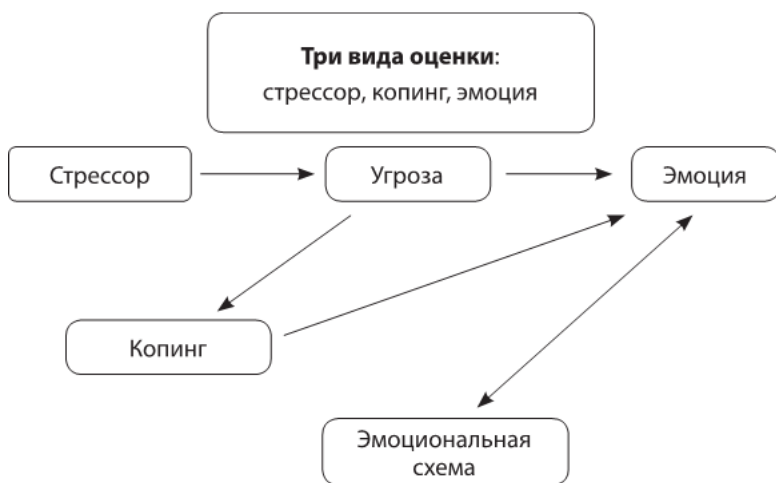


Рис. 3.1. Оценка стрессора, копинга и эмоции

Эмоциональные схемы в данной модели отличаются от эмоциональных схем, описанных Гринбергом и его коллегами в модели терапии, сфокусированной на эмоциях (напр., Greenberg & Safran, 1987, 1989, 1990). В модели Гринберга эмоции имеют когнитивное содержание, которое может иметь ценность, то есть эмоции активизируются и говорят нам что-то о значении опыта.

Например, эмоция грусти может «содержать» мысль: «Я всегда буду один». Модель эмоциональных схем опирается на важные идеи модели Гринберга, но определяет схемы как понятия, оценки и стратегии, которые отдельные люди задействуют, *обращаясь* к своим эмоциям. Признавая, что вызов эмоции часто активизирует ассоциирующиеся с ней мысли (что также соответствует модели эмоций Бека), модель эмоциональных схем делает еще один шаг к исследованию того, каковы индивидуальные представления человека о самой эмоции. Модель эмоциональных схем – это социально-когнитивная модель, в которой эмоции являются *объектами*, а не *источниками* мыслей и образов. Так мы можем узнать, что человек думает о длительности, контролируемости и понятности эмоции. Именно эти представления особенно интересны терапевту.

Готтман и его коллеги по эмоционально сфокусированному подходу идентифицируют метаэмоциональные «философские» представления, которые могут иметь родители об эмоциях своих детей (Gottman, Katz & Hooven, 1996). Самая позитивная философия такого рода – эмоциональный коучинг, состоящий из пяти компонентов: осознание даже эмоции низкой интенсивности в себе и другом, рассмотрение негативной эмоции ребенка как возможности стать для него более близким и значимым человеком, подтверждение эмоций ребенка, помощь в обозначении эмоции, решение проблем и постановка целей вместе с ребенком (Gottman et al., 1996). Готтман идентифицировал и другие проблематичные реакции на детские эмоции, такие как пренебрежение, презрение/критика и непереносимость. Пренебрегающий родитель минимизирует эмоции ребенка («Не беспокойся. Это не так страшно»); презирающий и критикующий навешивает на ребенка ярлык чудака и незрелого («Прекрати вести себя как маленький»); а неспособный это вынести родитель реагирует, указывая на собственные трудности с данной эмоцией («Я не могу с этим справиться. У меня своих проблем полно»).

Исследования эмоционального коучинга показывают, что он облегчает физиологический процесс эмоциональной регуляции у ребенка. Некоторые из них говорят о том, что представления родителей об эмоциях детей в значительной степени влияют на их стратегии воспитания и результаты для детей (Dunsmore & Halberstadt, 1997; Eisenberg, Cumberland & Spinrad, 1998; Halberstadt et al., 2013; McGillicuddy-De Lisi & Sigel, 1995). Хальберштадт и ее коллеги (Halberstadt et al., 2013) разработали опросник «Родители об эмоциях детей», включающий семь шкал: «Цена позитива», «Цена гнева», «Манипуляция», «Контроль», «Родительские знания», «Автономия», «Стабильность». Было выявлено, что эти измерения имеют непосредственное отношение к родительским практикам социализации детей.

детей. Модель эмоциональных схем опирается на готтмановскую модель метаэмоциональной философии, распространяя ее на измерения объяснений, оценки и интерпретации, а также на стратегии представлений об эмоциях и их регуляции.

Модель эмоциональных схем опирается и на теории атрибуции о причинах событий и стабильности эмоций (Alloy et al., 1988; Jones & Davis, 1965; Kelley, 1973; Weiner, 1986). Таким образом, несколько интересующих нас измерений – это верят ли люди, что их эмоции ха-

рактены для них и, по сути, отличительны (отсутствие консенсуса), являются ли причины данных эмоций внешними, а сами эмоции – неизменными (сохраняющимися в разных ситуациях), то есть стабильными; можно ли, приложив усилия, их контролировать. Другие измерения оценки предполагают вопрос, есть ли смысл в эмоциях (понятны ли они), являются ли они опасными или вредными, длются ли они долго и постыдны ли. Кроме того, люди могут иметь представление о ценности выражения эмоций и о том, подтвердят ли их окружающие (или будут презирать и унижать из-за них). Некоторые люди считают, что эмоции – пустая трата времени, что человек всегда должен быть рациональным и что эмоции мешают. Другие думают, что не способны выносить смешанные чувства и должны определиться, что они действительно чувствуют.

Модель эмоциональных схем признает, что эмоции возникли и эволюционировали, потому что в истории вида были адаптивными – снабжали людей детекцией опасности, быстрыми и интуитивными реакциями, а также средствами для решения проблем. Например, агорафобия, сопровождаемая сильной тревогой и тенденцией к ступору, избеганию или бегству, – это адаптивное приспособление для защиты от нападения хищников там, где индивид уязвим (на открытых или в закрытых пространствах с заблокированным выходом). Аналогичный характер носит большинство распространенных страхов: воды, собак, молнии, высоты, пауков. Это адаптивные страхи, защищающие от смертельной угрозы. Модель эмоциональных схем стремится нормализовать множество эмоций (включая тревогу, грусть, гнев, ревность, зависть и стыд) как чувства, возникшие и автоматически включающиеся, когда возникает релевантный для человека стимул или ситуация. Как показано в главе 2, эволюционная модель эмоций помогает нормализовать – и даже признать универсальными – эмоции и увидеть в них смысл, тем самым признавая эмоциональный опыт человечества, делая эмоции понятными и уменьшая вину, стыд, другие чувства.

Эволюционная и биологическая модели эмоций иногда противопоставляются социально-конструктивной модели: утверждается, что эмоции обусловлены биологически либо когнитивно и культурально. Модель эмоциональных схем признает ценность обоих подходов. Она рассматривает биологическую обусловленность и универсальность эмоций как информацию, говорящую о том, что эмоции понятны и нормальны, и, таким образом, обращается к когнитивным аспектам: как увидеть смысл в эмоции и сделать ее легитимной. Например, зависть (часто осуждаемая эмоция) в модели эмоциональных схем связана с биологическими универсалиями иерархии доминирования, борьбой за статус и ресурсы, настаиванием на честном распределении. Модель также относит эмоцию зависти к социальным конструкциям, бесосновательно осуждающим ее как «постыдную». Таким образом, у человека могут быть сконструированные социальные представления о биологически заданных эмоциях и о том, что их вызывает.

Кроме того, многие люди придерживаются модели эмоционального перфекционизма. Они верят, что их эмоции могут быть ясными, тотально подконтрольными, удобными, «хорошими» и полностью приемлемыми. Эмоциональный перфекционизм относится к модели теории психики, которую я обозначаю как чистый разум. Люди, придерживающиеся веры в чистый разум, считают, что у них не должно быть нежелательных, навязчивых мыслей; «антисоциальных» чувств; фантазий, которые кажутся «нечистыми», «аморальными», или противоречивых и запутанных ощущений, мыслей или эмоций. Модель эмоциональных схем предполагает, что эмоции часто представляют собой хаотичный каскад запутывающего шума и непредсказуемого опыта вроде вертящегося калейдоскопа восприятия и ощущения и что попытки обладать чистым разумом приведут только к неудаче в подавлении и конт-

роле непредсказуемого. Чистый разум – это допущение, которое стоит за непереносимостью смешанных чувств («Да, но я не знаю, что на самом деле чувствую»), вины и стыда из-за мыслей и образов («Что со мной не так, если у меня такие чувства?») и веры в то, что эмоции недоступны пониманию («Ума не приложу, что со мной не так»).

Иллюзии чистого разума сродни экзистенциальному перфекционизму, вере в то, что жизнь должна следовать идеальным курсом, а человеку следует понять, «что он должен делать». За этим стоят допущения о том, что есть некий путь, которым человек должен идти, любовь и труд должны быть идеальными, конфликты в отношениях – это всегда плохо, а выбор должен давать однозначное направление. Экзистенциальный перфекционизм – вечно живая философия, касающаяся того, каким должен быть жизненный опыт человека. Например, тому, кто столкнулся с рядом желанных альтернатив, приходится трудно, потому что он думал, что должен найти «настоящую страсть» и определить, «чем должен заниматься», что ему не придется идти на компромиссы. Он верил: конфликты в паре означают, что отношения обречены, вместо того чтобы думать, что они являются частью отношений. Он был уверен: амбивалентность – плохой знак, вместо того чтобы думать, что она часто неизбежна.

Следующие главы этой книги покажут, как экзистенциальный и эмоциональный перфекционизм, а также чистый разум вносят свой вклад в проблемные убеждения и конкретные эмоции и ведут к бесполезным стратегиям эмоциональной регуляции.

Примеры, иллюстрирующие модель в действии

Рассмотрим следующую предполагаемую ситуацию. Меньше чем через год работы Джону говорят, что он уволен. Компания сокращала штат, но проверка показала смешанные результаты, и некоторое время он сам был недоволен работой. Джон замечает у себя некоторые физические ощущения: ускоренное дыхание, учащенный пульс, пустоту в желудке. Он думает, что увольнение вызвало сильную эмоциональную реакцию, но не уверен в том, какие эмоции испытывает. Он чувствует себя возбужденным, хочет что-нибудь бросить или ударить, стремится поговорить со своей (теперь бывшей) начальницей, но думает, что это будет унижительно. К тому же понимает, что ему нечего сказать. Джону хотелось бы позвать своего друга Эда, но он чувствует стыд и смущение, думая, что будет досаждать Эду своими заботами. Джон замечает у себя много мыслей: «Не могу поверить, что меня уволили» и «Не могу поверить, что они могли это сделать, ничего не объяснив». А еще он думает: «Моя начальница – нарцисс; для нее ничто и никогда не было достаточно хорошим» и «Без этой работы мне только лучше». Но потом замечает другие мысли: «Я буду безработным, несчастным» и «Ничто мне не помогает». Он начинает думать: «Я чувствую злость, тревогу и грусть, совсем запутался. И еще я почему-то чувствую облегчение». Эти разные мысли кажутся Джону конфликтующими, потому что он верит, что чувство должно быть всегда одно: «Я не могу понять, что на самом деле чувствую». Джон начинает размышлять и заикливается на эмоциях, пытаясь понять свои чувства. Ему становится стыдно из-за тревоги, он думает, что ощущать тревогу и грусть – признак слабости. Ему все меньше хочется обсуждать это с Эдом и другими друзьями.

Джон изучает свое чувство тревоги: «Наверное, я так тревожусь потому, что не знаю, что теперь будет». Но потом он начинает думать, что тревога – следствие слишком большого количества выпитого кофе: «Может, это из-за кофеина?» А еще задается вопросом: «Беспокойные чувства вызваны внешними событиями или чем-то происходящим внутри меня?»

Джон не знает точно, почему тревожится, в итоге грустит, сердится, чувствует себя запутавшимся и при этом испытывает некоторое облегчение: «В этом нет смысла. Я должен чувствовать что-то одно. Какая-то путаница!» Он начинает размышлять о своих эмоциях, пытается понять, что чувствует на самом деле: «Мне легче оттого, что меня уволили, потому что я ленивый? Я *хотел*, чтобы меня уволили?»

Джон думает, будет ли его тревога продолжаться бесконечно: «Я не могу каждый день жить с таким уровнем тревоги. Я не справлюсь». Он боится, что из-за тревоги не сможет спать, хорошо работать или сосредоточиться на том, что нужно делать. Его воображение наполняется мыслями об опасности, когда он начинает думать, что сойдет с ума и на него наденут смирительную рубашку.

Джон решает держать эмоции под контролем, но начинает плакать. Пытаясь сдержать слезы, он чувствует еще большее напряжение, затем делает самокрутку с марихуаной и говорит: «Это меня успокоит». Он думает: «Я должен успокоиться и взять себя в руки – сейчас же! Или я совсем расклеюсь. Кто знает, чем это кончится?»

Джон беспокоится из-за своей тревоги и грусти, полагая, что эти чувства бесконечны. Он не задумывается о том, что может случиться много других событий. Возможно, он завтра проснется и будет рад, что не нужно идти на работу, нет ни рутины, ни тупика, ни монотонности, ни вечно критикующей начальницы. Он не думает, что почувствует облегчение и сможет пообедать с Эдом или другим другом. Джон не может вспомнить, что другие тяжелые чувства растворились со временем и новым опытом. Ведь эмоции текучи, изменчивы и летучи, постоянно приходят и уходят. Он фокусируется на одном чувстве и одной детали – его уволили. Ему трудно сделать шаг назад и признать, что иные чувства, моменты и общение с людьми однажды заслонят этот опыт. Сосредоточившийся на своей эмоции в конкретный момент времени, он едва ли способен предвидеть, что пройдет и это, поэтому начинает паниковать, желая чувствовать себя лучше и немедленно избавиться от тревоги. Джон видит мир сквозь негативные схемы своих тревожных чувств, схемы, которые привлекают его к настоящему моменту и не дают видеть альтернативы в будущем.

Как показывает эта выдуманная история, у бедняги Джона – целый спектр негативных убеждений и схем, касающихся эмоций. Для него в эмоциях нет смысла. Он не чувствует, что может выразить их открыто, чтобы получить подтверждение, и постоянно думает о своих ощущениях. Ему стыдно, он не может вынести свои смешанные чувства и верит, что они выйдут из-под контроля, будут длиться бесконечно. Джон – хороший пример того, как негативная оценка эмоций способна привести к проблемным копинг-стратегиям. На рис. 3.2 дана модель эмоциональной схемы. В главе 5 я покажу, как эта таблица может использоваться в социализации пациента согласно данной модели.

Давайте изучим рис. 3.2 на примере Джона. Он начинает с широкого спектра эмоций: гнев, тревога, грусть и чувство облегчения. Потом замечает эти чувства и до некоторой степени обозначает их. Затем он рассматривает эмоции как проблематичные. Джон уверен, что нет смысла чувствовать некоторые эмоции (такие как облегчение); испытывает стыд за свою тревогу и грусть. Он думает, что эмоции выйдут из-под контроля и будут длиться бесконечно; не нормализует спектр эмоций и не понимает, что многие люди на его месте чувствовали бы то же самое. У него отсутствует толерантность к своим смешанным чувствам. Джон размышляет, почему он чувствует то, что чувствует, и пытается идентифицировать, что чувствует на самом деле. Интерпретируя свои эмоции негативно, он пытается подавить их, куря

марихуану; избегает людей, потому что стыдится и не хочет быть обузой. Он обвиняет и бывшую начальницу, и себя; размышляет о том, что случилось, чтобы «что-то придумать»; беспокоится о будущем. Джон – яркий пример проблематичного стиля эмоционального реагирования на трудную жизненную ситуацию.



Рис. 3.2. Модель эмоциональных схем

...Представим Мэри, которая замечает, что чувствует себя некомфортно. Возможно, ей трудно определить, что это за эмоция. Сначала она распознает физические ощущения, такие как дрожание пальцев, ускоренное сердцебиение, головокружение. Думая об этих ощущениях и о том, что случилось, она может распознать, что в данный момент чувствует грусть. Первый шаг в проблематичной последовательности эмоциональных схем заключается в том, что грусть Мэри ее озадачивает: она не понимает, что заставляет ее грустить, и начинает оценивать свою грусть негативно: «Я не должна грустить», «Я не имею права грустить», «Никто не стал бы грустить в этой ситуации» и «Никто бы меня не понял». Затем Мэри начинает чувствовать себя беспомощной из-за грусти, потому что не знает ее причину. Потом она думает, что грусть будет продолжаться бесконечно, захлестнет ее, она не справится и потеряет контроль над собой. Мэри велит себе перестать грустить; она сердится на себя за то, что грустит, и это заставляет ее чувствовать себя еще более беспомощной. Затем она решает, что лучше всего избегать поведения, которое обычно доставляло ей удо-

вольствие, потому что ей грустно и нет энергии. Мэри беспокоится, не желая стать обузой для других. Ведь если она грустит, ничто не поможет ей почувствовать себя лучше: «Если я грущу сейчас, я и с друзьями буду грустной». Она самоизолируется и начинает думать о своей грусти, а в результате ей становится еще грустнее. Порочный круг: эмоция – оценка – проблематичный копинг – эмоция (см. рис. 3.3) – обычное следствие неудачи в применении стратегии регулирования эмоции, происходящей из-за проблематичного объяснения своей эмоции.

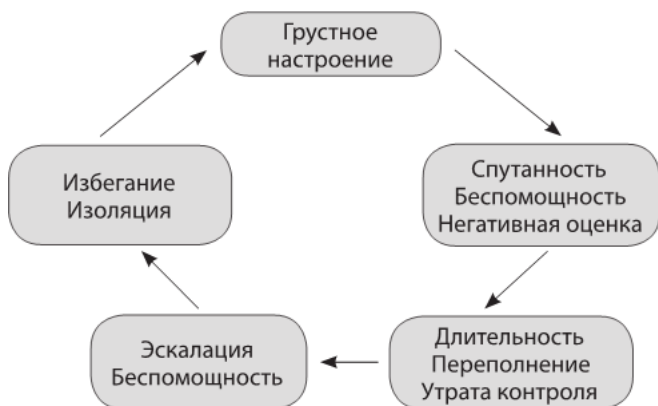


Рис. 3.3. Цикл эмоции и негативных эмоциональных схем для чувства грусти

Сравните сценарий Мэри с тем, который иллюстрирует более адаптивную модель эмоциональных схем и более полезные стратегии совладания со своей грустью. Эта модель показана на рис. 3.4. Согласно ей, Мэри грустит и способна обозначить свою эмоцию как грусть. Кроме того, она может ее нормализовать, потому что видит в ней смысл; способна получить подтверждение от подруги и понять, что ее грусть – типичная реакция (другие люди почувствовали бы то же самое). Мэри верит, что грусть временная и у нее есть пределы, поэтому может на некоторое время ее принять. Нет необходимости подавлять грусть, чтобы избавиться от нее. Мэри не паникует из-за этой эмоции.

Мэри активизирует несколько стратегий эмоциональной регуляции, дающих хорошие шансы на позитивный исход. Она старается понять, есть ли проблема, требующая решения; думает, не интерпретировать ли ситуацию по-новому («Это не катастрофа»); способна отвлечься на другие дела и исправить конкретный момент. В результате применения более адаптивных эмоциональных схем и стратегий эмоциональной регуляции ее настроение улучшается.

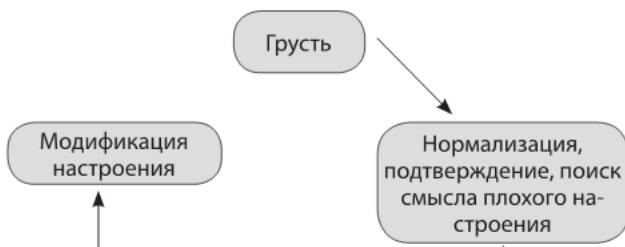




Рис. 3.4. Цикл совладания с грустью, использование адаптивной модели эмоциональных схем

Модель эмоциональных схем основана на идее, что эмоция проходит череду действий, начиная с происшествия, за которым следует эмоциональный опыт (волнение, возбуждение и – как заметил Платон – «душевный трепет») (Sorabji, 2000). Затем может последовать оценка, исследование альтернативных действий или интерпретаций, решение действовать. Кроме того, в *осознании* эмоций можно рассматривать последовательность событий: человек распознает эмоцию, интерпретирует ее, рассматривает ценности и цели, думает об альтернативах усиления или ослабления эмоции.

Теперь рассмотрим альтернативную версию с опытом потерявшего работу Джона. Он замечает, что сердится, грустит, тревожится и чувствует небольшое облегчение. Что происходит? Он потерял работу. И Джон идентифицирует свои цели: найти новую работу, но также получать удовольствие от жизни, пока он безработный. Он рассматривает интерпретации: «Чья это вина?», «Всегда ли я буду безработным?», «Можно ли поискать другую работу – лучше, чем прежняя?», «Как мне проводить время?». Затем Джон решает встретиться с друзьями, дать себе время, чтобы исцелиться, и чем-то заниматься, параллельно ища новое место и думая о будущем. Таким образом, действия в ответ на эмоцию могут включать распознавание возбуждения и эмоций, нормализацию, признание, принятие длительности, понятности и природы смешанных чувств; идентификацию целей и ценностей в значимой работе; принятие на себя ответственности за свою жизнь; приобретение новых навыков и удовольствие от жизни; активацию планов и поведения, которые дадут приятный и значимый опыт.

Модель движения предполагает необходимость задать себе вопрос: «Если возникнет эмоция, о чем я подумаю или что сделаю после этого?» Модель эмоциональной схемы предполагает, что есть два параллельных паттерна движений: один сосредоточен на мыслях и действиях, относящихся к ценностям и целям, другой – на интерпретации, проработке и использовании эмоции; он также имеет отношение к ценностям и целям. Например, врач может спросить пациента об эмоции негодования: «В том, что вы сейчас чувствуете

уваете возмущение, может быть смысл, но как долго вы собираетесь возмущаться? Куда хотите прийти и какими ценностями стремитесь руководствоваться?» Эмоция – только шаг, одно движение в этой последовательности.

Специфические измерения эмоциональных схем

В модели эмоциональных схем существует 14 аспектов концептуализации и оценки эмоции и реакции на нее. Здесь я даю краткий обзор всех этих аспектов, а в следующих главах по-

казываю, как они оцениваются, и представляю техники, которые могут быть использованы в работе с ними.

Длительность

Как долго длятся эмоции? Некоторые люди верят, что переживаемые ими эмоции будут длиться долго – до бесконечности. В клинической практике мы с коллегами часто слышим, как пациенты говорят: «Иногда я боюсь, что если позволю себе сильное чувство, оно не пройдет». Люди, которые верят в долгие эмоции, не воспринимают их как временные и ситуативные. Иногда эмоциональный опыт может рассматриваться как «черты личности» («Я грустный человек»). Вместо того чтобы помочь принять эмоции как временное явление, данный аспект приводит людей к вере в то, что болезненные эмоции могут сохраняться и приводить к страданиям.

Контроль

Некоторые пациенты думают, что их эмоции неконтролируемые и что их нужно подчинять контролю: «Боюсь потерять контроль, если позволю себе некоторые из этих чувств», «Беспокоюсь, смогу ли я контролировать чувства; я просто могу сойти с ума». Для некоторых людей мысль об утрате контроля является пугающей, она заставляет верить, что необходимо сделать все, лишь бы осуществить контроль.

Понятность

Люди часто думают, что в их эмоциях нет смысла. Они запутались в своих чувствах. Например, кто-то может сказать: «У меня есть чувства, которые я не понимаю», «Я не вижу смысла в своих чувствах», «Я думаю, что мои чувства странные или ненормальные», «Мои чувства будто появляются ниоткуда». Не видя в чувствах смысла, люди начинают ощущать себя запутавшимися в опыте, беспомощными, они не знают, что делать.

Консенсус

Некоторые верят, что их эмоции уникальны и переживаются только ими; отсюда вера в то, что они ненормальные или дефектные. Такие люди говорят: «Я часто думаю, что реагирую чувствами, которые у других не возникают», «Я намного чувствительнее окружающих», «Ни у кого нет таких чувств, как у меня». Или они могут спросить: «У других людей бывают такие же эмоциональные реакции, такой же опыт, как у меня, или в моих эмоциях есть что-то необычное?» Нормализация чувств и опыта – важный компонент когнитивной терапии тревоги, ПТСР и ОКР. Если пациенту с ОКР помочь понять, что подобные фантазии и чувства свойственны многим людям, у него уменьшится склонность к негативному обозначению своих навязчивых мыслей (Salkovskis & Kirk, 1997). В модели эмоциональных схем признание факта, что у других бывают аналогичные чувства, – это форма подтверждения, то есть процесс, призванный ослабить депрессию и тревогу.

Вина и стыд

В какой степени человек переживает стыд, вину или смущение по поводу своей эмоции? Это измерение относится к вере в то, что некоторых чувств у человека быть не должно, и

отражается в комментариях типа: «Испытывать некоторые чувства неправильно», «Мне стыдно за мои чувства». Люди, которые ощущают стыд или вину, могут быть склонны критиковать себя за эмоции, прятать их от других, беспокоиться или грустить по поводу испытываемых эмоций.

Рациональность

Люди, которые больше склоняются к рациональности, чем к переживанию эмоционального опыта, верят, что быть логичным или рациональным – высший способ функционирования. Они думают, что их эмоции можно устранять или контролировать, чтобы они не мешали эффективному решению проблем и деятельности. Примеры акцента на рациональном: «Я должен быть рациональным и логичным во всем», «Вы не можете полагаться на чувства, определяя, что для вас хорошо».

Упрощенный взгляд на эмоции

Некоторые люди верят, что по поводу тех или иных вещей они должны чувствовать что-то одно; им трудно испытывать смешанные чувства. В ряде случаев это принимает одну из форм отдельного мышления о самих себе («Я совсем плохой») или других («Он совсем плохой»). Дифференцированный, сбалансированный или комплексный взгляд на себя и других включает осознание того, что у одного и того же человека могут быть разные и конфликтующие качества – в зависимости от ситуации и времени. Потому что и конкретный человек, и другие люди изменчивы. Более дифференцированное мышление позволяет скоординировать явно конфликтующие чувства, которые порой неизбежны. Примеры упрощенных взглядов на себя и других: «Я не выношу, когда у меня возникают противоречивые чувства: например, когда один и тот же человек нравится и не нравится», «Испытывая к кому-то противоречивые чувства, я запутываюсь и расстраиваюсь», «Люблю чувствовать полную определенность насчет того, как я отношусь к *самому себе*». Упрощенный взгляд на эмоции отражает двойственный взгляд на опыт: все или ничего.

Ценности

Есть люди, которые подчеркивают ценности и верят, что эмоции – их естественное следствие и что они направляют жизнь. Поэтому необязательно чувствовать себя хорошо, лучше жить жизнью, имеющей смысл. Акцент на ценностях может родиться из экзистенциальной когнитивной модели переработки эмоций. Некоторые люди способны верить, что их тревога, депрессия и гнев помогают прояснить, что для них действительно важно, позволяя эмоциям перерабатываться. Терапия эмоциональных схем предполагает, что ценности помогают выявить значение действия и опыта, чтобы люди узнали, что по-настоящему имеет значение, придать глубину и содержание неизбежным трудностям. Утверждения, которые отражают данный подход: «Есть более высокие ценности, к которым я стремлюсь», «Когда я подавлен и грущу, то задаюсь вопросом, что для меня ценно».

Выражение

Некоторые люди считают, что могут выражать свои эмоции, отпускать их, делиться ими с другими и сообщать о полном спектре испытываемых чувств. Готовность выразить чувства отражает принятие факта о важности эмоций, о том, что они способствуют изменениям и

пониманию. Конечно, простое проживание эмоций не всегда отражает веру в то, что это полезно; это говорит лишь о том, что человек готов и способен выражать эмоции. Примеры такого выражения: «Я верю, что важно позволять себе плакать, чтобы мои чувства выходили», «Я чувствую, что могу открыто выразить свои эмоции».

Валидация

Некоторые люди верят, что есть аудитория, принимающая их эмоции, то есть другие люди их ценят и проявляют эмпатию. Как показано в главе 6, валидация влияет на множество других измерений эмоциональной схемы. Оно нормализует эмоцию, уменьшает вину и стыд, помогает различить эмоции и выяснить, что эмоциональный опыт можно принять и вынести, а также показывает, что в эмоциях есть смысл. Примеры разной степени веры в валидацию: «Другие люди понимают и принимают мои чувства», «Я не хочу, чтобы о некоторых моих чувствах кто-то знал», «Мои чувства никому не нужны».

Принятие

Некоторые люди позволяют себе переживать чувства, тратят мало энергии на их сдерживание. Принятие – лишь признание того, что существующее действительно *существует*. Это позволяет проживать жизнь в этом мире, включая эмоции как часть реальности. Идеальное принятие предполагает отсутствие оценки, контроля или страха; можно отметить стартовый пункт, с которого начинать или не начинать действовать. Принятие подобно тому, чтобы позволить чему-то быть. Примеры комментариев, показывающие разные степени принятия: «Я принимаю свои чувства», «Я не хочу допускать у себя некоторые чувства, но знаю, что они у меня есть».

Обвинение

Типичная реакция некоторых людей на свои негативные эмоции – обвинение в этих чувствах окружающих. Они могут чувствовать, что их провоцируют, поступают с ними нечестно, эксплуатируют, игнорируют, плохо относятся или просто не понимают. Однако в каждом случае причина того, что они чувствуют себя так, как чувствуют, в том, что *кто-то заставил их испытывать эти чувства*. Примеры, иллюстрирующие обвинение: «Если бы другие люди изменились, я бы чувствовал себя намного лучше», «Другие люди вызывают у меня неприятные чувства».

Бесчувственность

Некоторым людям трудно испытывать эмоции; они утверждают, что чувствуют себя оцепеневшими, ничего не чувствуют, оторваны от реальности. В модели эмоциональных схем бесчувственность рассматривается как следствие эмоционального избегания, которое сдерживает

рое сдерживает эмоциональную переработку опыта. Без доступа к прямому опыту эмоции такие люди не способны узнать, что эмоции переносимы, что они не захлестнут и не сделают беспомощным, что эмоции не длятся вечно. Пациенты, переживающие бесчувствие, часто говорят: «Я чувствую себя эмоционально тупым: у меня нет эмоций».

Руминации

Иногда люди застревают на одной эмоции: прокручивают в голове один факт, что они испытывают неприятное чувство, задают себе вопросы без ответа («Что со мной не так?»), снова и снова обращаются к негативному опыту. Руминации могут рассматриваться как проблематичный стиль копинга, попытка совладания с нежелательными мыслями и эмоциями. Люди, которые без конца руминируют, уверены, что нельзя отпустить эмоцию или мысль, что им надо принять решение; они не могут принять, что мысль – это просто мысль, а эмоции носят временный характер (Wells, 1995). Согласно модели эмоциональных схем, руминации – это проблематичная стратегия совладания с неприятной или нежелательной эмоцией, которая заставляет человека буксовать на эмоциональном опыте или воспоминании, снова вызывая негативную эмоцию и не позволяя продуктивно функционировать. Примеры комментариев постоянно руминирующих пациентов: «Чувствуя себя подавленным, я сижу один и думаю о том, как мне плохо», «Я часто спрашиваю себя: “Что со мной не так?”», «Я вечно думаю о своих чувствах или физических ощущениях».

Аспекты отношений с другими когнитивно-поведенческими моделями

Многие из вышеперечисленных аспектов подходят к другим терапевтическим моделям. Так, чрезмерный упор на рациональность и логику или антиэмоциональность рассматривается как проблематичный в моделях катарсиса или фокусирования на эмоциях, но не имеет прямого отношения к когнитивной модели. Модель, сфокусированная на эмоциях, предполагает, что чрезмерная рациональность способна помешать выражению, подтверждению и самопониманию, которые следуют из разрешения выражения эмоций. Модель АСТ (Hayes et al., 2012) понимает чрезмерную рациональность как форму избегания опыта, выстраивая из языка и логики барьеры на пути богатства и смысла получения прямого опыта. Способность осознавать, что у человека могут быть конфликтующие и сложные чувства, – признак высокоуровневого функционирования Эго, когнитивной дифференциации и когнитивной сложности в модели развития Эго (Loevinger, 1976); это также часть диалектического мышления, которое является центральным компонентом DBT (Linehan, 1993, 2015). Подобным образом АСТ предполагает, что пояснение ценностей человека – важный компонент терапии, тем более что ценное для человека действие может дать ему мотивацию и оправдание, чтобы выносить трудный эмоциональный опыт. Акцент на целенаправленной жизни или жизни, которую стоит прожить, также характерен для DBT.

Акцент на выражении эмоций имеет долгую историю и восходит к предложенной Фрейдом модели катарсиса. Но в этом отношении люди сильно различаются. Когнитивная модель не считает выражение эмоций *per se* (само по себе. – *Примеч. пер.*) фактором ослабления депрессии и тревоги, а модель катарсиса и эмоционально сфокусированная модель подчеркивают важность такого выражения для уменьшения негативного аффекта и в случае с эмоционально сфокусированной теорией – роста понимания и принятия. Пеннебейкер и его коллеги утверждали, что экспрессивное письмо может давать серьезный позитивный результат в плане эмоций и благополучия (напр., Pennebaker & Chung, 2011). Межличностная теория Джойнера предполагает, что проблематичные стили выражения эмоций, особенно негативного аффекта, могут отдалить других людей (напр., Joiner, Brown & Kistner, 2006).

АСТ подчеркивает роль принятия и психологической гибкости в широком спектре психопатологии (Blackledge & Hayes, 2001; Hayes, 2002, 2004; Hayes et al., 2006, 2012), а DBT предполагает, что радикальное принятие – это во многих случаях начало эффективных изменений

(Linehan, 1993, 2015). Исследование плача показывает, что люди, которые стараются сдерживать слезы, переживают дистресс (Labott & Teleha, 1996). Подобным образом открытие парадоксального эффекта подавления мыслей, то есть попытки прогнать нежелательные мысли и чувства, приводят к тому, что впоследствии данный опыт возрастает, подсказывает, что принятие чувств должно ослаблять депрессию и тревогу (Purdon & Clark, 1994; Wegner & Zanakos, 1994). Теории фокусирования на эмоциях и катарсиса тоже предсказывают, что принятие чувств ведет к более быстрому излечению от депрессии и тревоги.

Теория эмоциональных схем рассматривает обвинение как проблематичный стиль совладания с негативной эмоцией, потому что оно берет ответственность за эмоцию и переносит ее на кого-то другого, над кем у вас нет контроля. Таким образом, обвинять других в том или ином чувстве равносильно беспомощности в борьбе с этим чувством. Более того, обвинение других за эмоцию легко может привести к другим негативным схемам, таким как руминации, рассмотрение своих эмоций как длительных, возникновение чувства, что другие вас не поймут и не одобряют. Модель, сфокусированная на эмоциях, не предполагает, что обвинение других – полезное противоядие от депрессии и тревоги, а модель катарсиса рассматривает обвинение как смещение или проекцию негативных чувств в отношении себя, приводящее к обратному отношению между депрессией или тревогой и обвинением. Когнитивные модели не поддерживают модель катарсиса; скорее, с их точки зрения, можно утверждать, что обвинение других – вариант фокуса «осуждения», в котором негативные суждения могут применяться к себе и другим.

Бесчувственность может стать крайним вариантом отсутствия принятия или «опыта избегания» эмоции (Hayes et al., 2012). Подавление как стиль копинга, иногда характеризующийся алекситимией, был связан с дисфорией, расстройствами пищевого поведения и соматизацией (Taylor, Bagby & Parker, 1991; Weinberger, 1995). Эмоционально сфокусированная терапия подчеркивает важность вызывания эмоций для доступа к значениям, потребностям и проблемным копинг-стратегиям человека (Greenberg & Watson, 2005). DBT также считает эмоциональное бесчувствие противоположностью радикального принятия и часто воспринимает его в качестве другой формы эмоционального избегания. Поведенческие модели страха и тревоги утверждают, что активация «схемы страха» – необходимый компонент его модификации (напр., Foa & Kozak, 1986).

Нолен-Хексема (Nolen-Hoeksema, 2000), Пападжорджио и Уэллс (Papageorgiou and Wells, 2001a) показали, что постоянные руминации часто связаны с сильной депрессией и тревогой. Такие люди думают, что навязчивые мысли готовят их к худшему и помогают найти решение проблемы. АСТ рассматривает такие руминации как форму негибкости и избегания опыта, которые приводят к застреванию людей на том, что у них в головах (Hayes et al., 2004, 2012; Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996).

Как отмечалось ранее и в дальнейшем развитии этой теории, модель эмоциональных схем перекликается со многими темами, которые были ключевыми элементами других теорий. Например, избегание опыта или эмоций описано в АСТ; ценности – тоже ее важный компонент; валидация – важный элемент DBT, а метакогнитивное осознание и тревога напоминают нам о представлениях о природе эмоций. Но модель эмоциональных схем отличается от предшествующих моделей тем, что это социальная когнитивная модель индивидуальной

индивидуальной теории эмоций и эмоциональной регуляции. То есть она старается описать содержание мышления, убеждения и предположения, схемы и модели, характеризующие интерпретацию эмоций человеком и его представления о том, как эти эмоции регулируются. Действительно, модель эмоциональных схем до некоторой степени схожа с общей моделью схем, предложенной Беком и его коллегами, но в ней схемы касаются природы эмоций. Модель эмоциональных схем может проследить свою историю до модели социально-когнитивных процессов, предложенной Хайдером (Heider, 1958) и раскрывающей объяснения отдельными людьми психических и межличностных феноменов. Модель эмоциональных схем может рассматриваться и как *социально-когнитивная* модель эмоционального опыта.

Исследование эмоциональных схем

Существует эмпирическое подтверждение модели эмоциональных схем в отношении тревоги, депрессии и иных форм психопатологии. Из 14 измерений эмоциональных схем 12 в значительной степени коррелируют со шкалами Опросника депрессии Бека (BDI-II) и Опросника тревожности Бека (BAI) (Leahy, 2002). В отдельном исследовании пошаговый множественный регрессионный анализ показал, что вина/стыд, руминации, контроль и обесценивание – лучшие предикторы депрессии по BDI-II (Leahy, Tirsch & Melwani, 2012). В другом исследовании – отношения между тревогой, психологической гибкостью и эмоциональными схемами – множественный регрессионный анализ показал, что тревожность лучше всего предсказывают показатели веры в контроль, психологическая гибкость и длительность (Tirsch, Leahy, Silberstein & Melwani, 2012).

Метакогнитивная теория предполагает, что тревога активируется и поддерживается «когнитивным синдромом внимания», который характеризуется управлением угрозой и проблематичными стратегиями психического контроля (Wells, 2005a, 2005b, 2005c, 2009). Беспокойные люди верят, что беспокойство готовит их к негативным событиям и помогает их предотвратить; при этом должен сохраняться фокус на содержании мыслей (когнитивное осознание). Они думают, что беспокойство неподконтрольно и должно подавляться. Так, беспокойство заключается в дилемму позитивных и негативных представлений о нем. Альтернативная модель – теория избегания эмоций Борковеца и его коллег, согласно которой беспокойство как когнитивная стратегия временно подавляет опыт тревожного возбуждения или избегает его (Borkovec, 1994; Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004; Borkovec, Lyonfields, Wiser, & Deihl, 1993).

Модель эмоциональных схем выстраивает мост между метакогнитивной моделью и моделью эмоционального избегания, предполагая, что негативные представления об эмоциях могут привести к активации конкретных метакогнитивных моделей беспокойства. В исследовании отношения между получаемым показателем негативных представлений об эмоциях, суммированным по показателям Шкалы эмоциональных схем Лихи [LESS]), каждый из метакогнитивных факторов Опросника метакогниций-30 Уэллса (MCQ-30) значительно коррелирует с негативными представлениями об эмоциях, добавляясь к конструктивной валидности LESS (Leahy, 2011b). Эти данные об отношениях между LESS, MCQ-30 и депрессией подсказывают, что метакогнитивные факторы беспокойства могут частично активироваться из-за негативных представлений об эмоциях. Паттерн предикторов во множественном пошаговом регрессионном анализе тревоги (измеряемой с помощью BAI) тоже отражает эту интегративную метаэмоциональную – метакогнитивную модель. Так, лучшими предикторами тревоги оказались вера в контроль эмоций (LESS), неконтролируемость и опасность бес-

покойства (MCQ-30), позитивное беспокойство (MCQ-30) (негативное), когнитивное самосознание (MCQ-30), вера в то, что эмоции нельзя понять (MCQ-30), и в то, что они не одобряются (LESS).

При изучении удовлетворенностью интимными отношениями был разработан опросник по 14 измерениям с целью оценить, как участник рассматривает реакцию партнера на свои эмоции (Опросник эмоциональных схем отношений, или RESS; Leahy, 2010b). Другими словами, оценивается индивидуальное восприятие представлений партнера об эмоциях. Каждая из 14 шкал RESS значительно коррелировала с удовлетворенностью в браке, измерявшейся по Шкале взаимной адаптации в паре, или DAS (Leahy, 2012a). И снова благодаря множественному регрессивному анализу были получены интересные данные, особенно касающиеся важности валидации. Пошаговый порядок предикторов LESS по удовлетворенности в браке (DAS) был следующим: более высокий уровень валидации, меньший уровень обвинения, высокий уровень ценностей, менее упрощенный взгляд на эмоции, более высокая понятность и большее принятие чувств (Leahy, 2011a). Эти данные говорят о том, что валидация может модифицировать другие эмоциональные схемы, помогая в эмоциональной регуляции. Возможно, поэтому переполненные эмоциями пациенты ищут одобрения.

Дальнейшая поддержка важности валидации отражена в данных пошаговых предикторов LESS по Шкале алкогольной зависимости по многоосевому клиническому опроснику Миллона (MCMI–III). Наиболее информативными предикторами алкогольной зависимости LESS по MCMI–III оказались: валидация, ценности, упрощенное представление об эмоциях, обвинение, консенсус и бесчувствие (Leahy, 2010a). Эти данные подсказывают, что люди с историей алкогольной зависимости верят, что их эмоции не одобряются и не связаны с ценностями; у них есть трудности с переносимостью смешанных чувств; они обвиняют других, верят, что другие не чувствуют то же самое, часто испытывают эмоциональное бесчувствие. Возможно, такие люди могут развить одобрение, связь с ценностями, дифференциацию сложных эмоций, уменьшить обвинение, отыскать консенсус в ходе групповых встреч «Анонимных алкоголиков».

Исследование предикторов высоких показателей по Шкале пограничной личности MCMI–III показало следующие предикторы: понятность, руминации, валидация, бесчувственность, обвинение, упрощенное представление об эмоциях, контроль, ценности и рациональность (низкий показатель). Люди, набравшие высокие баллы по этой шкале, верили, что в их эмоциях нет смысла, были склонны к руминациям, получили меньше одобрения, проживали бесчувствие, обвиняли других за свои чувства, имели трудности с переносимостью смешанных чувств и были убеждены, что их эмоции неконтролируемы, не связаны с их ценностями, а также мало акцентировали рациональность. Эти данные хорошо согласуются с моделью пограничного расстройства личности по DBT, подсказывая, что «мифы об эмоциях» составляют центральную характеристику данного расстройства и что обесценивание в этом случае – самое уязвимое место, а недостаток эмоциональной регуляции является важной характеристикой.

Эмоциональные схемы так или иначе имеют отношение к широкому спектру расстройств личности. Взрослые пациенты заполняли опросник LESS и Шкалы расстройств личности в MCMI–III (Leahy, 2011a). Те, у кого были более высокие показатели избегающей, зависимой и пограничной личности, демонстрировали крайне негативный взгляд на свои эмоции, а те, у кого были более высокие показатели нарциссической и демонстративной личности, имели о своих эмоциях чрезмерно позитивное представление. Неожиданно люди с высокими

показателями компульсивной личности тоже показали позитивные взгляды на свои эмоции. Последнее открытие может показывать возможность того, что компульсивные личности не различают на шкале мысли и эмоции, полагая, что то, что они думают или чувствуют, имеет для них смысл. Сравните эти результаты с результатами множественного регрессивного изучения людей с высокими показателями нарциссической личности: ниже – показатели по вине/стыду, выражению эмоций и размышлениям, выше – по ценностям. Эти данные подсказывают, что нарциссичные люди испытывают менее сильную вину за свои эмоции и верят, что могут выражать свои чувства, меньше думают о том, как они чувствуют, и верят, что эмоции связаны с их ценностями. Так же как нарциссичные люди могут идеализировать свою идентичность, они, кажется, идеализируют и свои эмоции.

Роль эмоциональных схем в психопатологии

Описанное выше исследование показывает, что эмоциональные схемы коррелируют с широким спектром нарушений: депрессией, тревогой, хроническим беспокойством, химическими зависимостями, дисфункцией отношений и расстройствами личности. Модель эмоциональных схем предполагает, что как только эмоция была вызвана, интерпретации, реакции и стратегии эмоционального регулирования начнут определять, будет эта эмоция сохраняться, расти или убывать. Конечно, корреляционный анализ не может дать четкого ответа на вопрос о причинах, но множество важных открытий говорит о том, что эмоциональные схемы – значимая часть опыта переработки эмоций.

Определенные эмоциональные схемы чаще, чем другие, предсказывают некоторые нарушения. Например, стыд/вина, руминации, контроль и валидация были наиболее информативными предикторами депрессии по BDI-II (Leahy, Tirsch & Melwani, 2012). Неудивительно, что вина оказывается предиктором депрессии по BDI-II, потому что в BDI-II многие вопросы отражают критику и сожаление о сделанном. Согласно работе других исследователей, размышления сильно коррелируют с депрессией, так как при депрессии размышления часто оказываются копинг-стратегией (Nolen-Hoeksema, 1991, 2000; Parageorgiou & Wells, 2004, 2009; Wells & Parageorgiou, 2004). Контроль был главным предиктором депрессии, подсказывая, что люди, чувствующие себя бессильными изменить плохое настроение, вероятно, будут депрессивными. Это согласуется с беспомощностью и теориями депрессии, объясняющими беспомощность, которые предполагают, что вера в эффективность заключается в том, чтобы прийти к желаемому результату и избежать негативного результата. Это важные факторы, определяющие начало и сохранение депрессии (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Alloy et al., 1988; Panzarella, Alloy & Whitehouse, 2006). В исследовании Лихи, Тирча и Мелвани (Leahy, Tirsch & Melwani, 2012) негативные представления о контроле эмоций в значительной степени коррелируют с неприятием риска и психологической гибкостью; предположительно, люди меньше склонны что-то менять и рисковать, если верят, что их эмоции не регулируются, и менее склонны отвечать гибко в разных контекстах, если верят, что не способны контролировать эмоции.

Идея, что подтверждение эмоций – главный предиктор депрессии, подтверждает позицию, согласно которой депрессия включает межличностный компонент поддержки и контактов. Это соответствует нескольким теориям депрессии, включая теорию, стоящую за интерперсональной психотерапией (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984), межличностной теорией депрессии Джойнера (Joiner et al., 2006; Joiner, Van Orden, Witte & Rudd, 2009), теорией привязанности (Bowlby, 1969, 1973, 1980), теорией ментализации (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Target, 2006), теорией объектных отношений (Kohut, 1971/2009, 1977) и

теориями, стоящими за клиент-центрированной терапией (Rogers, 1951; Rogers & American Psychological Association, 1985) и DBT (Linehan, 1993, 2015).

Но как работает валидация? Согласно LESS, валидация значительно коррелирует со всеми 13 эмоциональными схемами, кроме рациональности (Leahy, неопубликованное исследование, 2013). Множественный пошаговый регрессионный анализ показал, что наиболее информативными предикторами обесценивания были вина, большая длительность и меньшая понятность. Таким образом, пациенты, которые чувствовали одобрение, были менее склонны обвинять других, верили, что их эмоции не будут длиться вечно и что в них есть смысл. Поучительно то, что валидация – центральная эмоциональная схема, относящаяся почти ко всем остальным схемам, в большой степени предиктор депрессии, обвинения, длительности и понятности. В следующих главах я подчеркиваю важность одобрения и самообесценивания в практике терапии эмоциональных схем.

Подобным образом множественный регрессионный анализ эмоциональных схем для тревоги (по BAI) также показал, что контроль, психологическая гибкость и вера в длительность – наиболее информативные предикторы тревоги (Tirch et al., 2012). Тревога часто переживается как распутывание или потеря контроля над опасностью ситуации или испытываемыми человеком эмоциями (Barlow, 2002; D. M. Clark, 1999; Hayes, 2002; Heimberg, Turk & Mennin, 2004; Hofmann, Alpers & Pauli, 2009; Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2002; Rapee & Heimberg, 1997; Wells, 2009; Wells & Papageorgiou, 2001). Например, паническое расстройство отражает веру в то, что единичный опыт тревоги приведет к «развалу» организма, безумию и угрозе здоровью или жизни; расстройство социальной тревожности (в прошлом социальная фобия) отражает веру в то, что человек потеряет контроль над тревожными ощущениями и будет унижен, а ПТСР (которое до недавнего времени диагностировалось как тревожное расстройство) отражает веру в то, что неконтролируемая опасность присутствует здесь и сейчас. Более того, убеждения, что контроль необходим, поскольку его потеря приведет к дальнейшей катастрофе, лежат в основе парадокса большинства тревожных расстройств (что человеку нужно контролировать ощущения и эмоции, что он не может их проконтролировать, поэтому нужен дальнейший контроль). Люди становятся более тревожными, так как думают, что потеря контроля опасна. На самом деле подходы осознания и принятия помогают пациентам отказаться от попыток контролировать тревожные мысли, ощущения и эмоции, а вместо этого занять безоценочную позицию наблюдателя по отношению к феноменологическому опыту (Hayes et al., 2006, 2012; Roemer & Orsillo, 2009).

Учитывая роль негативных представлений и конкретных эмоциональных схем в целом ряде психологических проблем, цель терапии эмоциональных схем – оценить существующие у пациентов уникальные теории и собственные эмоции, а также эмоций других людей; исследовать, как модификации этих «наивных теорий» могут влиять на функционирование человека. Терапия эмоциональных схем использует большой набор техник и концептуализаций, чтобы работать с негативными оценками пациентом эмоций и проблематичными стратегиями их регуляции (например, избегание, подавление, употребление психоактивных веществ, бесчувствие, эскалация, гневное возмездие).

Заключение

Модель эмоциональных схем – это когнитивная модель оценки своих и чужих эмоций. В данной модели схемы представляют собой интерпретации, атрибуции и другие когнитивные оценки эмоций, а также стратегии эмоционального регулирования, способные ока-

заться полезными или бесполезными. Эта модель отражает множество влияний: когнитивную теорию Бека, мета-когнитивную теорию Уэллса, эмоционально-ориентированную теорию Гринберга, модели осознанности, модель Готтмана, АСТ и DBT. Однако, несмотря на это, модель эмоциональных схем является *социально-когнитивной* моделью оценки. Эта модель теории эмоций показывает, как люди реагируют, когда они сами (или другие) переживают либо выражают эмоции. Теория описывает эмоциональные схемы пациентов, используя модель LESS или то, что за ней последовало, LESS II (см. главу 4). Каждая шкала состоит из 14 измерений, отражающих представления о длительности, контроле, понятности, консенсусе, вине/стыде и другие оценки, интерпретации, а также стратегии – принятия, ругани или обвинения. Исследование эмоциональных схем подтверждает мнение, что убеждения связаны с широким спектром психопатологии, включая депрессию, тревогу, злоупотребление психоактивными веществами, дисгармонию семейных отношений, несогласие в отношениях и расстройства личности.

Часть II

Начало терапии

Ведь то, что я знаю, узнать может каждый, а сердце такое лишь у меня.

И. В. Гёте

Глава 4

Первичная оценка и интервью

Первые сессии с пациентом дают терапевту важную информацию о том, что этого человека беспокоит; о его представлениях об эмоциях; о том, как с эмоциями обращались в семье родителей; о том, как эмоционально функционируют его отношения с людьми, а также о проблемных стратегиях обращения с эмоциями и прежних попытках справиться с беспокоящими эмоциями. В придачу к этому терапевт должен замечать, какие эмоциональные темы обсуждаются; как пациент смещается от темы эмоций к другой, пытается подавить эмоцию (если да, то как) или, наоборот, усилить ее с тех пор, как она запустилась. Иногда внутренние представления об эмоции проявляются тем, что пациент ищет в терапии: «Я хочу перестать грустить», «Не выношу то, как ко мне относится жена», «Я понимаю, что эта терапия краткосрочная». Эмоциональные цели отражают представления об эмоциях и о том, какие цели, связанные с «хорошим самочувствием», желательны, а также могут маскировать непереносимость эмоционального опыта. Как при любой психологической или психиатрической работе, терапевт озадачивается постановкой психиатрического диагноза (сейчас и в прошлом), оценивает когнитивные стили и предубеждения, дефицит и избыток в поведении, потери и конфликты в межличностных отношениях, сильные и слабые стороны личности, а также мотивацию к изменениям (Morrison, 2014).

Терапия эмоциональных схем начинается на первой сессии или, в случае с пациентами, которые перед началом терапии должны заполнять формы, с первоначальной оценки по формам самоотчета. В Американском институте когнитивной терапии мы ожидаем, что пациент заполнит солидный комплект форм самоотчета, включающий общую информацию (история терапии и употребления психоактивных веществ, прием лекарств сейчас и раньше, жалобы на данный момент и т. п.).

Пациенты заполняют следующие формы:

- Опросник депрессии Бека-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996);
- Опросник тревожности Бека (BAI; Beck & Steer, 1993);
- Шкала эмоциональных схем-II Лихи (LESS II; Leahy, 2012b);
- Шкала позитивных и негативных синдромов (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988);
- Опросник метакогниций-30 (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004);
- Опросник стратегий эмоциональной регуляции (ERSQ; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012a);
- Опросник избегания опыта и активности-II (AAQ-II; Bond et al., 2011);
- Шкала дисфункциональных отношений (DAS; Spanier, 1976);
- Шкала эмоциональных схем в отношениях (RESS; Leahy, 2010b);
- Опросник стилей родительского поведения (MOPS; Parker et al., 1997).
- Опросник «Опыт близких отношений», пересмотренный (ECR-R; Fraley, Waller & Brennan, 2000);
- Компактная шкала самосострадания (SCS-SF; Raes, Pommier, Neff & Van Ucht, 2011);
- Клинический многоосевой опросник Миллона-II (MCMI-III; Millon, Millon, Davis & Grossman, 1994).

Блок тестов-опросников пациент получает по электронной почте до первой сессии, поэтому клиницист получает разнообразную информацию о его психиатрических нарушениях (включая расстройства личности), тяжести симптомов, удовлетворенности отношениями, стратегиях регуляции эмоций, его понимании эмоций, истории эмоциональной социализации и воздействии этих процессов на психологическое благополучие. В этой главе я сначала делаю обзор содержания большинства форм самоотчета, а затем описываю цели интервью эмоциональных схем во время первичной оценки. И наконец, информация, полученная в ходе интервью, связывается с постановкой целей и формированием представления об этом случае, что позволяет направлять терапию.

Оценка самоотчета

Сначала пациенту дается LESS II – опросник из 28 тем и по 14 параметрам эмоциональных схем. Он позволяет оценить, как пациент думает и реагирует, когда у него плохо на душе. Кроме того, ему могут быть предоставлены дополнительные опросники, основанные на LESS II (в зависимости от того, какая эмоция интересует). Например, LESS-Тревога и LESS-Гнев содержат те же 14 измерений, что и LESS II, но сосредоточены на том, как пациент думает о конкретных эмоциях и как на них реагирует. У некоторых пациентов могут оказаться проблематичными схемы, касающиеся грусти и тревоги, при этом они могут считать, что их

гнев оправдан, имеет смысл и находится под контролем. Несмотря на то что это можно интерпретировать как проблематичный взгляд на гнев, клиницист захочет понять, является ли дисфункциональным такой взгляд пациента на свою эмоцию в межличностных отношениях. Это вполне типично для людей, чей гнев мешает отношениям на работе; их эмоциональные схемы могут быть чрезмерно позитивными. Как отмечено в главе 3, наше исследование демонстрирует, что люди с более высокими показателями нарциссических и демонстративных черт демонстрируют особенно позитивный взгляд на свои эмоции. **14 измерений LESS II** показаны на рис. 4.1 (это пересмотренные версии измерений, описанных в главе 3.)

Давайте внимательно изучим каждое измерение LESS II. Первое – **инвалидация** – относится к представлению о том, что другие не понимают чувства респондента и не заботятся о них. Это центральный компонент DBT и важный фактор того, как люди узнают, что их эмоции значимы, имеют смысл и ценятся другими.

Второе измерение – **непонятность** – относится к представлению человека о том, что его эмоции не являются бессмысленными и хаотичными, не приходят из ниоткуда. На самом деле главная характеристика модели эмоциональных схем – психологическое просвещение пациента, помогающее ему увидеть, в чем смысл паники, депрессии, социальной тревоги и других проблем.

Третье измерение – **вина и стыд** – относится к представлению о том, что человек не должен чувствовать то, что он чувствует; чувства рассматриваются как недостаток характера, слабость или нежелательные качества личности. Например, человек может себя критиковать за то, что чувствует себя встревоженным или подавленным, и это лишь обостряет проблему.

Четвертое измерение – **упрощенный взгляд на эмоцию** – относится к непереносимости смешанных чувств или эмоциональной амбивалентности.

Пятое измерение – **обесценивание** – отражает веру в то, что эмоции не имеют отношения к ценностям человека. Например, человек, заявляющий, что он грустит, потому что скучает по своей партнерше, может не принимать чувство грусти как необходимый компонент того, что он ценит интимность и верность. Возможно, человек способен выдерживать и принимать трудные эмоции, если они – часть жизни, имеющей ценность.

Шестое измерение – **потеря контроля** – относится к вере в то, что эмоции нужно контролировать, а в некоторых случаях подавлять. Если позволить себе чувствовать тревогу или грусть, это приведет к тому, что эмоция выйдет из-под контроля.

Седьмое измерение – **бесчувственность** – относится к тому, что человек верит, что не испытывает интенсивных или сильных (либо вообще любых) эмоций, его эмоциональный опыт слаб и не действует на него.

Восьмое измерение – **чрезмерная рациональность** – отражает веру в то, что человек должен быть рациональным, а не эмоциональным; эмоциональности следует избегать, заменяя ее рациональностью и логическим мышлением.

Девятое измерение – **длительность** – отражает веру в то, что эмоция будет длиться бесконечно и станет невыносимой.

Например, женщина, которая грустит, может быть уверена, что ее грусть продлится очень долго, вероятно, останется навсегда и усугубит ее переживание безнадежности.

Примечание: R = Обратный отсчет (1 = 6; 2 = 5; 3 = 4; 4 = 3; 5 = 2; 6 = 1)

Инвалидация = (Пункт 06R + Пункт 12) / 2

Пункт 6. Люди понимают и принимают мои чувства. **(Обратный отсчет)**

Пункт 12. Мои чувства никому на самом деле не нужны.

Непонятность = (Пункт 03 + Пункт 07) / 2

Пункт 3. Кое-что в самом себе я не могу понять.

Пункт 7. Мои чувства не имеют для меня смысла.

Вина = (Пункт 02 + Пункт 10) / 2

Пункт 2. Неправильно иметь некоторые чувства.

Пункт 10. Я стыжусь своих чувств.

Упрощенный взгляд на эмоцию = (Пункт 23 + Пункт 28) / 2

Пункт 23. Я люблю чувствовать полную определенность насчет того, что чувствую по отношению к другому человеку.

Пункт 28. Я люблю чувствовать полную определенность насчет того, что чувствую по отношению к самому себе.

Обесценивание = (Пункт 14R + Пункт 26R) / 2

Пункт 14. Когда мне плохо, я стараюсь находить более важные вещи: то, что я ценю. **(Обратный отсчет)**

Пункт 26. Есть высокие ценности, к которым я стремлюсь. **(Обратный отсчет)**

Потеря контроля = (Пункт 05 + Пункт 17) / 2

Пункт 5. Я потеряю контроль, если позволю себе некоторые из этих чувств.

Пункт 17. Я беспокоюсь, что не смогу контролировать свои чувства.

Бесчувственность = (Пункт 11 + Пункт 20) / 2

Пункт 11. Меня не волнует то, что беспокоит других людей.

Пункт 20. Я часто чувствую себя эмоционально тупым, будто у меня нет чувств.

Чрезмерная рациональность = (Пункт 13 + Пункт 27) / 2

Пункт 13. Мне важно быть скорее рациональным и практичным, чем чувствительным и открытым чувствам.

Пункт 27. Я думаю, что важно относиться ко всем вопросам рационально и логично.

Длительность = (Пункт 09 + Пункт 19R) / 2

Пункт 9. Иногда я боюсь, что если позволю себе сильное чувство, то оно уже не пройдет.

Пункт 19. Сильные чувства длятся недолго. **(Обратный отсчет)**

Низкий консенсус = (Пункт 01 + Пункт 25R) / 2

Пункт 1. Я думаю, что реагирую чувствами, которые у других бы не возникли.

Пункт 25. Я думаю, что у меня те же чувства, то и у других людей. **(Обратный отсчет)**

Непринятие чувств = (Пункт 24R + Пункт 18) / 2

Пункт 24. Я принимаю свои чувства. **(Reversed score)**

Пункт 18. Надо быть бдительным, чтобы некоторые чувства не возникали.

Рвминании = (Пункт 22 + Пункт 16) / 2

Пункт 22. Когда мне плохо, я сижу один и все время думаю, как мне плохо.

Пункт 16. Я часто спрашиваю себя: «Что со мной не так?»

Низкая степень выражения = (Пункт 04R + Пункт 15R) / 2

Пункт 4. Я думаю, важно позволять себе плакать, чтобы чувства «выходили». **(Обратный отсчет)**

Пункт 15. Я чувствую, что могу открыто выражать свои чувства. **(Обратный отсчет)**

Обвинение = (Пункт 08 + Пункт 21) / 2

Пункт 8. Если бы другие люди изменились, мне было бы лучше.

Пункт 21. Другие люди вызывают у меня неприятные чувства.

Рис. 4.1. Четырнадцать измерений Шкалы эмоциональных схем-II Лихи (LESS II) (Leahy (2012a). Copyright 2012 by Robert L. Leahy).

Десятое измерение – **низкий консенсус** – отражает веру в то, что у других людей не бывает аналогичных эмоций, что в эмоциональном опыте человека есть что-то уникальное; в результате он чувствует себя одиноким в мире и дефектным из-за того, что у него другой опыт.

Одиннадцатое измерение – **руминации** – отражает веру в то, что человек должен продолжать испытывать негативные чувства, сосредоточиться на их значении или отсутствии такового, часто снова и снова или без конца. Например, человек, которому грустно, сосредоточен на грусти и спрашивает себя: «Что со мной не так?», или: «Почему так происходит?» Постоянно! И ни один ответ его не удовлетворяет.

Двенадцатое измерение – **непринятие чувств** – отражает веру в то, что человек не может позволить себе некоторые виды эмоций, что их надо избегать или устранять.

Тринадцатое измерение – **низкая степень выражения чувств** – отражает веру в то, что человек не способен открыто выражать эмоции: говорить о них, делиться ими или демонстрировать их невербально (например, плакать). Это отличается от инвалидации, относящейся к уверенности в том, что другие не понимают ваши эмоции и не беспокоятся о них: человек может выражать эмоцию, но чувствует, что ее не одобряют.

Четырнадцатое измерение – **обвинение** – вера в то, что эмоции, которые есть у человека, возникают вследствие действия или бездействия других людей. Например, человек скорее скажет, что его гнев возникает из-за поведения жены, чем начнет думать, что это происходит из-за его собственного взгляда на вещи.

Кроме того, мы используем форму самоотчета, которая оценивает то, как пациент видит отклик партнера на свои эмоции, – опросник RESS с подзаголовком «Как мой партнер обращается с моими эмоциями». Опросник RESS показан на рис. 4.2.

Терапевт может использовать другие шкалы эмоциональных схем, которые подходят к основной эмоциональной проблеме пациента. Например, LESS II можно модифицировать для оценки схем одиночества, зависти, ревности, отчаяния и других эмоций. Терапевт также может оценить эмоциональные схемы, касающиеся навязчивых действий, таких как переживание, очищение, проверки и иные виды компульсивного поведения. Хотя не существует норм для популяции, более высокие показатели в первом варианте LESS относятся к деп-

рессии, тревоге, зависимости от психоактивных веществ и расстройств личности. Остальные используемые нами 11 форм самоотчета перечислены выше; описания этих методик можно найти в Приложении 4.1.

Конечно, клиницисты могут использовать лишь некоторые из названных форм или вообще не применять никакие, но опыт показывает, что обширная первичная оценка дает и пациенту, и терапевту важную информацию, полезную для понимания случая и выстраивания плана терапии. Например, LESS II сообщает сведения о конкретных проблематичных представлениях об эмоциях; ERSQ – о предпочитаемых стратегиях эмоциональной регуляции; PANAS показывает баланс позитивных и негативных эмоций; AAQ-II дает информацию о психологической гибкости, которая может проявляться в реакциях на беспокоящие эмоции; MCQ-30 – о представлениях человека о навязчивых мыслях, которые относятся к проблематичным эмоциям; DAS показывает, какие области первичных интимных отношений беспокоят; RESS – что пациент думает о том, как партнер реагирует на его эмоции; MOPS дает информацию о проблематичном опыте с родителями в детстве; ECR-R – о тревоге и избегании интимных отношений, а MCMI-III дает широкий спектр нормализованных баллов для расстройств личности и других измерений психопатологии. С такой комплексной первоначальной оценкой клиницист получает отличные стартовые условия для понимания проблемных областей у клиента: представлений об эмоциях, опыте социализации, регуляции эмоций.

Как партнер поступает с моими эмоциями

Нам интересно, как ваш партнер реагирует, когда вы испытываете болезненные или трудные эмоции. Выполните следующий тест: напротив каждого утверждения поставьте номер, который лучше всего показывает, какой вы видите реакцию партнера на ваши эмоции. Заполняйте опросник, только если у вас есть партнер.

	1 = Полностью неверно 4 = Немного верно	2 = Не совсем верно 5 = Довольно верно	3 = Не совсем неверно 6 = Полностью верно
1. Понятность	Партнер помогает мне видеть смысл в моих эмоциях		_____
2. Валидация	Когда я говорю о моих эмоциях, партнер дает почувствовать, что он обо мне заботится		_____
3. Вина/стыд	Партнер критикует меня и старается заставить чувствовать стыд и вину за мои эмоции		_____
4. Дифференциация	Партнер помогает мне понять, что испытывать смешанные чувства — это нормально		_____
5. Ценности	Партнер связывает мои болезненные чувства с важными ценностями		_____
6. Контроль	Партнер думает, что я не контролирую мои чувства		_____
7. Бесчувственность	Когда я говорю о моих чувствах, партнер кажется бесчувственным и безразличным		_____
8. Рациональность	Партнер считает, что большую часть времени я иррациональна		_____
9. Длительность	Партнер думает, что мои болезненные чувства длятся бесконечно		_____
10. Консенсус	Партнер помогает мне видеть, что многие чувствуют то же, что и я		_____
11. Принятие	Партнер принимает и переносит мои болезненные чувства и не заставляет меня меняться		_____
12. Руминации	Кажется, партнер снова и снова думает, почему я чувствую то, что чувствую		_____
13. Выражение	Партнер поощряет меня выражать мои чувства и говорить о том, что я чувствую		_____
14. Обвинение	Партнер обвиняет меня в том, что я выгляжу		_____

грустной

Теперь посмотрите на эти 14 утверждений и ответьте на вопросы.

Что худшее в реакциях партнера на вас? _____

Каковы три лучшие реакции вашего партнера на вас? _____

Рис. 4.2. Шкала эмоциональных схем в отношениях (RESS)

(Copyright 2010 by Robert L. Leahy)

Первичное интервью

Первичное интервью может занять две сессии и больше. Желательно, чтобы у клинициста был доступ ко всем формам, заполненным пациентом. Кроме оценки расстройств настроения и тревожных расстройств, злоупотребления веществами, расстройств личности и иных диагностических категорий терапевт эмоциональных схем особенно интересуется тем, какие эмоции заботят пациента сильнее всего, какими способами он их выражает в настоящее время при взаимодействии с ним, какие представления об эмоциях имеет пациент, каковы настоящие и прежние попытки эмоциональной регуляции, какова природа эмоциональной социализации в детской истории пациента и конкретных измерениях эмоциональных схем, которые он демонстрирует.

Первичная озабоченность эмоцией

Пациенты часто приходят на терапию, сосредоточившись на одной эмоции или на немногих. Например, замужняя женщина описывает свою первичную озабоченность как тревогу из-за панических атак, страх потерять контроль и унижение из-за этих атак. В ходе первичного интервью она описывала своего мужа как идеального: «абсолютно понимающего» и «прекрасного». Первоначальным диагнозом было паническое расстройство и агорафобия. Но в ходе сессий раскрылась немалая злость на мужа, которого она рассматривала как невнимательного и недоступного. Оказалось, что женщина хочет гармоничных отношений и при этом сама себя критикует за «слабость» из-за панического расстройства.

Другой пациент, женатый мужчина, сначала пожаловался на то, что боится панических атак, когда едет через туннель. Он коротко описал свои конфликты с женой и двумя дочерьми. В ходе дальнейшей беседы выяснилось, что эмоцией, влиявшей на него сильнее всего, была злость и даже презрение, во-первых, к жене, во-вторых, к старшей дочери; он считал, что они его недостаточно уважают.

Таким образом, представленная эмоция может быть не единственной важной эмоцией для работы терапевта с пациентом. Когда первичная жалоба и стоящие за ней эмоциональные проблемы не соответствуют друг другу, как в двух приведенных примерах, клиницист интересуется, почему некоторые эмоции рассматриваются как более важные, чем другие. Например, мужчине, которому трудно контролировать гнев, менее эго-дистонным может представляться сосредоточение на «неоправданном» беспокойстве жены из-за его гнева, а не на своей тревоге из-за того, что его «унижают» и «контролируют».

Выражение эмоции

Пациенты по-разному выражают эмоции на первой и следующих сессиях. Некоторые выражают их открыто (плачут, делают грустные лица, опускают глаза), другие кажутся невыразительными, безразличными или отстраненными. В ряде случаев пациент может невербально демонстрировать эмоции, не соответствующие тому, что он говорит. Терапевту следует наблюдать за тоном голоса и положением тела, поддерживать визуальный контакт; отслеживать колебания пациента во время рассказа, попытки сдерживать слезы, смену темы при обсуждении трудных вопросов, а также жестикуляцию, движения и другие невербальные проявления эмоций. Соответствует ли содержание сказанного невербальному выражению эмоций?

Молодая женщина сказала терапевту, что причина, по которой она обратилась за когнитивно-поведенческой терапией, заключается в том, что ей трудно засыпать: «Если бы вы научили меня нескольким приемам, это было бы очень полезно». Но ее история была историей серьезной психопатологии, включающей эпизоды сильной депрессии, расстройств питания, нанесения себе порезов, попытку суицида, множественную зависимость от разных веществ, саморазрушительные отношения с мужчинами и генерализованную тревогу. Когда она рассказывала свою историю, у нее на лице играла неуместная улыбка; она часто шутила и минимизировала сказанное («Это было действительно смешно»).

Далее последовал такой разговор.

Терапевт: Вы описываете настоящие трудности и трагические происшествия вашей жизни, но рассказываете все как шутку, нечто такое, что не стоит принимать всерьез. Интересно, почему вы говорите об этом так, будто ваш опыт – это не серьезно?

Пациентка: Я не хочу выглядеть нытиком и раздувать что-то значительное из того, что со мной было. Я хочу только несколько приемов, которые помогут мне засыпать.

Терапевт: Звучит так, будто вы не должны относиться к своим эмоциям серьезно. Вы и в отношении с другими людьми так вступаете: как кто-то, кого не надо принимать всерьез?

Пациентка: Я тусовщица, иду к бару и танцую. Я та, над кем люди сменяются.

Терапевт: А если бы они отнеслись к вам серьезно и узнали вас?

Пациентка: Я никому не даю себя узнать.

Это привело разговор к тому, как родители отвечали на ее эмоции, когда она была младше.

Пациентка: Помню, в 16 лет я отправилась в поездку по Европе, и бойфренд сказал, что расстанется со мной. Вернувшись домой, я попробовала передозировку. Мама отвезла меня в больницу и сказала: «Это, наверное, из-за смены часовых поясов». Она не подумала, что мне нужна терапия. Мы – семья, которая выглядит хорошо; мы принадлежим к загородному клубу. Мы не говорим о проблемах.

Пока пациентка пыталась справиться с проецированием образа пустой и поверхностной ту-совщицы, ее страдание переживалось как непонятное и неконтролируемое. Маргинализо-ванная и обесцененная родителями, она полагалась на самообесценивание и попытки ми-нимизировать свои проблемы. Более того, иметь трудные эмоции значило для нее подвес-ти семью, а это приводило к недоверию самой себе и терапевту: «Я не хочу, чтобы вы виде-ли, как я плачу».

Другие невербальные выражения эмоций включают общий вид и движения пациента. Нап-ример, пациент одет неброско или провокационно? Движения медленные и размерен-ные? Пациент физически возбужден (например, эмоционально жестикулирует во время разговора)? Поддерживает ли он визуальный контакт? Голос низкий, речь монотонная, не-эмоциональная? Пациент улыбается не к месту? Есть ли другие невербальные факторы? Особенно значимо, согласуется ли невербальная экспрессия с вербальным содержанием того, что говорится. Пациент описывает беспокойные, даже травматичные события моно-тонно, неэмоционально или со странной улыбкой? Как стоящие за историей эмоции выра-жаются в самопрезентации пациента?

Представления об эмоциях

Терапевта эмоциональных схем особенно интересует взгляд пациента на эмоции. Он вклю-чает представления о «хороших» и «плохих» эмоциях; стыд из-за того, что другие люди зна-ют о них; представления о продолжительности эмоций и о том, нуждаются ли они в контро-ле; толерантность к смешанным чувствам; представления о том, могут ли у других людей быть такие же эмоции, и о необходимости их выражать.

В этой книге я достаточно подробно обсуждаю каждое измерение, но на первом интервью терапевт может начать со сбора информации об эмоциональных схемах. LESS II помогает идентифицировать некоторые из представлений, а терапевт может использовать его ре-зультаты в качестве основы для дальнейшего исследования.

Терапевт: Я заметил, что в опроснике LESS вы указали на то, что другие люди не могут вынести ваши эмоции. Как вы думаете, какие эмоции они не могут понять?

Пациентка: Дело в том, что я в депрессии, и я этого не понимаю. В конце концов, у меня есть хороший дом, мой муж меня поддерживает. Откуда депрессия? Я должна чувствовать себя счастливой.

Терапевт: И все-таки когда вы говорите мужу о своей депрессии, что он отвечает?

Пациентка: Он говорит, что нет ничего, из-за чего бы я себя плохо чувствовала. Говорит, что кругом полно людей, у которых настоящие трудности, но они не в депрессии. Он утверждает, что я должна быть благодарна.

Терапевт: Звучит так, будто вы не имеете права на депрессию. Что вы чувствуете, когда он это говорит?

Пациентка: Это еще глубже загоняет меня в депрессию, потому что я ощущаю... У меня даже нет права испытывать такие чувства. Думаю, я, наверное, эгоистка. А потом сомневаюсь: не подвожу ли я его своей депрессией?

Терапевт: Испытываете ли вы какие-либо другие чувства, когда он вам это говорит?

Терапевт: Испытываете ли вы какие-либо другие чувства, когда он вам это говорит?

Пациентка: Думаю, я сержусь. Хотя знаю, что не должна. Он просто пытается помочь.

Терапевт: Кажется, вы считаете, что ваша депрессия и гнев не имеют смысла и что никто, включая вас, их не понимает. Наверное, вам трудно с чувствами, которые кажутся бессмысленными и которые никто не понимает. И вы чувствуете себя в этом виноватой.

Пациентка: Да. Такой порочный круг.

Другой пациент указывает, что причина его прихода на терапию – то, что жена считает, будто у него «проблемы со злостью». Он признал, что иногда выходит из себя, хотя в последние недели исправляется. Пациент заметил, что жена не обращает внимания на его слова и поэтому часто забывает, о чем он просил, и что в решении проблем он менее практичен, чем она. Еще он не выносит, когда люди говорят: «Я не могу». Это не из его словаря, чистая отговорка. Также пациент заметил, что в гневе есть смысл: жену злит, что он много работает ради поддержки семьи, а он не чувствует, что его забота ценится. «Если бы она просто слушала, что я говорю, у нас не было бы проблем».

В данном случае у мужчины проблематичные представления об эмоциях и потребностях жены. Он думает, что она должна настраиваться на все, что он говорит, делать все на его лад, не возражать и ценить все хорошее, приносимое им в дом. При этом он не может понять, почему сильно злится, когда жена его «не слышит». В итоге мы пришли к обсуждению того, как родители реагировали на эмоции пациента в детстве. Он описал мать как запуганную сердитым и все контролирующим отцом и заметил, что она пыталась «помириться» или по крайней мере не попадать под горячую руку. Он также описал, как его отец «поддерживал» семью.

Терапевт: И как отец реагировал на ваши эмоции, когда вы были ребенком?

Пациент: Давайте я приведу пример, что случилось несколько лет назад. Я позвонил ему, и он спросил: «Как дела?» Я ответил: «Отлично». А он сказал: «Именно это я и хочу слышать: “Отлично”». Знаете, так и есть. Ничего другого он не желает слышать. Только то, что все хорошо. Когда я был маленьким, если другой ребенок меня обижал, отец говорил: «Все будет хорошо. Не беспокойся. Просто продолжай как сейчас». У него никогда не было на меня времени.

Терапевт: Кажется, он игнорировал ваши эмоции, а вы чувствовали, что обязаны говорить ему, что все хорошо.

Пациент: Ох, он был хорошим отцом. *(Колелблется.)* Я не хочу говорить о нем плохо.

Терапевт: Вы считаете, что предаете его, когда так говорите?

Пациент: Может быть. Немного. Он старался.

В этом конкретном случае пациент привык к обесцениванию своих чувств женой, потому что у него была предшествующая история обесценивания чувств и игнорирования отцом. Кроме того, он верил, что жена должна соглашаться с ним, как мать всегда соглашалась с отцом. Далее пациент описывал периоды серьезной депрессии, когда он не представлял себе, почему находится в депрессии, и не мог отдохнуть от работы. Пациент верил, что никто его не понимает, включая его самого: «Я не знал, из-за чего был таким подавленным». Проблематичные эмоциональные схемы, особенно относящиеся к обесцениванию и самообесцениванию, часто говорят о недостатке проницательности. В этом случае человек сообщает, что не понимал, почему так себя чувствует, и продолжал защищать отца как «хорошего парня». Фактически для него эмоции были одновременно знаком того, что он подводит отца, и знаком бесчестия. Как ни странно, пациент рассматривал эмоции жены так же — как неоправданные жалобы и недостаток благодарности.

У пациента были собственные представления о выражении и подтверждении эмоций. Он верил, что нуждается в прямом и сильном выражении гнева, что ему должно быть позволено так проявлять враждебность. Еще он верил, что жена должна ценить его чувства и желания, немедленно соглашаясь, а если она забывала это делать, значит, проявляла неуважение к нему. Обесценивающая обстановка в детстве и нынешняя ситуация, когда он чувствовал, что отец его обесценивает, укрепляли веру в то, что его чувства никому по-настоящему не нужны, что ему следует держать чувства при себе в присутствии отца либо драматично выражать их в общении с женой и дочерью.

Женщина, чей муж умер за несколько лет до того, как она стала ходить на терапию, описывала, как она возвращается пешком домой из офиса, потягивая виски из бутылки, которую держит при себе в сумке, и приходит домой пьяная. По LESS II она обозначала, что ее эмоции не имеют смысла, у нее не должно быть тех чувств, которые она испытывает, и что их никто не поймет; что если она позволит себе самовыражение, то утратит контроль; что в итоге чувствует вину и стыд за свои эмоции.

Терапевт: Что бы случилось, если бы вы пришли домой и вам было бы нечего выпить? Если бы вы не были пьяной? Что бы вы чувствовали и думали?

Пациентка: Я бы почувствовала себя одинокой. У меня никого нет, не к кому возвращаться. Я чувствую себя опустошенной. Не знаю... Это было бы тяжело. *(Плачет.)*

Терапевт: Итак, у вас есть чувства: грусть, одиночество, пустота. В опроснике вы указали, что они для вас не имеют смысла. Какие именно чувства?

Пациентка: Ну, все эти чувства. Я имею в виду: у меня хорошая работа, что же я так расстраиваюсь порой? Не знаю, что со мной не так.

Терапевт: Может, вы грустите и чувствуете себя одинокой, потому что скучаете по умершему мужу?

Пациентка: Я знаю. Но как от этого избавиться?

Терапевт: И вы все еще по нему тоскуете, думаете, что с вами не так, раз чувствуете подобное. Кажется, что вы не сможете вынести эти чувства, придя домой, поэтому вы пытаетесь заранее от них избавиться.

Пациентка: Да. Это очень больно.

Терапевт: И еще вы сказали, что думаете, будто ваши чувства никто не поймет. Вы о них кому-нибудь рассказывали?

Пациентка: Только вам сейчас.

Эмоциональная социализация

Представления о своих и чужих эмоциях формируются у ребенка под воздействием реакции родителей на то, как он их выражает. Терапевт может спросить пациента: «К кому вы обращались в детстве, если были расстроены? Как этот человек реагировал?» Согласно модели эмоциональной социализации в семье Готтмана, терапевт отметит, был ли родитель (другой человек) игнорирующим, неуправляемым, подавленным или презрительным либо начинал заниматься «эмоциональным коучингом», расспрашивая, проверяя, развивая тему и пытаясь помочь в решении проблемы (Gottman et al., 1996, 1997; Katz, Gottman & Hooven, 1996). Люди, чьи проблемы игнорировались родителями («Это не страшно. Все будет хорошо»), скорее скажут: «Моя мама [папа] меня поддерживал(а)», нежели охарактеризуют данный отклик как минимизацию и игнорирование. Однако при дальнейшем расспросе терапевт может узнать, что именно тогда говорилось, и спросить пациента: «Если бы вам было трудно сейчас, такой ответ показался бы поддерживающим или коротким, пренебрежительным?» Можно исследовать и другие области и узнать, уделяли ли родители время эмоциям, какие эмоции обсуждались дома, считались ли некоторые эмоции и чувства проблематичными, незрелыми или плохими; были ли родители неуправляемыми, переполненными своими эмоциями; были ли у пациента брат или сестра, который(ая) был(а) настолько расстроен(а), что у семьи не было времени на эмоции пациента?

Рассмотрим следующие примеры проблемной эмоциональной социализации.

Женщина описывает, как мать высмеивала ее, если она плакала, говорила, что девочка «просто капризная». Пациентка пыталась получить одобрение матери, стараясь быть «милой» и «красиво одетой», но никогда не оказывалась для нее достаточно хороша. Став взрослой, пациентка верила, что ее эмоции не имеют значения, а единственный способ быть кем-то услышанной – обращаться с негативными эмоциями как с кризисами и горько рыдать.

Мужчина-алекситимик рассказывал, как его хорошо образованная и успешная семья «рационально» и «информативно» беседовала о политике и бизнесе, о том, что эмоции мешают быть продуктивным и зрелым человеком. Став взрослым, он испытывал трудности с распознаванием собственных эмоций и воспоминаниями о том, что он чувствовал, а также большие трудности с приятием решений. Он считал, что было бы неразумно раскрывать свои эмоции перед друзьями, членами семьи или нынешней девушкой, чтобы его «слабость не использовали против него».

Молодой человек типа «мачо» с накачанными мускулами на первой сессии занял враждебную и провоцирующую позицию по отношению к терапевту-мужчине. Хотя пациент проис-

ходил из верхушки среднего класса, он пытался произвести впечатление крутого гангстера. Конкурирующее за достижения и статус окружение, в котором он рос, заставляло его чувствовать себя встревоженным и грустным, но эти «женоподобные» эмоции презирались. Его отец колебался между критикой и безнадежными попытками спасти сына, а сам пациент продолжал маскарад, оставаясь провоцирующим и крутым.

Женщина описала, как она хотела, чтобы мать ее поддерживала, когда она была ребенком, но доверять ей не могла. Она дулась, плакала и в конце концов кричала, добиваясь внимания матери, а та колебалась между безразличием, презрением и неискренними попытками сближения. Пациентка вспомнила случай, когда мать раскрыла объятия и предложила простить ее, но когда девочка подошла для объятий, ударила ее. Став взрослой, она страдала от нервной булимии, боялась своих эмоций и думала, что никому нельзя доверять.

Конечно, эмоциональная социализация включает не только эмоции, но и поведение: прикосновения, объятия, ласку, держание за руку. Прикасались ли к ребенку родители и другие члены семьи, гладили ли его, играли ли с ним? Как ребенок на это реагировал? Как реагирует на прикосновения взрослый пациент? Чувствует ли он себя комфортно, когда дотрагивается до людей?

Молодой человек с социальной тревогой рассказывал, что чувствует неловкость, прикасаясь к женщине во время свидания: «А не будет ли наглостью, если я прикоснусь к ней или поцелую? Она не обидится?» В терапии он вел себя очень формально, исключительно вежливо и уважительно. Терапевт спросил, что он чувствует, если к нему прикасаются друзья, и он ответил: «Люди считают меня неприкасаемым. Когда я учился в колледже, моя девушка порвала со мной; думаю, я был для нее недостаточно теплым. Я сказал соседу по комнате, что хотел бы, чтобы меня обняли, а он ответил: “Я думал, что ты не переносишь прикосновения”».

Другой молодой человек обозначил, что его отец был холоден и отстранен, часто снисходительно и критично относился к нему. Человек интеллектуального склада, он имел власть над пациентом, когда тот был ребенком, и сохраняет ее по сей день. Мать с почтением относилась к отцу, чей нарциссизм, казалось, правит семьей. Пациент сказал, что в детстве больше всего тепла получал от няни, которая с ним играла, носила на руках и т. п. Став взрослым, он чувствовал себя недостойным интимности и любви со стороны умной и успешной женщины и часто обращался к проституткам, которые, как он знал, никогда не отвергнут. Он рассказал об отвращении к собственному телу, которое перешло в состояние дисморфофобии. В детстве ни один из родителей не воспринимался им как источник эмоциональной поддержки. Пациент признавал, что вспышки гнева, которые у него случаются, – единственный способ получить внимание.

Проблемные стратегии эмоциональной регуляции

На первичном интервью и затем в ходе терапии клиницисту надо оценивать то, как пациент с детства и по сей день реагирует на свои эмоции, какие стратегии их регулирования использует. Какие эмоции ему трудно выносить. Как пациент справлялся с этими эмоциями в детстве или в подростковом возрасте. Терапевту нужно расспросить пациента о конкретных стратегиях, включая избегание ситуаций, вызывающих эмоции («Что вы старались не делать, потому что это вызывает эмоции?»), сексуальном отыгрывании, настойчивых жалобах, криках, вспышках гнева, химических зависимостях, переедании, поиске утешения.

Терапевт: Итак, когда в детстве вам становилось грустно, что вы делали, чтобы с этим справиться?

Пациентка: Идти к родителям было пустой тратой времени. Папа обычно находился под действием марихуаны или алкоголя, а мама порой чуть выпьет – и отключалась. И, знаете, мы не говорили о чувствах. Я оставалась наедине с тем, что я чувствую. **Терапевт:** Что вы делали, чтобы успокоиться?

Пациентка: Я немного курила травку и вырубалась. Это успокаивало, позволяло обо всем забыть.

Пациентка: Я немного курила травку и вырубалась. Это успокаивало, позволяло обо всем забыть.

Терапевт: А еще что-нибудь?

Пациентка: Когда ко мне заходил кто-то из парней, я замечала, что привлекательна для них. Они хотели заняться сексом, и я охотно соглашалась, чтобы быть своей. Так чувствовала себя желанной. Я подросла, похорошела и давала им то, что они хотели.

Терапевт: А что теперь? Что вы сейчас делаете с чувствами?

Пациентка: Пытаюсь хорошо провести время, покуриваю травку; я каждый вечер обкуренная. И выпиваю. Одно время кокаин принимала. Но это я не могла контролировать. А если какой-то парень меня хочет, почему нет? По крайней мере я это могу.

Терапевт: Вы кому-нибудь говорите, что чувствуете?

Пациентка: Нет. Это не для меня. Я не слабачка. Это вы, психологи, хотите, чтобы я говорила. А какой толк? Все равно это никому не нужно. Людей не интересует, кто я.

Терапевт: Если бы я узнал, кто вы, что случилось бы?

Пациентка: Я бы вам не понравилась.

Другая молодая жена описывала свой подростковый возраст как время, когда она не могла привлечь внимание матери к своим чувствам. Она ощущала себя подавленной, тревожной и нелюбимой; стыдилась собственной внешности, искала поддержки. А мать была педиатром и говорила ей: «Ты говоришь, что у тебя проблемы. Я каждый день вижу больных детей, которые умирают. А ты просто капризная». Пациентка продолжала: «Когда мне было 13 лет, началась анорексия: я голодала, отказывалась есть, теряла вес. Но ничего не помогало». Эта пациентка жаловалась, что ее отстраненный муж, кажется, никогда не контактирует с ней на эмоциональном уровне. Однако у нее был любовник – женатый мужчина, с которым она могла поговорить. На первых сессиях в терапии пациентка настойчиво спрашивала, не слишком ли она требовательная и эмоциональная, повторяя слова критикующей матери, которая эмоционально отдаляла ее от себя.

На сессии мужчина сообщил, что, когда был подростком, его часто обижали другие дети: дразнили и высмеивали за относительно маленький рост. Он сообщил, что тогда решил не показывать свои чувства и просто относиться к происходящему логично: это все «про них», а не «про меня». Для подростка подобное решение было исключительно рациональным и стоическим. Он рассказал, что всегда хотел быть ученым, потому что его привлекали строгость и точность естественных наук, математики. Еще мужчина заметил, что его мать сама не очень умела выражать чувства, а отец, ученый-любитель, был озабочен лишь своими «изобретениями». Причина его прихода на терапию в том, что жена объявила его в холодности и высокомерии, отсутствии эмоционального контакта.

Терапевт: Что вы имеете в виду, говоря, что вы нечувствительный?

Пациент: Думаю, я говорю о том, что не замечаю, когда что-то задевает ее чувства. Но в такие моменты я сам этого не замечаю. *(Затем пациент описывает, как сделал жене высокомерное и снисходительное замечание.)*

Терапевт: Как вы думаете, что она почувствовала, когда вы это сказали?

Пациент: Думаю, рассердилась. Она сказала, что рассердилась.

Терапевт: А вы с какой целью это сказали?

Пациент: Я просто хотел дать ей правильную информацию. Знаете, я часто говорю такие вещи: поправляю людей и объясняю им, как на самом деле обстоят дела.

Терапевт: Кажется, вы часто думаете, что факты важнее чувств.

Пациент: Чувства мне не безразличны, когда я об этом думаю. Но, наверное, я не думаю о чувствах, когда говорю подобное.

Этот человек пытался справиться с эмоциями путем интеллектуализации буллинга, которому подвергался, будучи подростком, веря, что благодаря мышлению можно справиться с душевной раной. В результате он стал меньше замечать собственные чувства и заботиться о чувствах, намерениях других. На работе он был успешным ученым, но у него возникли сложности с распознаванием эмоций окружающих. Никакого злого умысла, как предполагала жена; скорее он сам не замечал, что использует факты и логику для обретения контроля над угрожающей реальностью, как в подростковые годы. Так как пациент был очень умным, он получал значительное удовлетворение в профессиональной жизни, однако качество отношений с женой ухудшалось.

Некоторые пациенты обращаются к другим людям, чтобы те регулировали их эмоции, вместо того чтобы полагаться на свои способности самоутешения и успокоения. Так, пациентка с пограничным расстройством личности сказала, что, испытывая эмоциональный дискомфорт, она звонит матери (в любое время суток), плачет в трубку и жалуется на то, как ужасна жизнь. Когда мать предлагала воспользоваться техниками, усвоенными в DBT, она кричала: «Не пытайся быть моим терапевтом!» У них с матерью было одинаковое представление о ее эмоциях: она не способна регулировать их самостоятельно, и за то, чтобы она почувствовала себя лучше, отвечает мать. Двойная зависимость – от необходимости внешней поддержки и отвержения помощи – привела к конфликтам между матерью и до-

черью, что еще больше укрепляло веру, которой они обе придерживались, в то, что дочь не в состоянии справиться со своими эмоциями. Терапевт может признать ценность социальной поддержки и подтверждения, а может поинтересоваться верой пациентов в то, что их эмоции должны регулировать другие люди.

Терапевт: Как на вас действует то, что вы обращаетесь к матери за успокоением?

Пациентка: Я знаю, что она меня любит, но мы начинаем спорить.

Терапевт: Может, вы просите ее делать что-то, что она делать не может: регулировать ваши чувства?

Пациентка: Если бы ей было не все равно, она бы помогла.

Терапевт: Кажется, это значит, что у вас самой нет инструмента, чтобы обращаться с собственными эмоциями. Вы сказали, что пару месяцев посещали группу DBT. А там вам не предлагали инструменты?

Пациентка: Предлагали, но я не чувствую, что могу ими воспользоваться, когда мне плохо.

Пациентка: Предлагали, но я не чувствую, что могу ими воспользоваться, когда мне плохо.

Терапевт: Если вы их не используете, когда вам плохо, а пытаетесь сделать так, чтобы мама вас успокоила (а она не может), это, наверное, пугает и огорчает еще сильнее.

Пациентка: Да.

Терапевт: Может, присвоив эмоцию (она ведь ваша), вы присвоите и решение – инструмент, который у вас есть.

Пациентка: Я знаю, что вы правы. Но это трудно.

Терапевт: Да, это трудно. Но вы уже сделали много трудных вещей и если используете эти инструменты – обнаружите, как они полезны. Мы можем предположить, что на этой неделе вы почувствуете себя по-настоящему плохо и выстроите план относительно использования имеющихся в вашем распоряжении средств.

Конкретные измерения эмоциональных схем

Терапевт эмоциональных схем интересуется представлениями пациента о длительности, контроле и принятии эмоций, а также о других измерениях эмоциональных схем, описанных в главе 3 и оцениваемых (некоторые в обратном порядке) по LESS II. В следующих главах подробно описано, как клиницист может обращаться с этими представлениями, используя широкий спектр техник, но и в ходе первичного интервью терапевт может задать вопросы, направленные на эти измерения.

- *Валидация.* Как вы думаете, другие люди понимают ваши чувства, они им не безразличны? Например, молодая женщина с пограничным расстройством личности сообщила, что родители не понимают ее, что она не может сделать так, чтобы они увидели вещи ее глазами. Она верила, что, давая ей совет или пытаясь с чем-то разобраться, они не беспокоятся о ее чувствах и просто хотят сделать все по-своему.

- *Длительность.* Когда вы чувствуете себя расстроенными, насколько долго, на ваш взгляд, это продлится? Переживание кажется вам мимолетным или вы чувствуете, что это будет длиться и длиться? Например, женщина боялась, что ее грусть бесконечна и что она всегда будет в депрессии. Подобно многим пациентам с аналогичной схемой в отношении длительности, она считала эмоцию чертой характера, которая является скорее постоянной, чем временной.

- *Контроль.* Бойтесь ли вы, что эмоция выйдет из-под контроля? И конкретно: бойтесь ли вы, что нечто может случиться, если вы потеряете контроль? Можете назвать худший результат, который вы предвидите? Есть ли некий зрительный образ того, что может случиться, если чувство выйдет из-под контроля? Например, один пациент верил, что его тревога будет нарастать и выйдет из-под контроля во время нахождения в самолете, и боялся, что встанет, закричит, побежит к двери и начнет в нее стучать. Такое с ним никогда не случилось, но в этом образе потери контроля он видел знак того, что действительно теряет контроль.

- *Вина/стыд.* Есть ли эмоции, за которые вы чувствуете вину? Какова причина того, что вы думаете, будто у вас не должно быть эмоций? Например, женатый мужчина чувствовал себя виноватым из-за того, что находил сексуально привлекательными других женщин, и боялся, что фантазии о них приведут к потере контроля и распаду его брака.

Есть ли эмоции, которые вас смущают? Например, верующий мужчина описал, как он почувствовал сексуальное возбуждение к другому мужчине на уроке иврита, и сказал, что такое желание было бы для него унижительным, если бы другие люди об этом узнали. Он также боялся, что, признавшись в этом терапевту, рискует, потому что другие люди в его общине узнают, что он ходит на терапию, и в итоге его может ждать изгнание.

- *Упрощенный взгляд на эмоцию.* При возникновении смешанных чувств относительно кого-то, включая вас самого, вам трудно их переносить? Как вы справляетесь со смешанными чувствами (поиск утешения, сбор информации, нерешительность, руминации, прокрастинация, критика)? Почему наличие смешанных чувств вас беспокоит? Например, мужчина из-за смешанных чувств к любимой девушке не хотел сказать ей, что любит ее и готов к помолвке. Он искал успокоения у друзей-мужчин; пытался доказать себе, что женитьба – это плохо, независимо от того, кто твоя партнерша; раздумывал о своей нерешительности. Он верил, что его чувства должны быть чистыми и цельными.

- *Выражение.* Есть ли чувства, которые вам трудно выразить? Какие они? Чего вы бойтесь, что может произойти, если вы их выразите? Если вас беспокоит выражение этих чувств, как вы с этим справляетесь? Например, женщина, которой недавно пришлось нелегко из-за того, что она забеременела, будучи одинокой, боялась, что ее эмоции «вырвутся не вовремя» (в церкви, на свадьбе, при чтении трогательной истории, во время полета в самолете). Она сказала, что боится, что если начнет выражать эмоции, то заплачет, и на терапии это будет унижительно.

- **Понятность.** Есть ли у вас чувства, которые для вас не имеют смысла? Какие они? Не видя смысла в своем чувстве, что вы чувствуете или делаете потом? Например, ранее в этой главе вдова описывала, что не понимает, почему так огорчается, когда после длинного рабочего дня возвращается в свою пустую квартиру. Предчувствуя, что загрустит, она начала пить уже по пути домой.
- **Ценности.** Вы чувствуете грусть, тревогу, гнев или одиночество по отношению к тому, что для вас ценно? Например, одинокая женщина после разрыва отношений плакала, описывая, как она теперь одинока. Сначала удивляясь, «с чего бы ей чувствовать себя так плохо», она заметила, что ценит интимность, любовь и верность. Переживаемые грусть и одиночество были связаны с ее ценностями.
- **Бесчувственность.** Бывает ли так, что вы чувствуете себя онемевшим? Замечаете ли порой, что то, что беспокоит других людей, не беспокоит вас? Что вы думаете или чувствуете в связи с этим онемением? Например, мужчина-алекситимик заметил, что он часто ничего не чувствует, когда видит или слышит то, что расстроило бы других людей. Когда его девушка плакала, он колебался между безразличием и легкой фрустрацией. Он заметил с отстраненным видом: «Я неэмоционален. Думаю, что эмоции – пустая трата времени. В любом случае люди используют их против вас».
- **Консенсус (сходство с другими).** Ваши чувства отличаются от того, что чувствуют другие люди? Какие из них кажутся вам необычными? Что для вас значит, если вы думаете, что испытываете чувства, которых нет у других? Например, ранее описанная женщина, которая напивалась, идя домой, сказала, что чувствует грусть, пустоту и одиночество и что все это отличается от чувств других людей. Она ощущала себя запутавшейся, смущенной, обеспокоенной, и этот спектр чувств казался ей ясным. Женщина верила, что она «особенно расстроенная», и не хотела делиться чувствами с окружающими.
- **Рациональность.** Думаете ли вы, что почти во всем нужно быть рациональным и логичным? По-вашему, эмоции мешают? Например, описанный выше мужчина-алекситимик был сосредоточен на рациональности и рассматривал эмоции как потерю времени, помеху эффективному мышлению. Он критиковал себя за эмоциональность и верил, что семья сочтет его потерявшим контроль, если он расскажет о депрессии.
- **Принятие.** Когда у вас есть чувство, трудно ли вам просто принять его? Какие чувства принимать труднее? Почему? Как вы думаете, что произойдет, если вы сейчас просто примете чувство? Например, мужчина, страдавший от панического расстройства, верил, что не может принять свою тревогу или беспокойство из-за нее. Он верил, что если примет тревогу, его бдительность сдаст позиции – и он потеряет контроль.
- **Руминации.** Вы часто застреваете на негативных чувствах и озабочены своими эмоциями? Например, одинокий мужчина описывал чувство пустоты, бесцельности и не мог понять, почему несчастен при явных признаках успешности. Он постоянно думал об этих чувствах: наверное, у него серьезная проблема, с которой ему никто не поможет справиться.
- **Обвинение.** Вините ли вы других людей за свои чувства? Думаете ли вы, что было бы лучше, если бы другие люди изменились? Например, ранее описанный женатый мужчина, чья жена настояла на том, чтобы он обратился к терапевту по поводу гнева, назвал причину своего гнева: жена не слушает его и не делает то, чего он хочет.

В придачу к этим 14 измерениям клиницист может расспросить о *срочности* в момент, когда возникают эмоции. Когда вы чувствуете эмоцию, кажется ли вам, что надо сделать что-то немедленно, чтобы с ней справиться? Некоторые люди полагают, что сильная эмоция будет нарастать, если с ней сразу не справиться; это представление может вести к импульсивному поведению, которое служит получению немедленного вознаграждения через временное ослабление эмоции. Например, женщина, которая чувствовала грусть и пустоту из-за конфликтных отношений с партнером, верила, что нужно немедленно избавиться от таких чувств, и это приводило к переяданию. В результате она получала некоторое удовлетворение, но позже приходили самокритичные мысли, и она чувствовала, что не контролирует себя.

Другие представления об эмоциях, которые могут быть оценены, включают веру в изменчивость эмоций. Например, что могло бы заставить вас почувствовать другую, более желанную эмоцию? Как отмечено в главе 3, вероятные неожиданные события или меняющиеся эмоции копинг-стратегии часто игнорируют предсказание о будущей судьбе эмоций, основанное на эмоциях в данный момент. Верит ли пациент в исчезновение или временность эмоций, либо актуальная эмоция рассматривается как постоянная черта, не зависящая от событий и другого поведения?

И наконец, можно исследовать эмоциональные цели, такие как стремление к безмятежности, удовлетворению, любви, признанию, сочувствию. Терапевту может понадобиться ввести идею о том, что эмоции способны быть целями, а не только актуальными переживаниями и что пациент может представить развитие жизненного плана и практику поведения, мышления, риска и отношений, которая породила бы новый и более желанный набор эмоций. Вместо того чтобы думать об эмоциях как о чем-то, что «просто со мной случается», пациент может исследовать эмоции, с которыми ему хотелось бы развиваться. Некоторые из идей об эмоциональных целях обсуждаются в главе 9.

Формирование концепции случая

После первичной оценки и интервью клиницист приступает к работе с пациентом над формированием концепции в рамках терапии эмоциональных схем. Признавая важность стандартной диагностической процедуры, клиницист может захотеть оценить и то, как представления и проблематичные стратегии эмоциональной регуляции влияют на эти стандартные диагностические категории. Например, какой вклад вера в длительность и контроль вносит в формирование химической зависимости? Как представления о неспособности получить одобрение, неконтролируемость эмоций и отсутствие толерантности к смешанным чувствам влияют на пограничное расстройство личности?

Чтобы показать, как может быть сформирована концептуализация случая, начнем с тусовщицы, описанной ранее в этой главе: молодая женщина, зависимая от марихуаны и алкоголя, со злоупотреблением кокаина в анамнезе, в настоящее время страдает нервной булимией, сильным депрессивным и генерализованным тревожным расстройством, бессонницей; в прошлом у нее — нанесение себе порезов, попытка самоубийства и саморазрушительные отношения с мужчинами. Общий план внизу можно использовать, чтобы сформировать концептуализацию для нее, а рис. 4.3 подходит в качестве общего руководства.



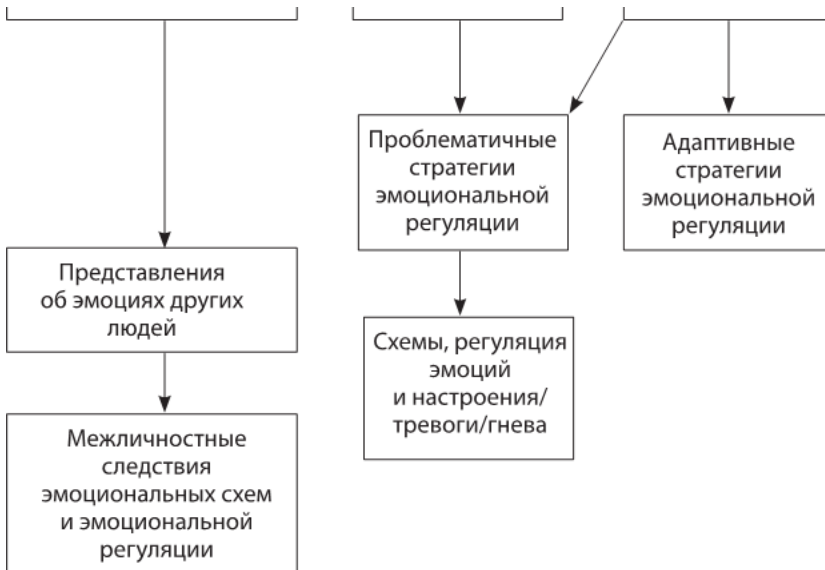


Рис. 4.3. Модель концептуализации случая

1. *Какие эмоции проблематичны с точки зрения пациента?* Гнев, тревога, одиночество, грусть.
2. *Преобладающие эмоциональные схемы.* Эмоции непонятны, длятся неопределенно долго, отличаются от эмоций других людей, являются признаком слабости, постыдны, не могут быть выражены или подтверждены.
3. *Эмоциональная социализация.* Ранняя и актуальная история обесценивания матерью и отцом; унижали и игнорировали из-за ее грусти и одиночества; ей пришлось чувствовать себя нелюбимой семье из-за того, что она со своими эмоциями «эгоистична»; ролевые модели родителей, которые «справлялись» со своими эмоциями с помощью наркотической и алкогольной зависимости; акцент на хорошем имидже, вместо того чтобы быть аутентичной, и скорее на физических характеристиках, чем на личности и характере.
4. *Проблематичные стратегии эмоциональной регуляции.* Избегание; попытки выглядеть веселой; уступки потребностям других; марихуана, алкоголь и кокаин; сексуальное отыгрывание; самоповреждение; руминации; беспокойство, отрицание потребности в помощи.
5. *Адаптивные стратегии эмоциональной регуляции.* Способна использовать решение проблем и формировать альянс с работниками сферы психического здоровья. Ищет терапию и медикаментозное лечение.
6. *Представления об эмоциях других людей.* Идеализация способностей других (они рассматриваются как «этим обладают все», не нуждающихся в помощи и живущих счастливо); вера в то, что она должна утешать и успокаивать мать и отца, угождать мужчине, чтобы он хорошо себя чувствовал, ради предотвращения отверженности. Меньше думает о том, что и другие в чем-то могут быть уязвимы; ожидает, что они будут сильными и совершенными,

либо отвергает их как слабых и недостойных. В себе видит «ту, которая угождает людям», сосредоточившись на том, чтобы быть сексуально-провокативной с незнакомыми мужчинами и «доказать, что я могу их получить».

7. Отношения эмоциональных схем, эмоциональной регуляции и депрессии, тревоги, гнева. Веря, что эмоции будут длиться неопределенно долго и нарастать, она употребляет марихуану, алкоголь, кокаин и слабительные, чтобы избавиться от некомфортных чувств и мыслей. Веря, что в ее эмоциях нет смысла, они постыдные и являются признаком слабости и что другие не испытывают таких чувств, она неохотно высказывает эмоции, показывает их невербально или ищет одобрения. Она рассматривает одобрение как жалкое зрелище и слабость, боится выражать гнев, потому что не чувствует, что имеет право сердиться, и боится, что выражение гнева приведет к полному ее отвержению. Изолированная от других со своими эмоциональными трудностями, она размышляет о том, что с ней не так, либо «лечит» себя наркотиками и алкоголем.

8. Межличностные следствия эмоциональных схем и эмоциональной регуляции. Видя себя глубоко дефектной и нелюбимой, она не делится с окружающими своими чувствами. Боясь привязаться и начать доверять, если бы появился «хороший парень», она видит в таких людях лузеров, но признает свой страх, что с плохими парнями «не получится»; она уже сбросила со счетов и отверженность, и покинутость. Эмоционально сблизиться с «хорошим парнем» страшно, потому что быть отвергнутой им еще больнее. Поэтому она таких мужчин избегает либо провоцирует, чтобы они сами ее отвергли. Пытается поддерживать отношения на поверхностном уровне, так как видит в себе «тусовщицу», которая «ничего серьезного» не чувствует. Заявляет, что боится «затронуть чертову тему» с другими людьми или собственными эмоциями. Рассматривает близкие отношения как «опасные», потому что «люди могут узнать, кто ты на самом деле».

Заключение

Цели первых встреч с пациентом – прояснить его теорию эмоций и эмоциональной регуляции; связать ее с историей эмоциональной социализации; исследовать, как эти представления поддерживаются в актуальных межличностных отношениях; исследовать следствия проблематичной эмоциональной регуляции и стратегий избегания, развить понимание того, как представления и эмоциональные стратегии пациента поддерживают или отягощают депрессию, тревогу, злоупотребление веществами и трудности в отношениях. Впервые делясь с пациентом концептуализацией случая на основе использования рис. 4.3, можно дать ему понимание того, как развились его представления об эмоциях и как эти представления привели к опоре пациента на избегание, низкую толерантность к фрустрации и другие вредные стратегии.

План терапии пациента начинается с оценки и продолжается ею. Он также будет включать социализацию пациента в модели терапии, идентификацию конкретных проблематичных измерений эмоциональных схем, идентификацию триггеров эмоции, изучение полезных и бесполезных стратегий эмоциональной регуляции; прояснение ценностей пациента и определение целей, которых ему хотелось бы достичь; пересмотр роли пассивности и изоляции; назначение пациенту поведенческой активации и экспозиции, помощь в развитии широкого спектра навыков эмоциональной регуляции (когнитивной реструктуризации, формирования толерантности к дискомфорту, преодоления экспериенциального избегания, практики страха и эмоциональной отстраненности). Следующие главы представляют конк-

ретные интервенции, касающиеся широкого круга вопросов, связанных с проблематичными представлениями о себе и других, а также описывают, как клиницист способен помочь пациенту идти к целям, которые он ценит.

Приложение 4.1

Описание вступительных процедур

Шкала позитивного и негативного аффекта (PANAS) содержит два главных фактора – позитивный и негативный аффект. У людей может быть высокий или низкий балл по обоим. Баллы PANAS сохраняются в течение двух месяцев и связаны с другими измерениями эмоциональности и личности. Клиницисту надо отметить, что позитивные и негативные эмоции чаще всего переживаются как соотношение между позитивными и негативными эмоциями. Особенно интересно, сообщает ли пациент об отсутствии позитивных эмоций и большом количестве негативных. Терапия может сосредоточиться на растущей частоте позитивных эмоций. Некоторые пациенты говорят, что у них редко возникают любые эмоции; здесь можно предположить ангедонию или алекситимию. У пациента с высоким баллом негативного аффекта можно идентифицировать конкретные эмоции, а также представления об этих эмоциях и возникающих стратегиях эмоциональной регуляции.

Опросник эмоциональной регуляции (ERSQ) оценивает 10 реакций на эмоции; некоторые из них могут быть проблематичными (подавление чувств, сокрытие чувств, беспокойство, самокритика), а другие – полезными (попытки думать о чем-то иначе, принятие, решение проблем). Этот опросник подходит для оценки соотношения негативных схем пациента и проблематичных стратегий совладания с эмоциями; регуляция последних может пригодиться для объяснения соотношений пациенту, как описано в главе 5. Опросник ERSQ представлен на рис. 5.1 в главе 5.

Опросник метакогниций-30 (MCQ-30) оценивает пять факторов, стоящих за беспокойством, основываясь на метакогнитивной модели Уэллса: позитивные представления о беспокойстве, негативные представления о беспокойстве, когнитивная уверенность, потребность в контроле и когнитивное самосознание. Эти факторы не только соответствуют тому, как отдельные люди думают о своих навязчивых мыслях или реагируют на них (например, беспокоятся), но и указывают, что люди думают о своих эмоциях. Так, негативные представления об эмоциях и потребность в их контроле имеют параллели в двух факторах MCQ-30. Кроме того, люди, которые постоянно сосредоточены на своих эмоциях, часто демонстрируют более высокие показатели по когнитивному самосознанию. Предположительно, у них есть трудности с тем, чтобы посмотреть на вещи чужими глазами. На самом деле метакогнитивные факторы относятся к проблематичным эмоциональным схемам у людей, поддерживающих негативные представления о своих эмоциях и с большей вероятностью сохраняющих позитивное представление о функции беспокойства, одновременно веря, что беспокойство можно контролировать.

Опросник принятия и действия-II (AAQ-II) базируется на модели психологической гибкости, осознанности и принятия, предложенной Хейсом и его коллегами. Люди с негативными эмоциональными схемами, скорее всего, продемонстрируют низкие показатели психологической гибкости, будут испытывать трудности с принятием своих мыслей, эмоций и затруднения с дистанцированием от них. Понятия и техники АСТ могут быть полезны при стимулировании большего принятия и меньшей спутанности с актуальными эмоциями при сосредоточенности на целях, имеющих ценность.

Шкала приспособления в диаде (DAS) широко используется для оценки удовлетворенности отношениями в паре и исследует конфликтные области партнеров. Высокие показатели ассоциируются с большей удовлетворенностью отношениями. Практика показывает тесную связь показателей DAS и восприятия пациентом того, как он или его партнер видят эмоции.

Опросник стилей родительского поведения (MOPS) включает три измерения для воспоминаний о том, как к пациенту относились мать и отец, когда он был ребенком: безразличие, абьюз и чрезмерный контроль. Ожидается, что люди с высокими показателями по трем этим измерениям будут иметь негативные представления о собственных эмоциях, трудности с доверием к окружающим и с валидацией.

Ответы по пересмотренной Шкале опыта в близких отношениях (ECRR) интересны для терапии эмоциональных схем, потому что порой люди не контролируют себя в близких отношениях из-за тревожной привязанности или могут демонстрировать отстраненность из-за страха поглощения, контроля или отвержения. Эта шкала определяет и тревожный, и избегающий стиль привязанности в отношениях взрослых. Исследование индивидуальных вопросов может дать клиницисту информацию о триггерах в близких отношениях, способных вызвать тревогу, ревность, гнев или грусть.

Компактная шкала самосострадания (SCS—SF) – опросник из 12 пунктов, оценивающий то, как человек реагирует на негативные эмоции. В шкале шесть измерений: доброта к себе, осуждение себя, общая гуманность, изоляция, осознание и чрезмерная идентификация. Самосострадание имеет отношение ко многим измерениям психопатологии (Neff, 2012). SCS-SF дает клиницисту информацию о том, как пациент может себя утешить или самостоятельно регулировать эмоции, демонстрируя доброе отношение к себе; как нормализует эмоцию, приходя к общей гуманности, либо критикует себя или чрезмерно идентифицируется с эмоцией.

Наконец, клинический многоосевой опросник Миллона-III (MCMI—III). Это широко используемая стандартизированная форма самоотчета, оценивающая в баллах 10 клинических синдромов и 14 расстройств личности. MCMI—III особенно хорош для оценки таких областей функционирования, как депрессия, тревога, ПТСР, злоупотребление веществами и многие расстройства личности, на основе модели Миллона.

Глава 5

Социализация по эмоциональной схеме

Держите свое сердце; потому что, если его отпустить, скоро потеряешь и голову.

Ф. Ницше

После проведения первичной оценки и интервью начальный этап собственно терапии – помочь пациенту в понимании того, что такое эмоциональные схемы, как они влияют на сохранение тревоги, депрессии и иных психиатрических расстройств; как представления об эмоциях приводят к проблематичным копинг-стратегиям, как эти представления усвоены и как их изменение, а также изменение стратегий может позитивно влиять на функционирование пациента. Понимание собственной теории эмоций – важный компонент терапии эмоциональных схем. Признавая данные схемы как «теории» или «индивидуальные конст-

рукции», пациент способен прийти к осознанию того, что некоторые теории необязательно соответствуют реальности, а новые теории могут быть более адаптивными.

Обучение пациента: что такое эмоции и эмоциональные схемы

Первый шаг на пути социализации пациента в модели эмоциональных схем – помощь в идентификации собственных эмоций и понимании, чем они отличаются от мыслей, поведения и реальности.

Терапевт: Мы будем много говорить о ваших мыслях, чувствах и поведении. Они связаны между собой, но все это разные проявления. Давайте представим, будто вы думаете, что у вас слишком много работы, а начальник на вас сердится. Это ваши мысли о том, что произойдет. Потом вы замечаете, что сердце начинает биться быстрее, чувствуете тревогу и немного сердитесь на начальника, полагая, что он к вам несправедлив. Учащенное сердцебиение, тревожность – это ваши эмоции. Также вы замечаете, что эмоции привлекают мысли о начальнике и что вы можете начать вести себя иначе. Например, работать еще усерднее или жаловаться коллегам. Итак, эмоции включают ощущения и осознание того, что вы чувствуете: у вас могут быть мысли о чем-то, вы можете относиться к людям по-разному. Ваша эмоция (тревога) привлекает ваши ощущения и ваше осознание того, что вы чувствуете, а также вашу мысль о том, что босс расстроится, и о том, как вы общаетесь с людьми при тревожности. Это понятно?

Пациент: Чем эмоции отличаются от мыслей?

Терапевт: Мысли – это заявления вроде «С моим боссом всегда трудно» или «Я никогда этого не сделаю». В подобных мыслях интересно то, что их можно проверить чем-то очевидным. Мы можем собрать свидетельства о том, действительно ли с вашим боссом всегда трудно и сможете ли вы сделать работу. В некотором роде мысли могут быть верны или неверны или в чем-то верны, а в чем-то – нет. Но если вы скажете, что чувствуете тревогу и что сердце сильно бьется, мы не спросим, правда ли это, предполагая, что вы правы, ведь вы знаете свои эмоции и переживаете их. Однако можно было бы спросить, *о чем* вы тревожитесь.

Пациент: Как это мне поможет?

Терапевт: Хороший вопрос. Мы могли бы посмотреть на ваши мысли и подумать об изменении вашего поведения. Это было бы полезно.

Но мы также знаем, что временами у вас возникают трудности с эмоциями. Иногда может появиться желание посмотреть, что вы делаете или думаете, когда чувствуете тревогу или грусть.

Пациент: А что я могу думать?

Терапевт: У вас могут появиться мысли о тревоге. Например, что она бессмысленна или способна длиться долго либо что опасна. Это может сделать вас еще более тревожным.

Пациент: Значит, я могу тревожиться из-за того, что тревожусь?

Терапевт: Вероятно, да. Это может быть правдой. Нам следует посмотреть.

Следуя данной инструкции о том, что такое эмоция, терапевт знакомит пациента с принципами терапии эмоциональных схем. Результаты LESS II после первичной оценки (см. главу 4) дают специалисту темы для обсуждения – конкретные представления пациента о длительности, контроле, понятности и других измерениях эмоциональных схем.

Терапевт: В заполненной форме [LESS II] вы отметили, что считаете, будто ваши эмоции будут длиться долго. Какие именно эмоции?

Пациент: Думаю, моя грусть. Когда мне плохо, я уверен, что так будет всегда и что мне из этого не выбраться.

Терапевт: Итак, ваше представление о собственной грусти – это то, что она будет длиться долго. Иногда это заставляет вас чувствовать безнадежность?

Пациент: Да. Думаю, что да. Полагаю, мне не выбраться из этого настроения.

Терапевт: Думая, что все безнадежно и что грусть будет продолжаться бесконечно, что вы делаете?

Пациент: Наверное, сижу и думаю об этом. Просто думаю: «Ну почему я это чувствую? Что со мной не так?»

Терапевт: Итак, мы видим, что вам грустно. Потом вы думаете, что так будет всегда, и это заставляет вас чувствовать безнадежность. Затем вы думаете и думаете об этом. Что вы чувствуете в этот момент?

Пациент: Мне грустно.

В этом примере терапевт может связать представление о длительности эмоции с другой эмоцией (безнадежность), а далее – с раздумьями, которые сохраняют грусть. Данная иллюстрация процесса удовлетворяющей и поддерживающей себя эмоциональной схемы – первый шаг к связыванию представлений об эмоции с проблематичным копингом и депрессией. Исследование начинается с фокуса на эмоции, с того, что человек о ней думает, и на активизирующейся при этом проблематичной копинг-стратегии. Представление об эмоции и совладание с ней связаны.

Терапевт: Давайте еще раз посмотрим, что вы говорите о ваших эмоциях. Отвечая на один вопрос, вы написали, что эмоции для вас не имеют смысла. Другими словами, они кажутся непонятными. Какая эмоция кажется непонятной?

Пациент: Ну, я не понимаю, почему грущу. У меня хорошая работа и удачный брак, я здоров. Какая может быть причина для грусти?

Терапевт: Окей. Думая, что ваши чувства непонятны, что вы делаете?

Пациент: Я продолжаю спрашивать свою жену, вылечусь ли я. Временами она меня поддерживает, но я вижу, что это может ее отдалять. Меня это огорчает.

Терапевт: Получается, вы думаете, что в ваших чувствах нет смысла, и просите утешения, а потом беспокоитесь, что это отдаляет вашу жену?

Пациент: Да, и меня это тоже огорчает.

Пациент: Да, и меня это тоже огорчает.

Терапевт: Итак, мы увидели, что у вас есть представления о ваших эмоциях (они будут длиться бесконечно, в них нет смысла), и эти представления заставляют вас еще сильнее огорчаться и чувствовать еще большую безнадежность, а потом вы об этом думаете и ищете утешения. Но это тоже способно заставить почувствовать фрустрацию и грусть. Мы видим порочный круг, когда ваши представления приводят к проблематичным путям совладания. Это для вас имеет смысл?

Пациент: Да, кажется, это я и делаю.

Проиллюстрировав вышеописанную связь, терапевт готов ввести модель эмоциональной схемы. Модель станет основой концептуализации случая и планирования терапии.

Терапевт: У каждого есть представления об эмоциях. Иногда нам грустно, и мы думаем, что это имеет значение, например, мы грустим, когда умирает близкий человек. В нашей грусти есть смысл. Мы также можем верить, что со временем грусть утихнет, когда мы ее отпустим. Мы думаем, что наша грусть нормальна, и можем верить, что другие люди подтвердят – здесь есть о чем грустить. Все это наши представления о грусти в конкретной ситуации: в ней есть смысл, она не будет длиться вечно, другие почувствовали бы то же самое, наше чувство могут подтвердить окружающие. Но представим, что у вас иные представления о вашей эмоции. Например, вы могли бы верить, что в вашей грусти нет смысла, что она будет длиться вечно, что другие не почувствовали бы то же самое и что никто не способен вас понять. И вы можете опасаться, что грусть будет расти и захлестнет вас, что вы потеряете над ней контроль. Вы смущаетесь и боитесь вашей грусти. Эти два примера иллюстрируют, как по-разному может влиять на вас собственное представление об эмоции.

Пациент: Я думаю, у меня много негативных представлений о чувствах. Особенно то, что они будут длиться вечно и выйдут из-под контроля.

Терапевт: Эти представления называются эмоциональными схемами. Это просто значит, например, что у вас есть собственная теория вашей грусти. Возникает несколько вопросов. Во-первых, ваша теория делает вас еще грустнее? Например, думая, что грусть бесконечна, вы можете чувствовать еще большую грусть и безнадежность. Во-вторых, приводит ли ваша теория к тому, что вы без конца размышляете, изолируетесь, остаетесь пассивным и снова ищете утешения? В-третьих, если бы у вас была другая теория вашей грусти и вы верили, что в ней есть смысл, она временная и не выйдет из-под контроля, а также что есть вещи, которые вы можете сделать, чтобы прийти к позитивным эмоциям, – изменила ли что-то для вас такая новая теория?

Пациент: Кажется, здесь можно о многом спросить.

Терапевт: Давайте посмотрим на эту схему (*представляет модель эмоциональных схем; рис. 3.2, глава 3*). Заметьте, что у вас может быть много разных чувств (грусть, тревога, сексуальные чувства), а потом вы можете обратить или не обратить на них внимания. Скажем, вы нормализовали эмоции: думали, что в них есть смысл, что другие люди чувствуют то же самое, что вы можете принять эти чувства. Вы также можете разделить их с близким другом, который их подтверждает, и ваша жизнь продолжится. Не хороший ли это способ думать об эмоциях?

Пациент: Да. Я бы этого хотел. Но сейчас я так не чувствую.

Терапевт: Вероятно, ситуацию можно изменить. Теперь давайте снова посмотрим на схему: описывает ли здесь что-то вас. В некоторых случаях вы можете думать, что в ваших эмоциях нет смысла, что они будут длиться всегда и что их надо контролировать. Также вы можете чувствовать вину или стыд. Возможно, вы считаете ваши чувства проблематичными. Что-то из сказанного иногда напоминает вас?

Пациент: Очень часто. Особенно с тех пор, как я стал более депрессивным.

Терапевт: Вероятно, вы думаете: «Как я могу избавиться от этих эмоций?» Некоторые люди пьют, кто-то передает или употребляет наркотики. Другие изолируются и избегают нового опыта. Что-то из этого напоминает вас?

Пациент: Я не так много пью, но в последнее время ем много фастфуда.

Терапевт: Эти проблематичные способы совладания могут делать вас еще более грустным. И цикл повторяется: «Мне грустно», «В моей грусти нет смысла». Раздумья, изоляция, еще большая грусть, еще большая безнадежность. И так до бесконечности.

Пациент: Это на меня похоже. Но звучит депрессивно.

Терапевт: Понимаю, это звучит депрессивно. Но если бы у вас были другие мысли о ваших эмоциях и другие способы совладания? Что тогда?

Пациент: Думаю, я почувствовал бы себя лучше. Но как вы можете это сделать?

Терапевт: Здесь нам поможет терапия.

Терапевт и пациент могут исследовать тот факт, что пациенту, вероятно, трудно замечать, обозначать и различать некоторые эмоции. Пациент, например, может просто заметить: «Мне было грустно», а дальнейшее исследование откроет, что он чувствовал фрустрацию, злость, тревогу, грусть, смущение и зависть. (У пациентов с алекситимией больше трудностей с распознаванием и обозначением эмоций, а также с привязыванием эмоций к конкретным воспоминаниям.) Вместо того чтобы нормализовать и выражать эмоции, учиться на них и подтверждать их, пациент может избегать опыта. Далее это относится к негативному оцениванию эмоции, например к вере в то, что такие чувства продлятся вечно, другим они незнакомы и не поддаются контролю, в них нет смысла. Такие интерпретации запускают цикл избегания, экстернализации, подавления и раздумий.

В первой фазе терапии эмоциональных схем пациент узнает, как процесс замечания, обозначения, различения, оценки и использования эмоций конструктивно или проблематично вносит вклад в проблему, для решения которой ему требуется помощь. Кроме того, в данной фазе терапии терапевт и пациент исследуют более ранние воспоминания об эмоциональной социализации, связывающие пренебрегающий и дезорганизованный родительский стиль с конкретными представлениями об эмоциях, которые вкратце исследуются.

Схематичные иллюстрации, связывающие представления с регуляцией эмоций, помогают понять, как оценка используется в понимании эмоциональных схем и стратегий, стоящих за психопатологией. Более того, терапевт способен помочь в создании такой иллюстрации, чтобы пациент смог дифференцировать эмоции и их уровни (первичные и вторичные), идентифицируя скрытые модели содержания и функционирования, определяя причины эмоций и процесс эмоциональной регуляции в себе и других. Как отмечено выше, репрезентация модели эмоциональных схем, приведенная в главе 3 (см. рис. 3.2), полезна пациентам в начале терапии.

Связывание эмоциональных схем и проблематичных копинг-стратегий

Как выше было показано в записях терапевтических сессий, представление о длительности или понятности эмоции может привести к таким проблематичным копинг-стратегиям, как избегание, руминации и чрезмерный поиск утешения. Терапевт определяет, какие из проблематичных представлений в эмоциональных схемах пациент одобрил по LESS II или в ходе интервью, а затем изучает их последствия. Например, пациент, который говорит: «Мои эмоции выйдут из-под контроля» (подобно женщине в отрывке, приведенном ниже), запустит стратегии подавления эмоции или снижения ее интенсивности, а когда они окажутся неэффективными, может подавлять эмоцию еще решительнее.

Терапевт: Я заметил [по LESS II], что в опроснике вы указали на то, что верите, будто ваши эмоции могут выйти из-под контроля. Когда у вас появляется такая мысль об эмоциях, что вы делаете?

Пациентка: Я чувствую тревогу. Мне страшно.

Терапевт: В этом есть смысл. Но я хочу знать, есть ли способы, которые вы используете, чтобы осуществлять контроль, или вещи, которые вы делаете или говорите, чтобы почувствовать себя менее тревожной.

Пациентка: Иногда я ем фастфуд. Поначалу это успокаивает. Я могу просто напичкать себя едой.

Терапевт: Окей. Итак, думая, что эмоции выйдут из-под контроля, вы иногда переживаете. Я понял. Есть что-то еще, что вы можете сделать?

Пациентка: Я беспокоюсь о том, что со мной случится. Задаю себе вопросы: «Я не сойду с ума? Это будет длиться вечно?» Бывали времена, когда я думала, что не смогу вынести это чувство и что лучше бы мне умереть. Но я ничего не делала. Просто иногда об этом думала.

Терапевт: Я понимаю, что это может быть тяжело. Вы беспокоитесь, а потом думаете, что это безнадежно, и, похоже, вам приходится насильно подавлять это

чувство.

Пациентка: Я могу позвонить своей подруге Джиллиан, и она меня успокоит. Она помогает мне почувствовать, что все будет хорошо.

Терапевт: Итак, Джиллиан – важный для вас человек. Вы думаете что-то вроде: «Мои эмоции удастся привести в порядок, если мне кто-то поможет» или «Джиллиан меня успокоит». Будто считаете, что кто-то другой способен контролировать ваши эмоции и помогать.

В данном случае пациентка видит, что представления об эмоции могут привести к проблематичным копинг-стратегиям и что в некоторых случаях она делегирует контроль над своими эмоциями другому человеку. В каждом случае недостает самоэффективности; она чувствует себя переполненной одной из своих частей и потребность убежать от самой себя. Эта бесконечная борьба заставляет ее чувствовать еще большую тревожность и депрессивность. Цикл повторяется снова.

Одна пациентка, о которой шла речь выше, вдова около 60 лет, в конце дня обычно шла домой пешком, потягивая виски из бутылки, которую носила в сумке. Ко времени прихода домой женщина уже была пьяной. Как описано в главе 4, терапевт спросил ее: «Что произошло бы, если бы вы дошли до своей квартиры, ничего не выпив? Если бы вы не были пьяной?» Она ответила, что боится попасть во власть одиночества и грусти из-за того, что квартира пуста: ее муж умер два года назад, и ей очень его не хватает. Тогда терапевт продолжил: «А если вы будете чувствовать себя одинокой и грустной, что произойдет?» Она ответила, что не думала об этом, но ей кажется, ощущения одиночества и грусти усилятся: «Это будет невыносимо и бесконечно». Терапевт предположил, что женщина думала, будто нуждается в избегании переживания грусти и одиночества, а выпивка – единственный способ не дать эмоциям себя захлестнуть. Если бы она не думала, что грусть и одиночество будут нарастать и захлестнут ее, ей бы не пришлось пить. Позже в этой главе мы вернемся к данной пациентке; ее опыт показывает, как представление об эмоции может привести к проблематичному способу копинга.

Идентификация того, как эмоциональные схемы усваивались в семье

Эмоциональные схемы часто переживаются как автоматические реакции, над которыми человек обычно не думает. Например, пока пациента не спросят о его представлении о том, что чувство будет длиться бесконечно, он может жить с этим представлением годами, не задумываясь о том, что это неточно. Как говорилось ранее, дистанцирование от представления – первый шаг к его модификации. Один из способов дистанцироваться – понять, как представления усваивались в семье. Если они были заучены, можно переучиться. Дети усваивают, что их эмоции имеют смысл, в ходе «эмоционального разговора» в семье. То есть когда используются слова, обозначающие эмоцию, родитель ее отражает и обозначает, развивает тему эмоции, описанной ребенком, а затем помогает ему найти способы совладания.

Как показано в главе 3, такой «эмоциональный коучинг» стал одним из важных компонентов при развитии у детей самоконтроля (Eisenberg & Spinrad, 2004; Gottman et al., 1996; Hanish et al., 2004; Michalik et al., 2007; Rotenberg & Eisenberg, 1997; Sallquist et al., 2009). Готтман и коллеги (Gottman et al., 1996) также идентифицировали несколько проблематичных

стратегий эмоциональной социализации, описанных в главе 3: дисрегуляторный, пренебрегающий и осуждающий стиль. Неодобрительная стратегия отрицает важность эмоций ребенка («Да ничего страшного. Брось беспокоиться. Зачем ты это раздуваешь?»). Пренебрегающий подразумевает критику и чрезмерный контроль чувств ребенка («Прекрати вести себя как маленький! Что ты никак не вырастешь?!»). А при дисрегуляторном стиле родители настолько переполнены собственными чувствами, что отвергают эмоции ребенка («Ты разве не видишь, что мне своих проблем хватает? Я не могу обращать внимание и на пьянство твоего папы, и на твою дурь. Оставь меня в покое!»).

Опыт, каково быть игнорируемым, критикуемым, униженным, отвергаемым или преуменьшенным, когда человек расстроен, может оказать длительное воздействие на его представления о своих эмоциях и о том, как другие на них откликнутся. Например, когда пациенты были детьми и огорчались, утешали ли их родители, помогали ли выразить эмоции и понять, что в них есть смысл; помогали ли им научиться решать проблемы, предлагали ли полезные альтернативы, договаривались ли, разрешая конфликт? Или родители говорили детям, что нет смысла огорчаться, они капризные и ведут себя как маленькие?

В некоторых случаях, как с пациентом из главы 4, у которого жена идентифицировала «проблему гнева», он может сказать: «Мой папа говорил мне, что все будет хорошо, и пытался меня поддержать». Однако при более близком рассмотрении утешение может рассматриваться как избегание эмоций и сообщение этого ребенку: «По сравнению с происходящим твои эмоции слишком сильные. Не стоит продолжать говорить о них, тебе просто нужно об этом забыть». Вопрос, давали ли родители ребенку время и формировали ли эмоциональное пространство, чтобы выслушать его и узнать о его чувствах? Предоставлялась ли ребенку возможность выразить их?

В следующем случае у женщины были избегающий отец и подавляющая мать:

Терапевт: В детстве, когда вы обижались, кто из родителей чувствовал это?

Пациентка: Мой отец все время проводил на работе и, приходя домой, был уставшим, ему не хотелось общаться. Я быстро поняла, что говорить с ним не следует.

Терапевт: Вы помните какую-нибудь его реакцию на ваши чувства?

Пациентка: О да! Он всегда говорил: «Не беспокойся. Ты справишься».

Терапевт: Что вы чувствовали, когда он это говорил?

Пациентка: Что у него для меня нет времени.

Терапевт: А как насчет мамы?

Пациент: Она была депрессивной, тревожной, отношения с отцом у них не сложились. Мама часто говорила о собственных трудностях, ходила печальная и одинокая, чувствовала, что папа слишком занят.

Терапевт: Кажется, фокус был на ее чувствах, а для ваших не оставалось времени?

Пациентка: Да, думаю, так. Она говорила: «Мне самой трудно. Твой отец не бывает дома. Мне надо заниматься тобой и твоей сестрой. Что там у тебя опять?»

Терапевт: Значит, она была переполнена собственными чувствами, а ваши чувства ей казались тяжким грузом. Что вы чувствовали?

Пациентка: Я чувствовала себя грустной и виноватой. Да, я была виновата, потому что усложняла ее жизнь.

Какие эмоциональные схемы сформировались здесь? Эта пациентка усвоила, что не имеет права на собственные чувства и виновата в том, что ее эмоции являются грузом для других; что люди не подтвердят ее чувства и не помогут их выразить; что ее эмоции плохи. Она не научилась обозначать свои чувства, дифференцировать и регулировать их, находить в них смысл. Ей сообщали: «Справляйся со своей эмоцией сама и не нагружай других».

Терапевт может и дальше исследовать, что пациентке транслировали об эмоциях, которые она усвоила в семье. Были ли конкретные эмоции, с которыми не все в порядке? Например, быть «не в порядке» значило ли быть сердитым, тревожным или грустным? Значило ли то, что транслировалось, что в эмоциях нет смысла и ребенок слишком сильно реагирует? Что другие люди ничего подобного не чувствовали? Или родители подтверждали и нормализовали эмоции, поощряли их выражение, успокаивали ребенка? Был ли ребенок «помечен ярлыками»: «неуправляемый», «эгоистичный», «сумасшедший», «глупый»? Может, родители чрезмерно интерпретировали эмоции («Ты плачешь, чтобы мной манипулировать, действовать на меня своим плачем. Тебе это с рук не сойдет!»).

Некоторые дети оказываются в положении, когда их просят позаботиться об эмоциях родителей – это форма «обратного родительства». Например, одна пациентка описала свою мать как постоянно встревоженную и обеспокоенную своей собственной тревогой. Отец был сердитым, дистанцированным и непредсказуемым. Мать обратилась к дочери как к источнику утешения, когда той было восемь лет. «Я помню, как мама говорила, что ее беспокоят боли в груди, и просила принести ей таблетки. Она говорила: “Может, ты останешься дома и не пойдешь к подруге?” Я чувствовала, что должна о ней заботиться». Став взрослой, эта пациентка постоянно задавалась вопросом, есть ли смысл в ее эмоциях, поймет ли терапевт, будут ли эмоции длиться вечно. «Обратное родительство», которое она испытывала, заботясь об эмоциях матери, привело к тому, что она чувствовала, что никто не защитит ее и не позаботится о ней. В результате недостатка родительской заботы о ее эмоциях она вышла замуж за чрезмерно контролирующего мужчину, который в ней

в ней души не чаял, но при этом убеждал в том, что она не способна сама о себе позаботиться. Когда она стала более успешной на работе, он стал ее принижать и называть эгоисткой. Из родительского дома, где мать контролировала ее с помощью чувства вины и страха, она пришла в дом, где муж ее контролировал, внушая, что она слабая и некомпетентная.

Какие эмоциональные схемы были усвоены в данном случае? В ситуации «обратного родительства» девочка научилась не выражать свои чувства (это говорит о том, что она не получала одобрения), научилась тому, что ее эмоции будут грузом для окружающих, что нужно уступать желаниям других и удовлетворять их нужды, что в ее эмоциях нет смысла и никто не разделяет ее чувства. Мать редко утешала ее, поэтому она не научилась саморегуляции чувств или тому, как исправить собственное положение. Она искала в партнере родительс-

кой заботы, чтобы компенсировать то, чего ей не хватало в детстве. Она ждала, что муж позаботится о ее эмоциях.

Распознавание того, как усваиваются эмоциональные схемы, помогает пациенту дистанцироваться от них. Так он может понять, что его представления об эмоциях во многом возникли из-за проблематичного родительства. Но цель терапевта – не застрять на обвинении родителей за трудности во взрослой жизни, а помочь пациенту понять, что представления об эмоциях могут быть разными, в зависимости от окружения, в котором они заучены. Более того, понимание опыта эмоциональной социализации помогает увидеть в эмоции смысл и чувствовать себя менее виноватым из-за того, что пациент не усвоил более адаптивные представления и стратегии регулирования эмоций. Терапевт может сказать: «Вы не должны винить себя за то, что родители вас чему-то не научили».

Терапевт: Итак, вы увидели, как усвоили некоторые представления об эмоциях в детстве. Вы не виноваты в том, что вашим родителям это не удалось. Вы даже можете удивляться тому, как они сформировали эти негативные представления об эмоциях. Вероятно, относительно эмоций ваши родители были критичными и игнорирующими. Такое возможно?

Пациентка: Да, мамина мама была очень критикующей. Вы бы назвали ее нарциссом. Все и всегда – только о ней. Она думала, что отец недостаточно хорош для моей мамы. Даже сейчас он ее, кажется, боится. Я бы так сказала.

Терапевт: Родители были ограничены в том, чтобы помочь вам понять собственные эмоции и научить обращаться с ними. Может, эти ограничения возникли в их детстве. Но есть хорошая новость: вы можете научиться иначе думать о своих эмоциях и по-другому с ними обращаться.

Пациентка: Это было бы хорошо. *(Пауза.)* Думаю, на это нужно время.

Терапевт: Да, потребуется время. Но разве не будет здорово, если вы узнаете, что ваши эмоции имеют смысл, что у других людей могут быть такие же чувства, что ваши эмоции не вечные и не одолеют вас? Разве не будет здорово, если вы сможете принимать некоторые эмоции как опыт, получаемый в данный момент, обнаруживая, что можете вызывать в себе позитивные эмоции и жить жизнью, в которой есть место для всех эмоций – и позитивных, и негативных?

Пациентка: Это было бы прекрасно. Но я не знаю, как такое возможно.

Терапевт: Над этим мы с вами поработаем, если захотите. Можем попытаться.

Далее терапевт может исследовать, какие эмоции в семье не принимались. Крайний пример дает случай 24-летнего бывшего полупрофессионального футболиста, страдавшего от конверсионного расстройства. Он не мог работать и жил в доме с матерью, с которой чувствовал сильную фрустрацию, потому что она его постоянно критиковала. Он жаловался, что ему трудно сидеть, и поэтому лежал в офисе терапевта. Молодой человек заявлял, что у него «нехорошая злость» и что он желает устранить все свои злые мысли и чувства. Обозначил, что религиозная вера (он назвал себя новообращенным) запрещает ему злиться, хотя не смог сказать, какое именно учение несет запрет на чувства. Медицинское обследование

показало, что физически с ним все в порядке; ничто не объясняло его потребность лежать на полу. «Мне так удобнее», – сказал пациент. Терапевт спросил его о злости в семье.

Терапевт: Когда вы росли, что происходило, если вы сердились?

Пациент: Нам говорили, что злость – грех, ни на кого в семье сердиться нельзя. Иначе мы плохие.

Терапевт: Значит, если вы сердились, вам приходилось чувствовать вину? Вам говорили, что вы плохой?

За несколько сессий терапевт заметил, что если он спрашивал пациента о матери, тот начинал сердиться, так как она была с ним критична; по мере нарастания гнева он приподнимался на полу и казался физически сильнее. Когда терапевт прокомментировал данное наблюдение, клиент снова лег на пол и сказал, что его гнев – плохое проявление. Это драматичный пример того, как родительские послания, прививающие ребенку чувство вины за то, что он чувствует злость, могут привести к серьезной психопатологии.

У другого пациента, казавшегося алекситимиком, имелись трудности с распознаванием своих эмоций. Он был безработным и искал работу уже семь месяцев. Когда он говорил об эмоциях, его лицо оставалось маловыразительным. Также он отмечал, что затрудняется ответить, как на самом деле относится к своей девушке. Когда его спросили, был ли он когда-нибудь влюблен, прозвучал ответ: «Может быть, если посмотреть назад. Я не знаю». Терапевт поинтересовался, разговаривал ли он когда-нибудь о своих чувствах с родителями в детстве.

Пациент: Они ничего не хотели слышать о чувствах, были заняты лишь достижениями: окончанием правильных учебных заведений, успешностью. Нет, разговор о чувствах был бы пустой тратой времени.

Терапевт: А сейчас?

Пациент: Если бы я им рассказал, что именно чувствую и что у меня трудные времена, они бы использовали все это против меня. Это признак слабости.

Таким образом, в семье этого пациента эмоции находились за пределами допустимого; они не соответствовали таким ценностям, как достижения и статус. В межличностных отношениях эмоции делали человека уязвимым.

Как изменение эмоциональных схем может влиять на психопатологию

В формировании мотивации к изменению терапевт может использовать информацию об эмоциях и неадаптивном копинге, чтобы проиллюстрировать, что корректировка представлений способна помочь в работе с тем, что беспокоит пациента. Пациенты, которые ранее полагались на пассивность, избегание, злоупотребление психоактивными веществами, руминации, переживание и другие не приносящие пользы копинг-стратегии, могут начать исследовать то, как изменение их представлений сделает данные стратегии ненужными. Например, в случае вдовы, которая возвращалась домой пьяной, если бы она распознала, что ее грусть указывает на более высокие ценности любви и преданности (того, чем можно гордиться), что грусть и одиночество могут рассматриваться как мимолетные напоминания

о том, кого она любила, способны приходить и уходить, не переполняя ее, она меньше нуждалась бы в алкоголе для избегания подавляющих чувств.

Терапевт может поинтересоваться конкретными стратегиями регулирования эмоций во время первичного интервью и получить дополнительную информацию, используя опросники. Инструмент для измерения различий в стратегиях общей эмоциональной регуляции разработали Алдао и Нолен-Хоэксема (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). Опросник стратегий эмоционального регулирования (ERSQ) представлен на рис. 5.1. Он позволяет быстро оценить, использует ли пациент решение проблем, когнитивное реструктурирование, принятие, подавление, отвлечение или самокритику; скрывает ли он свои чувства от других, тревожится или снова и снова прокручивает в голове мысли, утешает ли себя или «делает что-то еще» (глубоко дышит, выпивает, ест и т. п.). В дополнение к опроснику ERSQ, который допустимо использовать на приеме пациента (см. главу 4), терапевт может расспросить его о другом поведении, к которому он прибегает, тем самым расширяя категорию «делать что-то еще». Например, диссоциирует пациент, «уходит» в Интернет или слишком увлекается порнографией, прибегает к самоповреждению, практикует компульсивное поведение (например, компульсивную уборку), общается с людьми неадекватным образом, кричит, срывает на них злость или демонстрирует какое-либо другое проблематичное поведение. Особенно сильную связь с депрессией имеют пассивность и избегание в качестве копинг-стратегии. Например, когда пациенту плохо, он лежит подолгу в постели, избегает общения с людьми или не отвечает на сообщения, подолгу спит, прокручивает в голове одни и те же мысли или в целом устраняется. Пациенты могут не видеть в этом копинг-стратегии или просто ничего не делать – это, вероятно, самая распространенная копинг-стратегия.

Вы пытались...	Совсем не пытался	Немного	В некоторой степени	Много раз
предлагать идеи для изменения ситуации или решения проблемы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
думать о ситуации по-другому, чтобы изменить свое самочувствие	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
позволить себе чувства или принять их	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
отбросить чувства, чтобы о них не думать	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
делать что-нибудь, чтобы отвлечься	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
критиковать себя за свои чувства	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
прячь свои чувства от других людей	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
тревожиться и без конца думать о ситуации	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
делать что-то еще (глубоко дышать, выпивать или есть, чтобы почувствовать себя лучше)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Рис. 5.1. Опросник стратегий эмоциональной регуляции (ERSQ).

Из книги: Aldao & Nolen-Hoeksema (2012) Copyright 2012 by Elsevier.

Печатается с разрешения автора

Терапевт может идентифицировать типичные стратегии, а потом связать их с представлениями об эмоциях. Рассмотрим ситуацию с женщиной, которая большую часть воскресенья лежит в постели, жалуется, что у нее нет энергии и мотивации, и описывает себя как печальную. Депрессивные пациенты часто жалуются на то, что у них «нет энергии» и «нет мотивации», «логично» заключая из этого, что «ничего не могут поделать». В представлении этой пациентки ее энергия и мотивация – нечто конечное и исчерпанное, и если она будет что-то делать, это опустошит ее еще больше. Она также верит, что общение с людьми сделает ее еще более печальной и фрустрированной.

Пациентка использует пассивность и избегание как копинг-стратегии. Терапевт может спросить о ее печали и энергии, поинтересоваться, что случится, если она встанет с постели, выйдет из квартиры, начнет делать упражнения, встретится с друзьями.

Пациентка: Я буду измождена. Я просто не могу этого сделать.

Терапевт: А если бы у вас было иное представление о вашей мотивации? Например, если бы вы поверили, что она вырастет, как только вы начнете что-то делать? Если бы вы думали, что ваша мотивация делать упражнения усилится, когда вы начнете?

Пациентка: Думаю, я встала бы с постели и начала делать упражнения.

Терапевт: Тогда, если вы можете представить, что делаете упражнения, выходите из дома и что-то делаете, по вашему мнению, что вы будете при этом чувствовать?

Пациентка: Наверное, я чувствовала бы себя лучше. Но у меня нет сил.

Терапевт: Что самое худшее могло бы случиться, если бы вы начали выполнять упражнения и у вас было мало сил?

Пациентка: Я почувствовала бы усталость.

Терапевт: Что самое лучшее могло бы случиться, если бы вы начали выполнять упражнения и у вас было мало сил?

Пациентка: У меня бы появилось больше сил.

Терапевт: Это может подтолкнуть вас к выходу из депрессии. Вы можете экспериментировать с каким-нибудь активным занятием, когда эмоции заставляют вас быть пассивной и всего избегать.

Терапевт может обозначить, что можно действовать без мотивации. Многие пациенты верят, что они должны быть готовыми меняться и мотивированными на изменения. Они думают: «Я должен хотеть это сделать», будто желание всегда должно предшествовать дейст-

вию. Терапевт может сказать: «А если бы вы увидели, что я хожу перед зданием взад-вперед и смотрю в конец улицы, словно жду, когда появится автобус? Вы спросили бы меня: “Что вы делаете?” Я бы ответил: “Жду, когда появится моя мотивация, чтобы пойти на работу”. Что бы вы тогда подумали?» Этот пример полезен пациентам, которые избегают некомфортных занятий, так как не чувствуют себя мотивированными или готовыми, полагают, что должны иметь энергию, стремление, мотивацию. Один из способов откликнуться на такое представление – сказать пациенту: «А разве вы не делаете каждый день дела, на занятие которыми по-настоящему не мотивированы, но делаете лишь потому, что вам нужно это делать? Например, ходите на работу».

Поскольку руминации – распространенная неадаптивная копинг-стратегия, терапевт может связать это с проблемными эмоциональными схемами, такими как трудность с принятием эмоции или конфликтных чувств. Например, после разрыва с девушкой молодой человек долго раздумывал: «Я не вижу в этом смысла. Не понимаю, что пошло не так». Он просто не мог выносить неопределенность ситуации, но также обнаружил, что не способен принять расставание и «примирить» связанные с девушкой противоречивые чувства: он по-прежнему любил ее, хотя был сердит и разочарован. Таким образом, он активизировал руминацию как стратегию, используемую для завершения ситуации, с целью придать ей смысл и избежать аналогичных проблем в будущем. Терапевт отметил, что руминации запускаются верой в то, что он не сможет принять тяжесть, которую чувствует, свои смешанные чувства и тот факт, что какие-то подаваемые в процессе общения знаки он пропустил. Таким образом, руминация стала стратегией уклонения от принятия. Это помогло ему взглянуть на роль руминации как стратегии, которая потерпела неудачу.

Использование концептуализации случая для составления плана терапии

Концептуализация случая, которая обсуждалась в главе 4, и планирование работы в рамках терапии эмоциональных схем связаны. На первой стадии терапии специалист и клиент собирают информацию о том, какие у него представления об эмоциях, типичных неадаптивных копинг-стратегиях, происхождении некоторых представлений об эмоциях и об их влиянии, а также о влиянии стратегий на депрессию, тревогу, гнев, межличностные отношения, мотивацию и работу. Этот процесс продолжается в ходе терапии по мере того, как появляются новые инсайты о влиянии эмоциональных схем и о том, как они поддерживаются в данный момент. Общий план концептуализации случая дан в главе 4, а образец концептуализации показан на рис. 4.3.

Рассмотрим ситуацию пациентки, чьи эмоциональные схемы влияли на ее межличностное функционирование и заботу о себе. Вероника была замужней женщиной с длинной историей супружеского конфликта. Она боялась сексуальной близости с мужем, который несколько раз ее предавал и в самом начале супружеской жизни заявил, что не хочет быть женатым. О собственных эмоциях – грусти, гневе, смущении, тревоге – она думала, что они не имеют смысла, что от них нужно немедленно избавляться, иначе они выйдут из-под контроля. А также что у нее нет права на эти чувства, потому что она «плохая жена», что ее никто не поймет, что она не может выразить эмоции или никогда не перестанет плакать и что другие люди не чувствовали бы того же самого на ее месте. Вероника сказала, что у ее матери, педиатра по профессии, не было времени для ее чувств; она говорила дочери: «Ты не должна ни на что жаловаться. Знаешь, какие проблемы у детей, которых я лечу?» Веронику приучили к тому, что ее чувства – обуза для матери, она сама – эгоистичная и инфантильная и что матери отвратительна ее «нужда».

В детстве девочка часто чувствовала себя одинокой, в ранней юности у нее одновременно развились анорексия и булимия. Она уверена, что мать мало внимания обращала на ее пищевые расстройства, утверждая: «Вы только пытаетесь получить внимание от меня». Вероника описала несколько лет в колледже, где употребляла наркотики и часто меняла сексуальных партнеров, с которыми почти не было эмоционального контакта. Она думала, что секс даст ей эмоциональную близость, но он редко приносил подлинное удовлетворение. Это еще больше укрепило ее веру в то, что она существует для удовлетворения эмоциональных потребностей других людей и что ни один человек не знает ее настоящую. Сейчас она замужем и живет с мужем, при этом сохраняет внебрачную связь с женатым мужчиной, с которым видела свое будущее. Вероника размышляла о своей ситуации, но боялась что-то менять: «Это лучшее, что я могу иметь». Она была на хорошем счету на работе, но не хотела продвижения по службе, полагая, что не заслуживает этого. Она усвоила, что не имеет права на эмоции, поэтому чувствовала, что ей едва ли еще что-то светит в этой жизни.

После нескольких сессий терапии и оценки терапевт сформировал для Вероники концептуализацию случая, схема которой представлена на рис. 5.2. Рисунок показывает, как она в детстве узнала о чувствах и какие неадаптивные стратегии тогда использовала (изоляция, подавление чувств, переедание, самоограничение в еде, перфекционизм в отношении веса и внешности), а теперь ее представления об эмоциях и вера в то, что она недостойна любви, сначала привела ее к сексуальному отыгрыванию и злоупотреблению наркотиками в колледже, а потом – к чувству, что она попала в ловушку брака, в котором нет любви, и вялотекущего романа на стороне. Значит, целями терапии для Вероники будут исследование ее представлений об эмоциях; модификация представлений о том, заслуживает ли она любви и внимания, поиск более адаптивных стратегий в браке, составление «билля о правах» и списка потребностей; решение проблем, чтобы двигаться вперед, учиться принимать себя как способное ошибаться человеческое существо, которому не нужно быть совершенным, и развивать стратегии, чтобы справиться с сильными эмоциями, когда они возникнут.

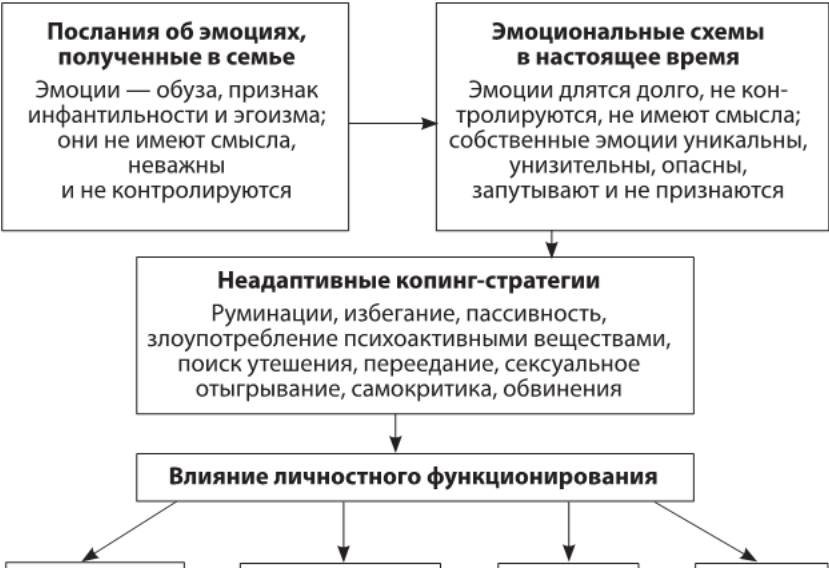




Рис. 5.2. Схема концептуализации случая Вероники

План терапии возникает непосредственно из концептуализации случая. Сначала – оценка и социализация пациента в терапии, далее – идентификация и модификация эмоциональных схем, устранение проблемных стратегий совладания с эмоциями, развитие более адаптивных эмоциональных схем и копинг-стратегий, а также идентификация ценностей и добродетелей, которые будут направлять поведение и выбор; использование позитивной психологии для эмоционально более полной жизни. Как уже не раз подчеркивалось, окончательная цель – необязательно лучше себя чувствовать; главное – жить более полной жизнью.

Заключение

Социализация пациента в модели терапии эмоциональных схем – непрерывный процесс, иногда проходящий через все фазы терапии. Благодаря концептуализации пациент часто впервые в жизни понимает, что его представления о собственных эмоциях определялись проблематичным опытом социализации, который и направил его курсом вредных стратегий ради удовлетворения потребностей или преодоления эмоций. Эти паттерны сохранились в личных отношениях, на работе, в заботе о себе и в других сферах; они могли привести к переживанию невозможности более осмысленной жизни. Действительно, концептуализация случая может стать одним из самых подтверждающих видов опыта, имеющегося у пациента. Она обозначает, что кто-то другой понимает: в эмоциях пациента есть смысл, он может говорить о них и не декомпенсироваться. А также что существует план изменений.

В части III (главы 6–9) я рассказываю о выбранной мною группе измерений эмоциональных схем: подтверждении, длительности, контроле, чувстве вины, принятии, упрощенном взгляде на эмоцию (непереносимость амбивалентности) и ценностях. Другие измерения, такие как понятность, бесчувственность, рациональность, консенсус, руминации, выражение и обвинения, обсуждаются в данной книге при описании проблем пациентов.

Часть III

Конкретные интервенции для эмоциональных схем

Глава 6

Центральная роль валидации

Мы должны научиться плакать о чуме, а не только ее лечить.

М. де Унамуну

Понятие разделенной эмоции и страдания – часть того, что испанский философ и романист Мигель де Унамуну (Unamuno, 1921/1954) описал в книге «*О трагическом чувстве жизни*». Противопоставляя подход рациональности и прагматизма опыту разделенного страдания и неизбежности страданий в жизни, Унамуну рассказал историю молодого человека

(рациональность и прагматизм), спорившего со стариком (трагический взгляд на вещи). Старик сидит на краю дороги и плачет. Молодой человек спрашивает: «Почему ты плачешь, старик?» Старик отвечает: «Мой сын умер. Я оплакиваю смерть своего сына». Молодой человек с рациональной точки зрения говорит: «Но плач ничего не даст. Твой сын умер». Старик отвечает: «Я потому и плачу, что плач ничего не дает. Мы должны научиться плакать о чуме, а не только ее лечить». Унамуну верил, что жизнь – не только решение проблем и что дело не в том, что полезно, и даже не просто в рационализации неизбежных страданий. Для Унамуну «трагическое чувство» – мировоззрение, в котором признается, что ужасные вещи случаются, но они могут разделяться и свидетельствоваться (а катарсис – часть опыта свидетеля трудностей, которые переживает каждый из нас) и что в чувствах незнакомых людей есть величие. Трагедия, согласно Унамуну, не пессимизм и не мрачность, а признание того, что мы плачем, потому что вещи имеют значение и нам важно знать, что мы не одни. Да, страдать тяжело, но еще хуже страдать одному.

В терапии эмоциональных схем специалист признает важность валидации: в терапевтических (и во всех значимых) отношениях решение проблем может начаться с их разделения и признания того, что страдающий человек хочет быть услышанным и понятым, стремится к тому, чтобы о нем позаботились. Валидация – способ, благодаря которому терапевт помогает пациенту развить ощущение эмоциональной безопасности. Это значит, что пациент сможет поверить: «Я со своей уязвимостью нахожусь здесь в безопасности. Я могу довериться своим чувствам этому человеку. Он хочет меня узнать, позаботиться обо мне и даже защитить меня». Таким образом, одобрение – фундаментальный компонент любой привязанности. Ведь уязвимые люди хотят, чтобы их проблемы были решены, а также ищут безопасности и понимания.

Вот что имел в виду Унамуну, говоря об «оплакивании чумы», а не просто о ее лечении. Конечно, никто не ждет, что терапевт будет в прямом смысле плакать о пациенте или переживать чувства, которыми он делится. Но если пациент говорит о своих чувствах, плачет и открыто выражает свои эмоции, терапевт должен подать ему знак, что сказанное услышано, эмоции замечены, есть отзеркаливание и присутствует связь. Пациент хочет верить, что терапевт имеет представление о том, что значит чувствовать то же, что и он, и что его чувства уважают. Слишком быстрое и легкое начало дискуссии может означать: «Нам следует как можно скорее уйти от твоих чувств». Но если дать пациенту время и пространство для выражения своих эмоций, возможность разобраться в том, что он чувствует, другими словами, «позволить эмоциям быть», терапевт будто говорит следующее: «Ваши чувства имеют значение. Ваш опыт важен. У меня есть для вас время. Я здесь для вас». Никому не нравится, когда его торопят при рассказе о чем-то болезненном. Человек хочет быть услышанным и получить заботу. Делиться своим страданием означает доверять другому человеку.

Эта глава исследует, что является валидацией, а что нет. В ней дан обзор некоторых ошибочных представлений о валидации, которые бывают у пациентов и терапевтов, и описание того, почему они могут застрять, ища одобрения для исключения изменений. Как терапия способна включать и признание существующего, и возможность изменений, так и валидация включает признание чувств и смыслов данного момента, уважение к ним и изучение новых способов копинга, интерпретации, чувствования. Эта диалектика (для некоторых людей – явное противоречие) в процессе изменения может завести в тупик.

Что мы имеем в виду, говоря о валидации

Валидация (обнаружение правды в том, что мы чувствуем и думаем) – точка опоры между эмпатией (распознавание чувств другого человека) и состраданием (чувствование вместе с другим человеком или за него, когда страдание другого человека безразлично, вызывает проявление доброты) (Leahy, 2001, 2005c, 2011b). Много лет назад Карл Роджерс (Rogers, 1951) описал безоценочное позитивное отношение – способность терапевта показывать понимание и принятие чувств пациента и, таким образом, создавать эмоционально безопасное окружение для изменений. В модели эмоциональных схем валидация содержит безоценочное позитивное отношение, но идет дальше, включая рассмотрение того, что для человека значит отсутствие одобрения и последствия его неполучения.

Будучи эмпатичен по отношению к вам, я способен идентифицировать переживаемое вами чувство, например: «Это звучит так, будто вам грустно и одиноко». Подтверждая, я не только идентифицирую ваше чувство, но и сообщаю, что понимаю его причину: «Я вижу, что вам грустно и одиноко, и понимаю, что в этом есть смысл – если учесть разрыв отношений и то, как много для вас значит связь с людьми, которые вам безразличны».

Когда мы находим в чувствах окружающих «правду», даже если она имеет «искаженные» мысли и наборы необъективных правил, либо когда причиной страдания другого человека становится его собственная гордость или ревность, это позволяет нам как слушателям свидетельствовать о том, что чужие страдания что-то для нас значат. Подтверждение касается значения, и ни один человек не хочет думать, что он единственный, кто это понимает. Значением нужно делиться, понять его с другими людьми; значения составляют базу разговора. Вот почему люди борются за то, чтобы сказанное ими было понятно, и спрашивают: «Вы понимаете, что я имею в виду?» Давая подтверждение, мы, слушатели, выступающие в роли свидетелей, которые видят правду говорящего, показываем, что его страдание нас трогает. Людям, которые делятся страданием, недостаточно, чтобы мы просто поняли содержание сказанного; мало перефразировать или дословно пересказать услышанное. Они могут хотеть большего – чтобы мы поняли, «что значит пережить подобное». Подтверждение – не просто констатация фактов («Вот что произошло»). Оно включает некоторое представление о том, что слушатель понимает, какой был опыт, как все чувствовалось и что это значило; передает тот факт, что слушатель способен представить, каково пришлось бы ему самому при получении такого опыта, если бы он занял место говорящего. Это временное соединение умов, снятие барьера между людьми.

Говорящий может прямо выразить свои эмоции (говорить о чувствах, плакать, жаловаться, что-то описывать, радоваться), но все напрасно, если выражение не будет услышано, от-refлексировано, понято; если оно окажется безразлично, так или иначе не пережито слушателем, не приобретет общее для говорящего и слушающего значение. Если все описанное не произойдет, высказанное не приведет к связи, которую приносит одобрение.

Подтверждение не просто включает *регистрацию* высказанного («Я вижу, что вы расстроены»). Это *отклик* на услышанное: услышаны и чувство, и значение (при этом учитывается ситуация, в которой находился человек). Это подобно процессу, когда плачущего ребенка берут на руки, – возникает связь и демонстрируется забота. Подтверждение дает говорящему почувствовать: «Вы меня услышали. Вы понимаете, что я чувствую. Вам не все равно». Оно создает безопасную эмоциональную обстановку, когда страдание (или радость) говорящего уважаются, значение сказанного улавливается, когда говорящий чувствует, что он не один.

Теория привязанности и валидация

Боулби (Bowlby, 1969, 1973), Эйнсворт, Блехар, Вотерс и Волл (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) предположили, что младенцы с рождения предрасположены к тому, чтобы формировать и поддерживать привязанность к единственной фигуре, и что нарушения этой связи активизируют поведенческие системы, которые ищут восполнения, пока не будет обеспечена привязанность. Этологическая модель привязанности Боулби подчеркивала эволюционный фактор привязанности в установлении близости со взрослыми, которые могут защитить младенцев, кормить их и социализировать, формируя подходящее поведение и, таким образом, обеспечивая их выживание. Далее теоретики привязанности разработали эту модель, подчеркивая важность для младенца и ребенка формирования *надежной* привязанности, а не просто близости (Sroufe & Waters, 1977). Надежность предполагает предсказуемость откликов на малыша со стороны заботящегося лица.

Боулби предположил, что надежность (ненадежность) привязанности устанавливается через развитие внутренней рабочей модели, или когнитивной репрезентации, надежной (или ненадежной) фигуры привязанности. В частности, у надежно привязанного младенца внутренняя рабочая модель включает уверенность в том, что заботящийся человек будет откликаться, утешая его в ситуации дистресса, будет предсказуемым и обеспечит скорее позитивное, чем наказывающее, взаимодействие. Большая отзывчивость заботящегося лица на потребности, выражаемые младенцем, устанавливает фундамент для более надежной репрезентации функционирования в мире (Feeney & Thrush, 2010; Mikulincer et al., 2001). Знать, что в случае страдания родительская фигура ответит заботой – значит верить в то, что мир предсказуем и надежен. Предположение, направляющее теорию привязанности, заключается в том, что внутренняя рабочая модель, устанавливаемая в раннем детстве, будет влиять на дальнейший опыт привязанности к другим людям в жизни человека. Именно отзывчивость, описанная Боулби и другими, говорит о ранней закладке систем валидации.

Эйнсворт, ее коллеги и последователи различали четыре стиля привязанности: надежный, тревожный, избегающий и дезорганизованный (Ainsworth et al., 1978; De Wolff & van IJzendoorn, 1997). В других системах классификации выделяли три типа: надежный, избегающий и амбивалентный (Troy & Sroufe, 1987; Urban, Carlson, Egeland & Sroufe, 1991). Исследование стилей привязанности предполагает, что ранняя детская привязанность предсказывает социальное функционирование в среднем детстве и ранней взрослости, а именно отношения со сверстниками, депрессию, агрессию, зависимость и социальную компетентность (Ainsworth et al., 1978; Arend, Gove & Sroufe, 1979; Cassidy, 1995; De Wolff & van IJzendoorn, 1997; Elicker, Englund & Sroufe, 1992; Englund, Kuo, Puig & Collins, 2012; Kerns, 1994; Urban et al., 1991). Взрослые, которые относят себя к надежным, описывают свой ранний опыт общения с заботящимися лицами как получение откликов на эмоции (Hazan & Shaver, 1987). Хотя опыт привязанности может иметь длительные последствия, у стилей привязанности тоже есть генетические различия, относящиеся к наследуемым характеристикам личности (Donnellan, Burt, Levendosky & Klump, 2008). Важность опыта привязанности и отзывчивости – центральный компонент теории ментализации Фонаги, Бейтмана и других (см.: Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, 1989).

Способность представлять психическое состояние самого себя и других людей – обоюдный процесс рефлексии и научения, важный компонент саморегуляции. Теоретики ментализа-

ции рассматривают динамику ранней привязанности как центральную при происхождении пограничного расстройств личности и других форм психопатологии.

Утверждается, что в значимых отношениях одобрение отражает характер привязанности.

Во-первых, при формировании и сохранении привязанности в раннем детстве основы валидации включают отзывчивость заботящегося лица на страдания ребенка, которая укрепляет в нем психическую репрезентацию «мои чувства значимы для других» и «другие люди меня слышат». Если у ребенка есть рабочая модель «фигура моей привязанности ненадежная, отвергающая или безразличная», формируются проблематичные схемы относительно валидации и ее отсутствия. Например, рабочая модель «мои чувства не имеют значения для других» приведет к продолжительному чувству «люди будут меня обесценивать», «люди будут меня игнорировать» и «я переживаю свои чувства один, без поддержки окружающих».

Во-вторых, отзывчивость и утешение ребенка заботящимся лицом помогает ему поверить: «В страдании меня могут утешить». Сначала это утешение происходит при обращении внимания заботящегося человека и его поддержке, а позже усваивается ребенком, становясь самоуспокоением и оптимистичными представлениями о самом себе. Такие представления в конце концов образуют внутреннюю рабочую модель в том смысле, который в это вкладывал Боулби: внутреннюю репрезентацию у ребенка того, что «его чувства имеют смысл, их можно успокоить». Но если сформировалась внутренняя рабочая модель «мои чувства никто не будет утешать», могут активизироваться негативные внутренние рабочие модели вроде «мои чувства будут длиться бесконечно», «мои чувства неконтролируемы» или «мои чувства опасны».

В-третьих, сообщение ребенком о своих чувствах заботящемуся лицу становится не только возможностью для ребенка их выразить, но и возможностью для заботящегося лица связать эмоциональное состояние с внешними событиями, которые вызывают чувства («Ты расстроился, потому что брат тебя ударил»). Попытка заботящегося лица понять причину чувств ребенка и разделить их с ним помогает ребенку дифференцировать эти чувства («Звучит так, будто ты рассержен и обижен») и сформировать теорию психики для примирения с самим собой и другими. Действительно, без адекватной теории психики ребенок окажется не способен проявлять эмпатию, одобрение и сочувствие к окружающим, не сможет утешать других людей. Более того, без адекватной теории собственных эмоций человек не в состоянии их распознавать, различать и контролировать.

Пациенты приходят на терапию с разными стилями привязанности взрослого: надежным, тревожным, избегающим или дезорганизованным (по типологии Эйнсворт и ее последователей).

Тревожный стиль привязанности, характеризующийся «прилипанием» к другому человеку и потребностью в утешении, может являться результатом страха, что одобрение не будет получено (и в свою очередь вызвать такой страх). У людей с данным стилем могут быть весьма специфические представления о валидации («Чтобы меня понять, ты должен чувствовать то же, что и я»); они могут бояться, что терапевт окажется критичным и отстраненным. Тем не менее тревожные люди продолжают искать одобрения и стремятся привязаться к терапевту.

В противоположность тревожному **избегающий стиль привязанности** проявляется в настояренности и дистанцированности. Такие пациенты будут избегать близкого контакта и открытости в терапевтических и во всех других отношениях. Они могут уходить от разочарования, надеясь на меньшее, и миновать отвержение, делаясь меньшим.

У пациентов с **дезорганизованным стилем привязанности** возникают трудности с определением своих потребностей, или они могут активно их демонстрировать, опасаясь быть неуслышанными и того факта, что их потребности никогда не будут удовлетворены. Конфликты в раннем опыте отношений способны приводить к колебаниям между поиском одобрения (часто через наращивание требований, жалоб или эмоциональной экспрессии) и настоятельностью при одобрении (фигура привязанности часто рассматривается как непредсказуемая).

Метаэмоция и валидация

Как упоминалось в предыдущих главах, Джон Готтман и его коллеги предположили, что родители различаются представлениями и ценностями относительно эмоционального опыта и выражения эмоций; они описывают это как философию мета-эмоций (Gottman et al., 1996). Так, некоторые родители рассматривают опыт своих детей и выражение ими неприятных эмоций (гнев, грусть или тревога) как негативные события. Подобные эмоции нужно подавлять или избегать, вынося только позитивные или нейтральные. Эти взгляды на эмоции передаются детям при взаимодействии, в котором родитель перегружен эмоциями ребенка, игнорирует или критикует их. Например, игнорирующий родитель может сказать: «Это не так важно. Ты справишься»; критичный родитель: «Ты себя ведешь как большой ребенок. Пора вырасти»; перегруженный родитель: «У меня своих проблем хватает, чтобы еще заниматься твоими». Во всех трех приведенных случаях эмоции ребенка обесцениваются, игнорируются и маргинализуются.

В противоположность проблемным стилям Готтман и его коллеги (Gottman et al., 1996) идентифицировали так называемый эмоциональный коучинг – стиль, включающий способность распознавать низкие уровни интенсивности эмоций; использовать даже неприятные эмоции как шанс для близких отношений и поддержки, оказании ребенку помощи в обозначении и различении эмоций, а также решение проблемы вместе с ним.

Родитель, практикующий эмоциональный коучинг, во многом похож на родителя, использующего клиент-центрированный подход Роджерса с безоценочным позитивным отношением, принятием и исследованием; только к рефлексивному и эмпатичному слушанию добавляется готовность различать и обозначать эмоции, предполагая, что ребенок может использовать решение проблем, чтобы справиться с трудностями. У родителей, усвоивших стиль эмоционального коучинга, с большей вероятностью растут дети, способные успокаивать свои эмоции без посторонней помощи – эмоциональный коучинг способствует эмоциональной саморегуляции.

Дети родителей, использующих эмоциональный коучинг, более эффективны во взаимодействии со сверстниками, даже когда необходимо сдерживаться в проявлении эмоций. Такие дети более продвинуты в эмоциональном интеллекте: они знают, как выражать, перерабатывать и регулировать эмоции, а также сдерживать их проявление (Eisenberg et al., 1998; Eisenberg & Fabes, 1994; Mayer & Salovey, 1997; Michalik et al., 2007). Эмоциональный коучинг не просто подкрепляет в детях катарсический стиль; скорее он помогает определять,

различать, подтверждать и утешать самого себя, решать проблемы самостоятельно. Терапевт эмоциональных схем помогает пациенту определить настоящий и прошедший опыт отсутствия одобрения, позволяя ему почувствовать валидацию в терапевтических отношениях. Но так как многие пациенты (если не большинство) пережили пренебрегающие, наказывающие и презрительные отклики в поисках одобрения других, терапевт помогает им сосредоточиться на том, что отсутствие одобрения значило в прошлом («Мои эмоции – это обуза») и почему попытки получить валидацию в текущих терапевтических отношениях могут казаться неудачными («Вы принимаете их сторону»).

Почему валидация имеет значение

Как говорилось в главе 3, наше исследование показало, что отсутствие одобрения является главным предиктором депрессии (Leahy, Tirsch & Melwani, 2012) и что из 14 измерений эмоциональных схем низкий уровень валидации был наиболее информативным предиктором дисгармонии в браке. Оно же оказалось главным предиктором алкогольной и других химических зависимостей, а также третьим по счету предиктором формирования пограничной личности. Множественный регрессивный анализ показал, что лучшими предикторами валидации среди других стали обвинение, длительность и непонятность. То есть люди, которые думали, что их одобряли, были менее склонными обвинять других, считать, что их эмоции будут длиться неопределенно долго, и верить, что их невозможно понять. Таким образом, валидация является центральным компонентом эмоциональных схем, психопатологии и межличностных отношений.

Мой собственный опыт терапевта показывает важность и одобрения, и его провала. Несколько лет назад, вооруженный техниками когнитивной терапии, я оказался в тупике, работая с довольно заторможенным мужчиной, пытавшимся понять, что делать с работой и интимными отношениями. Используя одну за другой техники, чтобы идентифицировать автоматические мысли и категоризировать их, исследовать затраты и выгоды и рассмотреть доказательства, я обнаружил, что пациент все больше уходит от контакта. Моей первой реакцией было подумать, почему он сопротивляется, и давить на это «сопротивление» (было наивно с моей стороны), что привело к еще более сильному отстранению. Я не получал ничего, но что еще важнее – он ничего не получал. Я спросил его: «Мне кажется, вы избегаете нашего обсуждения. Что происходит?» Он посмотрел на меня озадаченно (такое высказывание не было для меня характерно) и заметил: «Мне кажется, что вы не слушаете, что я говорю. Просто используете свои техники». Он был прав. Я делал из техник фетиш.

Когда мы обсуждали, чем для него был этот опыт, он прокомментировал ситуацию, сказав, что чувствовал себя в комнате очень одиноким, потому что его никто не слышал. Мы исследовали, как данный опыт напоминает ему о другом опыте из жизни. Он обнаружил, что его мать была доминантной и критичной; считала, что лишь ее точка зрения правильная. Мужчина также сказал, что ему трудно различать свои чувства и мысли, он тревожится и чувствует себя в тупике, а техники когнитивной терапии напоминают ему критику матери. Еще он заметил, что его девушка кажется ему слегка доминирующей, и из-за этого ему трудно вступать с ней в контакт.

Жаль, я не могу сказать этому мужчине, как благодарен ему за то, что он меня поправил и изменил как терапевта. Когда он обратил внимание на мое поведение, я обнаружил следующее: чтобы он услышал меня, требовалось, чтобы его самого услышали. Чувства, мысли, спутанность и скованность – все это в нашем разговоре имело значение. Мне следовало

научиться сдерживаться, дать ему время и пространство, чтобы он обнаружил свои чувства. Пришлось отказаться от моего плана и техник, войти в его мир и принять его спутанность; признать, что путь к цели не всегда прямой и что не я намечаю его, проводя линию. Я последовал за пациентом, и теперь он мог говорить, потому что я хотел его слушать.

Должен признаться, что это не единственный случай, когда я обнаружил, что могу мешать пациенту раскрыться. Даже мои старания быть одобряющим могли оказаться помехой для него. Из взаимодействия с этим пациентом я сделал вывод: исследование, признание и разделение помех, а также признание моих собственных слепых пятен – все это и есть подтверждение. С того момента, как пациенты начинали верить, что я могу их одобрить, они могли доверять мне.

Прошлое пациента и мешающее ему окружение в настоящем

Помехи в детстве

Терапия эмоциональных схем признает важность раннего опыта эмоциональной социализации. Вместе с DBT (Linehan, Bohus & Lynch, 2007), теорией ментализации (Fonagy, 2002), моделью, стоящей за терапией, основанной на сострадании (Gilbert, 2009), она признает отсутствие эмоционального одобрения недостатком отзывчивости и сострадания при возникновении проблемных убеждений о себе и других. Если другие подходы показывают значение отсутствия одобряющего окружения, модель эмоциональных схем фокусируется на представлениях об эмоциях и иных факторах, которые активируются в результате такого опыта, то есть на социально-когнитивном аспекте отсутствия валидации. Например, с тех пор как терапевт идентифицировал проблематичные негативные взгляды пациента на эмоции («Я не могу получить одобрение», «Мои эмоции постыдные», «Мои эмоции не такие, как у других»), он вместе с пациентом может думать о том, как эти взгляды на эмоции были усвоены в детстве. Терапевт может спросить: «В детстве как реагировала ваша мать (отец), когда вы были огорчены?» или «Будучи огорчены, вы обратились бы к отцу или матери?» Пациенты, сообщающие о негативных эмоциональных схемах, часто описывают неодобряющее эмоциональное окружение. Типичны следующие ответы:

«Мой отец был дистанцированным. Будто никогда не находился рядом, а если и находился, был холодным, словно мы ему не интересны».

«Моя мать всегда разговаривала по телефону или уходила, чтобы пообщаться с друзьями. Я чувствовал, что мешаю ей».

«Я всегда беспокоилась за мать: у нее были проблемы с отцом, и она сердилась. Моим эмоциям места не находилось, я должна была утешать ее».

«Моя мать была педиатром, и когда я говорила ей о своих проблемах, она заставляла меня чувствовать себя виноватой, отвечала: “Ты знаешь, что твои проблемы не идут ни в какое сравнение с проблемами детей, которых я лечу на работе?”»

Эти обесценивающие и игнорирующие комментарии по-прежнему болезненны для пациентов, когда они их вспоминают.

Терапевт может задать вопрос: «Что вы чувствовали, слушая эти обесценивающие и игнорирующие замечания родителя?» Пациент с холодным и отсутствующим отцом подумал: «Никто не интересовался ни моими чувствами, ни мной». Пациентка с матерью, которая всегда разговаривала по телефону, подумала: «Людям до меня нет дела, если только я не дам им понять, что это действительно ужасно. Я должна заставить их себя услышать». Вероника, пациентка с игнорирующей матерью-педиатром (см. главу 5), подумала: «Я, неверное, эгоистичная и избалованная, раз у меня такие потребности». Важен спектр чувств – от гнева, тревоги, стыда, вины, грусти и отчаяния до безразличия, покорности и спутанности. Такие пациенты никогда не говорят, что чувствовали себя лучше.

В придачу к опыту игнорирующих, неодобряющих и критичных взаимодействий терапевт может спросить о том, что пациент делал, желая быть услышанным или добиться одобрения своих эмоций. Некоторые пациенты с игнорирующими родителями (которые были слишком заняты, которым было не до эмоций детей) описывают, как они жаловались на физические симптомы, устраивали сцены или попадали в беду. Одна женщина, которая, казалось, периодически акцентировала свои эмоции, описывала, как старалась быть хорошей девочкой: одевалась «правильно», хорошо себя вела, пыталась порадовать маму. Если это не помогало, она устраивала что-то из ряда вон выходящее: становилась ужасно расстроенной, рыдала или громко жаловалась. Другая пациентка рассказала, как она уходила к куклам, в свои фантазии и чтение книг, где «было безопасно». Еще одна женщина направляла свои усилия на то, чтобы быть хорошей ученицей и получать признание учителей. И наконец, пациент, которого игнорировал отец и задирали приятели, сообщил, что он занял бесстрастную философскую позицию стоика. Он появлялся на терапии рациональным и дружелюбным, при этом почти безэмоциональным, и говорил, что жена жалуется на его недоступность.

Компенсация неодобряющего окружения

Компенсации неодобряющего окружения (окружения в детстве, описанного выше, либо в настоящее время, описанного ниже) делится на несколько категорий: 1) поиск альтернативных источников одобрения, таких как другой родитель, родственник или друг; 2) попытки угодить неодобряющему родителю, произвести на него впечатление, чтобы быть принятым; 3) постоянно усиливающееся проявление эмоций; 4) соматизация с целью получить утешение; 5) уход в фантазии; 6) чрезмерное сексуальное отыгрывание с целью почувствовать себя небезразличным и желанным; 7) интеллектуализация и отрицание эмоциональных потребностей; 8) злоупотребление алкоголем или наркотиками с целью самоутешения; 9) смена ролей в отношениях привязанности; забота о других, особенно о неодобряющем родителе (смена ролей).

Каждый из видов адаптации имеет отношение к психопатологии, такой как зависимость, эмоциональная дисрегуляция, чрезмерно драматизированное выражение эмоций, тревога за свое здоровье, подавление эмоций, алекситимия, химические зависимости и самопораженческие отношения.

Рассмотрим разные компенсации отсутствия одобрения.

Во-первых, человек может искать другие источники одобрения. Некоторые дети рано обнаруживают, что родители не очень хорошо их подтверждают, зато есть бабушка, дедушка или друг. Они смещают свою привязанность на других людей. Пациенту может быть полез-

но идентифицировать людей в своем детстве (или в настоящее время), у которых он находил (находит) эмоциональную поддержку. Альтернативные источники поддержки способны помочь пациенту обнаружить, что отсутствие одобрения было отличительной чертой родителя и не распространяется на всех людей. Кроме того, находить одобрение и сочувствующие фигуры в жизни пациента может быть полезно, чтобы задействовать сочувствующую репрезентацию (процесс, обсуждаемый далее).

Однако и одобряющие фигуры в жизни пациента могут быть проблемными. Так, одна женщина рассказывала, что у ее отца случались вспышки гнева, а мать была поглощена собой и своим здоровьем. В молодом возрасте пациентка обратилась к мужчине и в конце концов вышла за него замуж. Он был очень поддерживающим, защищающим, нежным. Женщина поверила, что с ним возможно удовлетворить свою потребность в привязанности. Но он стал алкоголиком, контролирующим и считавшим ее своей собственностью, очень требовательным. Это привело к тому, что она почувствовала себя в ловушке отчаянной привязанности к «единственному человеку, который ее понимал». Таким образом, не все одобряющие фигуры оказываются удачным выбором.

Во-вторых, ребенок может стараться угодить родителю, чтобы его одобрили. Например, одна женщина описывала, как ее достаточно нарциссичная, занятая собой мать игнорировала и презирала ее эмоциональные потребности. Признав, что мать не будет ее одобрять,

одобрять, она пыталась произвести на нее впечатление, одеваясь как «красивая девочка», получая хорошие оценки в школе, стараясь соответствовать социальным нормам, которые одобряла мать. Вместо того чтобы получать подтверждение своим эмоциям и настоящей идентичности, она обнаружила, что способна получать одобрение, лишь отражая нарциссические идеалы матери. Став взрослой, женщина была крайне чувствительна к тому, чтобы угодить эксплуатирующим, нарциссичным людям, включая своего первого мужа и других членов семьи. Терапевт помогает пациенту идентифицировать компенсацию отсутствия одобрения, спросив его: «Если бы вы верили, что не можете быть одобрены за то, как чувствуете, вы попытались бы получить одобрение за другие свои качества или иное поведение? Как это срабатывало?» Более того, он может поинтересоваться, пытается ли клиент и сегодня получать одобрение аналогичным способом.

В-третьих, обычная реакция многих детей (и взрослых) на отсутствие одобрения – отчаянные проявления себя. Вспышки гнева, крики, угрозы, воровство, непослушание и другие виды проблемного поведения часто бывают реакцией на уверенность: «Меня никто не услышит». Например, молодой человек описывал свое детство как бесплодную попытку получить одобрение – или любое внимание – отца, занятого бизнесом. Из-за провалившихся попыток быть одобренным мальчик начал устраивать сцены со вспышками гнева, «отчасти чтобы наказать отца, отчасти чтобы получить хоть какое-то внимание». Терапевт спросил его: «Какое у вас самое приятное детское воспоминание об отце?» Он ответил: «Помню, когда мне было лет пять, я зашел в спальню родителей. Папа сидел на кровати. Он взял меня на колени и подбрасывал вверх-вниз». Став взрослым, он перенаправил попытки получить одобрение на то, чтобы реализовать мечту отца, став ученым, и чтобы снова убедиться в том, что способность отца признавать и ценить индивидуальность сына ограничена. Подобно многим людям, не сумевшим получить одобрение от родителей, он считал, что недостаток кроется скорее в нем, чем в ком-то другом (непривлекателен, неинтересен, не стоит внимания), и поверил, что в нем и одобрять-то нечего; он недостаточно хорош.

Активный поиск одобрения – обычная проблема пациентов, о которых пишут, что у них «эмоциональная дисрегуляция». Крики – часто реакция на представление «вы меня не слышите». К несчастью, людей, которые кричат все громче, как правило, игнорируют – то ли потому, что они «нерациональные», то ли потому, что они «не заслуживают того, чтобы их услышали». Это еще сильнее укрепляет их веру в то, что они не могут получить одобрение.

Терапевт может спросить пациента, который активно ищет одобрения: «Мне представляется, что вы не думаете, будто люди слышат вас или беспокоятся о ваших чувствах. Возможно ли, что вы уже чувствовали это много раз в прошлом, например, когда были ребенком? Вы чувствовали себя так в каких-нибудь отношениях? Порой чувствуете себя так и со мной?» Или: «Возможно, вы кричите, потому что верите, что это единственный способ быть услышанным и принятым всерьез. Когда вы кричите, люди одобряют вас или отворачиваются? Отвечают ли они своим криком на ваш? Теряли ли вы из-за этого друзей? Если бы вы нашли более эффективный способ быть услышанным, было бы это нечто такое, что вам хочется делать?»

Другой проблематичный стиль укрепления одобрения – повторяющиеся попытки установить отношения с людьми, выказавшими равнодушие. Например, одна молодая женщина постоянно писала сообщения друзьям, которых сама от себя отдала, заставляя их чувствовать себя преследуемыми. Другие могли начать злиться и писать ей в ответ сердитые и непристойные сообщения. Эти проблемные стили поиска подкрепления приводили к дальнейшему отвержению, новой депрессии, изоляции и, удивительным образом, к активации того же поведения в поиске одобрения.

В-четвертых, некоторые люди сосредоточены на соматических жалобах (реальных или воображаемых). Частое отсутствие в школе в детские годы, неясные жалобы на здоровье, недиагностированные болезни могут отражать косвенные попытки найти привязанность и эмоциональное утешение. Например, один пожилой мужчина с долгой историей ипохондрии описывал, насколько его жена игнорирующая и часто презрительная: «Она всегда была немного формальной и даже холодной по отношению к детям, не интересовалась внуками». Сначала он искал у жены эмоциональной поддержки со своими постоянными жалобами на здоровье, но она его игнорировала и даже презирала. Он рассказал, что часто чувствует, будто посещение врачей – это вариант общения: «Они как бы приглашают меня на обед, заботятся обо мне. Это способ получить ту нежность, любовь и заботу, которых я не вижу дома». Поиск внимания к физическим жалобам часто приводил к некоторой поддержке, но обычно все кончалось тем, что друзья обесценивали его жалобы на болезни как «еще одну ложную тревогу». Более того, раздумья и озабоченность физическими проблемами лишь добавляют к его опыту тревогу и депрессию, которые пациент и так испытывал. Полезно подтвердить потребность во внимании, «нежности, любви и заботе», предположив при этом, что озабоченность состоянием здоровья в дальнейшем создаст новую проблему. Потребность во внимании может быть устранена поощрением самоодобрения и самосочувствия, как мы покажем далее.

В-пятых, некоторые пациенты заменяют одобрение, получаемое от других, фантазиями об идеальном или захватывающем мире. Одна пациентка рассказывала, что, когда была девочкой, придумала воображаемое alter ego, чтобы заменить свою потребность получать одобрение от критичной и абьюзной матери. Это alter ego, ее воображаемая аудитория, стало хранилищем комфорта. Также она могла разговаривать со своими куклами, потому

что чувствовала с ними особую связь. Подростком она заменила этих слушателей на кошку. Терапевт спросил: «Будучи подростком, вы думали, что есть кто-то, с кем можно поговорить и разделить свои чувства?» Пациентка ответила: «Конечно, это моя кошка. Я приходила домой, разговаривала с ней и чувствовала, что она меня понимает. Думаю, мне станет лучше, когда появится кошка».

Мужчина с избегающим расстройством личности описывал, как он чувствует, что мог бы потеряться в художественной книге, особенно если это книга приключений: «В этих фантазиях я чувствую себя уважаемым и ценным». Он описывал, как мог часами мечтать о побеге. Его отношения с женой были из тех, которые называют параллельным партнерством: у них никогда не было секса, и они редко говорили о чем-то важном, лишь автоматически действуя, будто они являлись счастливой парой; в это время у него был роман с другой женщиной.

Сексуальное отыгрывание – шестой способ замены одобрения. А мужчина, который описал свою жену как игнорирующую его и манипулятивную, регулярно ходил к проституткам, чтобы получить массаж и секс. Он утверждал, что проститутки понимают его потребности и не доставляют проблем. Когда не посещал проститутку, он навещал свою «любовницу», которой «помогал материально», оплачивая ее квартплату. Мужчина заявил, что может с ней поговорить и не боится быть отвергнутым. Другой пациент, подчеркнуто религиозный, бывало, приглашал проститутку больше для того, чтобы с ней поговорить, нежели для секса. Он заказывал обед в номер отеля, и там они разговаривали; он старался впечатлить гостью своим интеллектом. Женщина, чьи родители много пили и игнорировали ее чувства, обозначила, что ищет анонимных сексуальных контактов с мужчинами, чтобы почувствовать себя желанной и чувствовать влечение. Она знала – у таких отношений нет будущего, но: «Так проще. Меня не обидят».

Седьмой тип компенсации отсутствия одобрения – интеллектуализация и отрицание эмоциональных потребностей. Такие люди считают, что их эмоции никогда не будут приняты и поняты другими и в результате занимают в отношении эмоций самоотверженную и чрезмерно рациональную позицию. Например, женщина, чей пьющий муж отказывался заниматься с ней сексом из-за эректильной дисфункции, пришла на когнитивную терапию, заявив, что она, наверное, слишком много хочет: «В конце концов, мы в браке уже 25 лет. У людей нашего возраста обычно уже нет секса. Может, я слишком много хочу». Эта самоотверженная интеллектуализация помешала ей отстоять право на фрустрацию и удерживала в саморазрушительных отношениях. Позднее, подтвердив свою потребность в сексе и душевном тепле, она стала вести себя ассертивнее, что привело к тому, что муж стал меньше пить, а их интимные отношения улучшились. Ранее описанный мужчина, который жаловался, что ему не хватает поддержки родителей в связи с трудностями при поиске работы, отдался от них и принял рациональную стратегию: «Я знаю, что это, скорее всего, неразумно – думать, что я нуждаюсь в понимании и поддержке. Я должен быть способен обходиться без этого». Когда его спросили, что он думает о своих эмоциях или о

или о том, чтобы ими делиться, он сказал: «Эмоции – пустая трата времени. Они ведут в никуда». И добавил: «Когда люди видят, что вы эмоциональны, они вами пользуются». Уход в неэмоциональную, крайне рациональную позицию встречается не так уж редко и, вероятно, является одной из причин, почему некоторые из этих людей обращаются к когнитивно-поведенческой терапии. Один пациент был поражен тем, что я говорю об эмоциях и одоб-

рени: «Я думал, это рациональный подход. Не предполагал, что мы будем тратить время на эмоции».

Крайне рациональная, принципиально без эмоций реакция на отсутствие одобрения может стать серьезным препятствием для терапии, потому что пациенты могут пытаться использовать ее против любого эмоционального опыта. Например, сказать следующее: «Я знаю, что не нуждаюсь в этом; просто есть то, что я *предпочитаю*», – будто у людей нет ни универсальных желаний, ни универсальных потребностей. «Я знаю, что меня не должно беспокоить то, что муж не интересуется сексом. Я слишком эмоциональная, мне чересчур много надо».

Терапевт эмоциональных схем способен переформулировать цели терапии: «Знать, в чем вы нуждаетесь, и удовлетворять свои потребности». А также указать на то, что «эмоции могут рассказать о том, в чем мы нуждаемся, чего нам не хватает, о чем попросить». Терапия – не упражнение на перегруппировку утверждений «правильно» и «неправильно» в логичной «таблице истин». Это процесс обнаружения пациентами истины о том, кто они такие, что им нужно, как и где удовлетворить эти потребности. Делая акцент на рациональности, человек рискует проигнорировать потребности, за которые выступают эмоции. Терапевт может сказать: «Вы не можете удовлетворить свои потребности, если не позволите себе почувствовать, что они не удовлетворяются».

Восьмой ответ на отсутствие одобрения – прибегание к наркотикам, алкоголю или еде для самоуспокоения. Наше исследование эмоциональных схем показало, что лучшие предикторы истории алкогольной зависимости – это (в линейной регрессии) подтверждение, контроль и обвинение (Leahy, 2010). Люди, которые верили, что их эмоции не одобряются или не контролируются, либо которые обвиняли других, с наибольшей вероятностью сообщали об истории алкогольной зависимости. В актуальном контексте компенсации отсутствия одобрения некоторые пациенты опираются на злоупотребление психоактивными веществами или передают, чтобы себя успокоить, так как считают, что не способны получить принятие от окружающих.

Исследование факторов риска химических зависимостей у подростков показывает, что значимые отношения в семье, социуме и школе (обратный счет) являются предикторами абьюза (Sale, Sambrano, Springer & Turner, 2003). Действительно, важность одобрения и социальных связей в терапии злоупотребления алкоголем и наркотиками может быть одной из причин того, что многие из пациентов получают пользу от групповой программы «12 шагов», предполагающей, что они делятся опытом. При этом у них снижается чувство изоляции и появляется подтверждение трудностей. Командное поведение повышает уровень окситоцина, а это в свою очередь снижает уязвимость к злоупотреблению алкоголем и наркотиками (McGregor & Bowen, 2012). Люди, успокаивающие себя с помощью алкоголя, наркотиков и переедания, могут удовлетворять эмоциональные потребности, которые не удовлетворяются с помощью одобрения, поднимающего уровень окситоцина.

Наконец, девятый ответ на отсутствие одобрения – компульсивная забота о других, особенно обратное родительство. Много лет назад Боулби (Bowlby, 1969, 1973) предположил, что нарушения ранней привязанности могут приводить к компульсивной заботе о других. Люди с ненадежной привязанностью способны адаптироваться, направляя свою привязанность на заботу о других людях, включая обратное родительство (дети заботятся о родителях) и компульсивную заботу о других (супруг/ партнер, дети, незнакомцы и даже животные). Пе-

ренаправленная привязанность может давать успокоение, восполняя социальную связь, которой недостает из-за отсутствия одобрения, но она может и закреплять зависимость других от индивида, таким образом, «убеждаясь», что другие его не покинут. Более того, фокусировка на потребностях окружающих способна затемнять умение фокусироваться на собственных потребностях.

Женщина, пережившая годы отсутствия одобрения от отца, а позже – от мужа, сосредоточилась на том, чтобы утешать дочь в каждом случае плохого настроения, возникавшего у нее в связи с пограничным расстройством личности. Она верила, что быть хорошей матерью – значит заботиться обо всех возникающих у выросшего ребенка потребностях и что если дочь будет несчастна, это катастрофа. Подход эмоциональных схем заключался в том, чтобы сдвинуть ее с дихотомии (потребности дочери или ее собственные) к разумному отношению к дочери при установлении разумных границ. Дочь призналась, что чувствовала себя эгоисткой, устанавливая границы или удовлетворяя собственные потребности, и это соответствовало тому, что ей транслировала мать, когда она в детстве просила ее о поддержке.

Актуальное окружение, не дающее одобрения

Актуальное неодобряющее окружение имеет значение, потому что может подкреплять негативный взгляд на эмоции. Как сказано в исследовании, описанном в главе 3, люди, состоящие в супружеских отношениях или гражданском браке, сообщали о негативном восприятии партнерами своих эмоций. Эти негативные отклики отвечали примерно за 50 % дисперсии в удовлетворенности отношениями и в высокой степени предсказывали депрессию. Терапевт может использовать RESS (см. главу 4, рис. 4.2), чтобы исследовать текущие эмоциональные взаимодействия в жизни пациента: «Когда вы расстроены, как на это реагирует партнер? Заставляет ли он вас чувствовать себя виноватым за эмоции? Дает ли понять, что на вашем месте чувствовали бы то же самое?» – и другие вопросы, относящиеся к конкретным измерениям эмоциональных схем.

Например, ранее описанный пожилой мужчина-ипохондрик ответил, что жена сказала бы ему, будто он никогда не изменится, и что глупо говорить «странно чувствовать то, что чувствуешь ты». Другая пациентка рассказывала, что из-за эмоций муж оскорбительно высказывается в ее адрес и презирает ее. Он заявляет: «Ты как большой ребенок. На что тебе жаловаться?» Другая пациентка сначала сказала, что ее муж поддерживающий и подбадривающий, но при более внимательном изучении вспомнила его слова: «Не беспокойся, это мелочь. Ты справишься». До того как это исследовать, она и не догадывалась, что чувствует, будто на самом деле он игнорирует ее и относится к ней снисходительно, даже если его намерения позитивные.

Терапевт может расспросить о характере социальной поддержки: «Когда вам грустно, к кому вы обращаетесь за помощью? Как эти люди реагируют? Что вы чувствуете, получая их реакцию? Чего не хватает? Что бы вы хотели от них услышать?» Кроме того, он может спросить о значимых людях в жизни пациента, которые его не подтверждают: «Есть ли человек, который является частью вашей жизни и которого вам не хотелось бы просить о подтверждении и поддержке? Как он отвечал вам? Что вы тогда чувствовали?» Иногда пациенты могут искать поддержки у постоянно критичных, игнорирующих или наказывающих людей, среди которых, к сожалению, часто их супруги и партнеры. Вначале терапевт обозначает, что пациенты могут предпочесть воздержаться от ожидания одобрения критичных людей,

искать одобрения у людей поддерживающих либо поддерживать самих себя. Также терапевт может предположить, что работа с парой, сфокусированная на эмоциональных схемах и отклике другого партнера, позволит сформировать более одобряющее окружение.

Например, пациентка пожаловалась, что ее муж замкнутый, слишком интеллектуальный и игнорирующий ее. В терапии пары муж обозначил, что хочет поддерживать жену, но думает, что если слушать ее жалобы, те лишь продолжатся. Его эмоциональная схема заключалась

в том, что разговор о чувствах – пустая трата времени. Терапевт смог включить мужа и жену в ролевую игру с активным слушанием и подкреплением; муж был удивлен, обнаружив, что ценит опыт, когда его чувства подтверждаются. Это сделало его более мотивированным и желающим использовать активное слушание в разговорах с женой.

Помириться с прошлым неодобрявшим окружением

Когда прошлый и настоящий опыт неодобрения обсужден и прояснен, терапевт может спросить пациента, что он хочет, чтобы родители сказали или сделали, когда он расстроен. Пациентка Вероника, дочь холодной матери-педиатра, ответила: «Я бы хотела, чтобы мама села рядом и поговорила со мной о том, что я чувствую. Я ведь чувствовала все это одна. И когда была подростком, у меня развилось расстройство питания, а у мамы по-прежнему не было для меня времени». Терапевт спросил: «Вам хотелось бы, чтобы она что-то сказала или сделала?» Вероника ответила: «Я бы действительно почувствовала себя лучше, если бы она сказала: «Твои чувства для меня имеют значение. Я была так занята работой. Давай поговорим о том, что ты чувствуешь и что происходит. Ты важна для меня». Другая пациентка сказала: «Я бы хотела, чтобы папа обнял меня и сказал, как я для него важна». Несколько пациентов сказали: «Я хочу, чтобы папа (мама) сказал(а): “Прости меня”».

Некоторые пациенты с опытом неодобрения говорят, что из-за этого у них были трудности с тем, чтобы увидеть смысл в эмоциях, их выражении и принятии. Недостаток одобрения заставил поверить, что эмоции – обуза для окружающих и пустая трата времени и что они не такие, как у других, а они сами – эгоисты, раз имеют такие чувства, их могли услышать только при подчеркивании своих эмоций. Другие усвоили, что эмоции лучше подавлять (возможно, сосредоточившись на поверхностном уровне школьных достижений) или просто «пережить». Одна женщина сказала: «Было проще хорошо выглядеть, чем найти кого-то, кто позаботился бы о моих чувствах».

Некоторые пациенты жаловались на то, что родители часто «интерпретировали» их чувства: «Они говорили мне, что я на самом деле чувствую». Вероятно, в результате влияния психоаналитического мышления некоторые родители верили, что сообщения их детей о чувствах – лишь то, что на поверхности, а глубже скрыты намерения, которые ими патологизировались. Вероника, дочь педиатра, сказала: «Когда я огорчалась из-за того, что у мамы не хватало на меня времени, она говорила: “Ты просто хочешь быть пупом земли. Я не всегда поступаю по-твоему, поэтому ты пытаешься меня наказать”». Это заставляло Веронику сердиться, чувствовать себя виноватой и запутанной, верить, что она не знает своих истинных чувств. Другая пациентка заметила, что мама заставляла ее чувствовать себя виноватой, если она хотела навестить друзей: «Ты обо мне не думаешь и не боишься, что я могу заболеть и умереть. Конечно, иди, общайся с друзьями, оставляй меня одну. Ты обо мне действительно не думаешь». Некоторые пациенты рассказывают, что родители описы-

вали их плач как манипуляцию: «Своим плачем ты не заставишь меня чувствовать вину. Прекрати мной манипулировать! Чем больше ты будешь плакать, тем меньше я буду обращать на тебя внимания». Обратная связь от родителей, интерпретации («Вот что ты на самом деле чувствуешь») часто вызывали у пациентов ощущение, что нельзя доверять собственному восприятию своих чувств, а следует полагаться на других, чтобы они интерпретировали чувства. У некоторых из этих пациентов в итоге развилась значительная зависимость от поддержки окружающими людьми их решений, чувств, восприятий. Например, пациент, чья мать интерпретировала его чувства и говорила, что он чувствует на самом деле, стал навязчиво нерешительным: «Как вы думаете, что я должен сделать?»

Неодобряющее окружение затрагивает все измерения эмоциональных схем. Родители и партнеры транслируют сообщения о длительности («Ты без конца будешь плакать»); отсутствию консенсуса («Другие дети так себя не ведут»), принятия («Тебе просто придется изменить свои чувства, «Я не могу с этим мириться») и контроля («Ты совсем не контролируешь свои чувства и должна сейчас же это прекратить»), а также о чувстве вины/стыда («Ты просто избалована») и непонятности («В этом нет никакого смысла», «Я не пойму, о чем ты говоришь»). Эти сообщения об эмоциях интернализируются, и дети начинают рассматривать собственные эмоции так, как их научили родители. Один мужчина описывал, как мать, вечно говорившая по телефону и игнорировавшая его, когда он пытался привлечь внимание, заставила его поверить, что чувства не имеют значения. В терапии он вновь разыгрывал свою сердитую реакцию на то, что его игнорируют, не поняв намерение терапевта: «Вы как все. Вы меня не слушаете». Он описывал, как постоянно жаловался на работе из-за большой нагрузки и несправедливой, на его взгляд, компенсации, не замечая, что тем самым вредит себе. Попытки заставить людей отнестись к его чувствам серьезно включали бесконечное нытье, обзывание других, вспышки гнева и пассивно-агрессивную демонстрацию обиды.

Я счел полезным попросить пациента заполнить LESS II, чтобы увидеть, как, на его взгляд, каждый родитель или супруг/ партнер могли бы это заполнить. Например: «Если бы ваша мать заполняла опросник о том, что она думает о ваших эмоциях, что, на ваш взгляд, она написала бы?» Это часто приводит к немедленному инсайту по поводу негативных схем эмоциональных родителей/партнера, раскрывает мнение другого человека об эмоциях пациента как лишенных смысла, что пациент не имеет права на свои чувства и что они будут длиться вечно, а у него должны быть иные чувства. Теперь пациент может заполнить опросник так, как ему хотелось бы, чтобы другой человек думал о его эмоциях. Например, один пациент сказал: «Я хочу, чтобы моя мама поощряла разговор о моих чувствах и сказала, что она понимает, почему я чувствую то, что чувствую. Я хотел бы, чтобы она сказала мне, что другие дети чувствуют то же самое». Когда пациент обнаруживает, что интернализировал проблемную теорию эмоций другого человека, может быть достигнут больший инсайт и большая дистанция от проблематичной теории эмоций этого другого. «Это не я, это она не знала, как быть матерью», – сказал один пациент.

Пять шагов одобрения

Как звучит идеальное одобрение? Я бы предложил, чтобы оно состояло из четырех шагов: перефразирование, сочувствие, нахождение правды и исследование. Перефразирование сказанного другим человеком предполагает, что слушатель повторяет говорящему услышанное, не вмешиваясь и не интерпретируя. Например: «Итак, ты говоришь, что твой начальник относится к тебе несправедливо, ты работаешь хорошо и тебе надо платить боль-

ше, чем сейчас». Перефразирование также требует обратной связи, чтобы убедиться в том, что слушатель все понял правильно: «Я правильно тебя услышал?»

Сочувствие включает идентификацию эмоций, транслируемых говорящим. Не выводы, а их непосредственное отражение такими, какие они есть: «Создается впечатление, что из-за этой ситуации вы чувствуете себя сердитым и фрустрированным». Идеально подтверждающий человек не предполагает других эмоций («Вам, наверное, еще и грустно»), потому что это не отражение сказанного. Слушатель-терапевт должен помнить: некоторые люди пережили опыт с неодобряющими родителями или партнерами, которые часто им говорили, что они чувствуют «на самом деле». А это опыт отсутствия одобрения. Важно оставаться с информацией, которую дает говорящий. Здесь слушателю опять следует просить об обратной связи: «Я правильно понял ваши чувства или что-то пропустил?»

Далее одобрение предполагает **нахождение правды** в праве иметь чувства – с учетом событий и их интерпретации говорящим: «Я понимаю, что вас это делало рассерженным и фрустрированным, потому что вы тратите много времени и усилий, а ваша зарплата это не отражает. Вы сердитесь, потому что это кажется нечестным по отношению к вам». И снова слушатель не должен выходить за пределы того, что ему говорят. Надо избегать интерпретаций и выводов вроде: «Да, звучит так, будто говорит ваша мама, и поэтому вы сердитесь». Такие незаслуженные интерпретации могут звучать пренебрежительно и снисходительно, подсказывая говорящему: «У вас нет точности взгляда. Вы реагируете слишком сильно, потому что у вас такой плохой опыт с матерью». Подобные предположения могут быть исследованы позже, после того как одобрение произошло, а высказанные слишком рано, они дают опыт отсутствия одобрения и отдалают говорящего.

Наконец, слушатель **исследует** иные мысли, чувства и воспоминания, которые могут быть у говорящего, чтобы открыть ему этот опыт: «У вас есть другие мысли и чувства, связанные с этим?» или «Можете рассказать мне еще о своем опыте?» Исследовательские вопросы «открытия» и «приглашения» оформляют для говорящего сцену, чтобы он поделился своим опытом со слушателем, играющим безоценочную и недирективную роль в слушании и принятии услышанного.

В ходе одобрения говорящий не пытается изменить слушателя или научить его лучшим способам копинга. Это произойдет позже *или вообще не произойдет*. Некоторые терапевты могут вмешаться слишком рано, не помогая пациентам чувствовать себя услышанными, принятыми и понятыми. Так, если в приведенной выше ситуации терапевт начал интерпретировать гнев: «Вы сердитесь не на начальника, а на свою мать», пациент воспринял бы это как еще один критический и игнорирующий ответ со стороны начавшего работать с ним слушателя. Действительно, этот слушатель вел бы себя как мать пациента. Или если терапевт чересчур быстро устраивает «рациональную дискуссию»: «Каковы доводы за и против того, что к вам относятся несправедливо?» или «Может ли так быть, что вы занимаетесь персонализацией и чтением мыслей?» Тогда пациент может подумать, что терапевт доминирует, критикует, контролирует. Это представление, вероятно, еще сильнее отдалит от него.

Цель подтверждения в терапии – установить *эмоционально безопасную обстановку*, чтобы пациент со своей уязвимостью доверял терапевту. Пациент, описавший более ранний опыт отсутствия одобрения, или тот, чей партнер критичен и не дает одобрения, либо чьи ответы в опроснике LESS II показывают негативный взгляд на эмоции, особенно представление о

том, что пациент не может выразить эмоцию или не находит одобрения, – хороший кандидат для работы с прямым упором на одобрение. Более того, это не ограничивается первыми сессиями и знакомством с пациентом; это часть длящегося процесса установления и поддержания доверия.

Микронавыки

Микронавыки – важный, но необязательный аспект валидации. Общее терапевтическое поведение включает участие, задавание вопросов, фокусировку, конфронтацию, отражение и другие навыки, которые облегчают активное слушание и улучшение терапевтического альянса (Ridley, Mollen & Kelly, 2011a, 2011b). Подходящий темп, рефлексивное слушание, внимание к невербальному поведению, открытые вопросы, эмпатическое отражение и обобщение – все это полезно для «установления сцены» с целью эффективного одобрения. Одобряющий слушатель вербально и невербально транслирует свой теплый, принимающий и безоценочный стиль. Как говорилось выше, микронавыки часто являются составной частью одобряющей реакции. Терапевт может транслировать заслуживающую доверия и теплую реакцию, соблюдая темп взаимодействия и не ускоряя общение, чтобы избежать подталкивания пациента в дискуссии, позволяя молчание и паузы, чтобы он мог справиться с мыслями и чувствами; использовать мягкий и теплый тон голоса с подходящей интонацией и акцентом на значимых для пациента словах («Звучит так, будто вы не чувствовали себя *уважаемым*»); сохранять подходящее положение тела (расслабленная, открытая поза), визуальный контакт (смотреть на пациента прямо, но не уставившись) и выражение лица (отражение эмоций, которые могут быть у пациента; например, если на лице пациента написан страх, лицо терапевта выражает заботу и понимание).

Кроме вышеописанных микронавыков умелый терапевт, наблюдая пациента, может практиковать «терапевтический подход Шерлока Холмса». Часто эмоциональный опыт пациента и его манера обращения к другим проявляются в том, как он входит в терапию. Терапевт может заметить, как пациент одет и ухожен (крайне тщательно, небрежно, аскетично, провокативно), интонацию голоса, выражение лица, тенденцию смотреть вниз или в сторону, сомнения в речи, положение тела, неуместный смех, долгие вздохи и иные ключи. Например, тщательно одетый мужчина может быть озабочен тем, какое впечатление он производит на окружающих, может стремиться выглядеть совершенным и быть принятым. Сексуально провокативный пациент может верить, что если, вступая в общение, он будет сексуален, то другие, уязвимые, стороны окажутся скрыты и его Я примут как сексуальный объект (или же он приобретет контроль, соблазняя, контролируя и домогаясь других). Если пациент опускает глаза, легко предположить, что, обсуждая некоторые темы, он смущается (как минимум чувствует себя некомфортно). Интонация голоса способна подсказать, что тема затушевывается либо подчеркивается. Хотя в любом случае терапевт не может знать, что происходит с пациентом в эмоциональном плане, если его не расспросить.

Терапевт: Я заметил, что ваш голос стал тише, когда вы начали говорить о матери и о том, что ей, кажется, было все равно. Почему?

Пациент: Думаю, я почувствовал себя виноватым. Знаете, я чувствовал себя так, будто не должен ее критиковать.

Терапевт: Итак, это звучало так, будто вы почти сделали себя «немым», когда начали признавать, как далека была от вас ваша мать. Вы чувствовали себя будто с

отключенным звуком, когда пытались привлечь ее внимание?

Пациент: Наверное, я никогда так не думал. Но это похоже на то, как все было.

Терапевт: А вы не подумали, что я могу быть как ваша мать и что мне все равно?

Пациент: Говоря это, я на самом деле так не думал. Я начинал исчезать. Может, чувствовал, что мне трудно здесь находиться и разговаривать обо всем этом.

Терапевт: Если вы исчезаете, когда мы говорим о трудных воспоминаниях и вещах, вы можете на миг сбежать. Особенно если думаете, что никто не услышит об испытываемой вами боли.

Использование собственной эмоции терапевта для валидации

Терапевт эмоциональных схем признает, что его собственные эмоции являются источником информации об опыте пациента. Это может принять две формы: «Что я чувствую, когда это слышу?» или «Что бы я чувствовал, если бы был этим человеком?» Я распознаю у себя целый спектр эмоций, когда слушаю, как мои пациенты описывают пережитые ими трудности. Среди этих чувств – грусть, беспокойство, гнев и желание защитить пациентов. Конечно, это может отражать мои личные реакции, но также то, чем пациенты не делятся с другими людьми.

Например, пациентка сообщила, что на школьном выпускном ее изнасиловали. Когда она рассказала об этом родителям, те обвинили ее в том, что она напилась и оказалась «не в той компании». Она чувствовала себя опозоренной, покинутой и преданной, считала, что ее некому защитить. Станным образом за защитой она обратилась к насильнику, потому что он был жестким и уверенным в себе; какое-то время была его девушкой. В дальнейшем ее партнерами были мужчины, на которых, как она чувствовала, нельзя положиться; это давало ей шанс отрицать любую потребность в том, чтобы им доверять или полагаться на них. Она никогда не была верной мужчинам, с которыми встречалась. Не чувствуя себя под защитой родителей, она отчасти была одна и выбирала партнеров, с которыми могли сложиться лишь бесперспективные отношения. Будучи терапевтом, я чувствовал желание ее защитить, злость на насильника и на родителей, признавая, что именно защиты не хватало в отношениях пациентки с родителями. Ее обвинили в поведении жертвы, и это привело к тому, что она задумалась, заслуживает ли она, чтобы к ней плохо относились, и действительно ли ее ценность в том, что она может быть сексуальным объектом? Я спросил, какие чувства женщина хотела бы получить от родителей, и услышал в ответ: «Я хотела бы, чтобы они поняли, что я в этом не виновата. Хотела бы, чтобы они меня защитили, а не обвиняли». Я спросил, как бы это могло повлиять на ее восприятие отношений и могла бы она выдерживаться от обязательств, не имея способности доверять кому бы то ни было и зная, что этот человек находится на ее стороне. Она обнаружила, что не может доверять самой себе, чтобы довериться мужчине, потому что мужчины могут ее оставить, предать или придрататься. Оказавшись в отношениях, пациентка начинала искать проблемы: мелкие изъяны, причины для разочарования или несовершенство. Это позволяло ей искать на стороне другого мужчину. Она всегда знала, что выйдет из отношений, потому что найдется другой мужчина, который сочтет ее привлекательной. Клиентка постоянно себя подстраховывала. Хотя утверждала, что ее цель – постоянный союз в браке, более важной целью было защитить себя от привязанности к одному человеку.

На самом деле чувство стыда из-за предшествующей виктимизации отразилось в том, что у нее ушли месяцы на рассказы мне об изнасиловании. Ей хотелось убедиться, что я на ее стороне и не осуждаю ее, что мне можно доверять. Она заметила, что чувствует себя виноватой отчасти из-за слов матери, что ее наряд был провоцирующим, а она сама пьяна: «Чего тогда ждать?» Представив себя на ее месте, я обнаружил, что стыд и вина, которые родители (особенно мать) навязывали дочери, заставили бы меня чувствовать себя маргинализированным. Итак, недоверчивость из-за уязвимости была для нее естественным следствием.

Некоторым терапевтам нравится думать, что терапия – это рациональные реакции, «правильное» поведение и решение проблем. Иногда так бывает с менее опытными специалистами, сформировавшими лояльность одной из школ психотерапии и ставшими «истинно верующими». Но реальные истории жизни, которые рассказывают пациенты, решаются и рассматриваются в перспективе не так просто. Теории, диагностические категории и техники – не то же самое, что понять человека. Я берусь утверждать, что мы никогда *полностью* не поймем другого; не узнаем по-настоящему, каково для него произошедшее. Понимание своего несовершенства при исполнении роли слушателя может стать первым шагом к подтверждению трудности, которую испытывают пациенты, чтобы почувствовать себя понятыми. Ведь стараться – это все, что мы можем делать как слушатели. Создание для пациента эмоционально безопасной обстановки не равнозначно решению проблемы. Да, решить проблему важно или даже необходимо. Но терапевтическое отношение – это скорее о том, что о пациенте заботятся, его ценят и принимают, возвращают. Это касается потребности в привязанности, особенно в случае людей, которые не получали подтверждения или пережили абьюз. Когда пациенты взывают к нам, важно, чтобы они были услышаны.

Уважение к страданию и текущий момент

Люди ищут терапию, потому что страдают или страдали. Полученный опыт и трудности в том, чтобы справиться с ним, привели к грусти, тревоге, гневу, отчаянию. Уважение к чувствам, отражающим страдание, сообщает, что оно иногда имеет смысл, порой неизбежно, или текущий момент переживается как ужасный. Это не значит, что терапевт не способен помочь пациенту справиться более эффективно, а при некоторых усилиях – положить конец страданиям. Но это предполагает, что в данный момент «тебе больно, и я понимаю, как тебе трудно». *Прежде чем справиться с болью, терапевт должен ее услышать.* Он может сказать что-то вроде: «Я вижу, вы страдаете из-за расставания. Вы говорите мне, как много она для вас значила, как вы планировали провести вместе жизнь и что этот разрыв опустошает. Ваша боль говорит мне, что это все для вас значит, что ваши чувства глубоки, что переживать это трудно. Трудно, потому что тяжела потеря отношений с тем, кого вы любите. Признать, что сейчас вы страдаете, будет честно. Это говорит о том, где вы находитесь в данный момент».

В приведенном примере фразы терапевт транслирует уважение к текущему моменту страдания. Подобно мудрому автору Екклезиаста (3:1–4), терапевт и пациент могут вместе признать: жизнь дает очень разный опыт, и для любого опыта есть время, чтобы его пережить: «Всеу свое время, и время всякой вещи под небом: время рождаться, и время умирать; время насаждать, и время вырывать посаженное; время убивать, и время врачевать; время разрушать, и время строить; время плакать, и время смеяться; время сетовать, и время плясать». Уважение к моменту передает идею, что есть момент для каждой эмоции и любого опыта, эти моменты приходят и уходят, а опыт и эмоции меняются. Идея уважения

к моменту и его мимолетности – ключевая характеристика терапии эмоциональных схем, потому что эмоции не длятся неопределенно долго, если только человек на них не застревает.

Терапевт: Зная, что страдаете, вы можете себе сказать: «В этот момент я очень несчастен. Я страдаю. Вот что я чувствую прямо сейчас. Это мое чувство в настоящий момент». Признавая, что вы чувствуете в данный момент, уважайте это: прислушайтесь к чувству, признайте, что вы – человек, имеющий чувство. Моменты сменяются, и каждый из них по-своему значим, каждый – часть вашей жизни.

Пациент: Это так трудно, так трудно...

Терапевт: Да, я слышу, как вам трудно сейчас. Мы можем поговорить о ваших чувствах и о том, что это значит для вас, можем испытать некоторые техники и попробовать сделать некоторые вещи. Но прямо в этот момент вам больно, поэтому некоторые из вещей, о которых я говорю, могут быть не так полезны для вас прямо сейчас. Может, позже, но сейчас вы там, где вы есть.

Подтверждение текущего момента: «Вы там, где вы есть» – сообщает о принятии чувств пациента здесь и сейчас, предполагая наличие способов их изменить. Удивительным образом, когда терапевт делится с пациентом своим уважением и принятием его болезненных чувств, пациент может больше доверять предложениям терапевта об изменениях. Говоря: «Может, это и не поможет сразу», терапевт дает пациенту две возможности. Либо это поможет сейчас (это может продвинуть пациента к изменениям), либо нет (что, собственно, терапевт и предполагает). Если это не помогает сразу, пациент может решить, что терапевт распознает временные трудности в процессе изменений и оставляет открытой надежду на то, что все может измениться. И напротив, представьте, что было бы, если бы терапевт сказал: «Если бы вы думали так, для вас бы все изменилось». Такой вид аффирмации изменений звучит как игнорирование актуального опыта пациента, минимизирует страдание, которое тот чувствует в данный момент, и таким образом едва ли приведет к изменениям, добавив безнадежности к тому, что пациент и так может чувствовать. В подходе эмоциональных схем изменения – это «выбор», они должны быть сбалансированы с уважением и принятием данного момента. Для пациента поиск подтверждения, демонстрация принятия и уважения к настоящему могут стать первым шагом на пути к изменениям.

Работа с ошибками валидации

Неизбежные ошибки эмпатии

Кохут (Kohut, 1971/2009, 1977) признавал, что неизбежная часть терапевтических отношений заключается в обнаружении пациентом, что терапевт не может быть абсолютно эмпатичным или подтверждающим то, что он чувствует. Кохут называл это «провалами эмпатии» и предлагал обращаться с ними как с важной частью терапии. Подобным образом я описал, как многие пациенты считают, что терапевт не понимает их трудности, что они недостаточно его заботят, отчасти потому, что у некоторых пациентов индивидуальное представление о содержании одобрения, а отчасти потому, что два человека не могут понять друг друга полностью, так как большинство видов опыта очень личные, многие из них не

поддаются адекватному артикулированию (Leahy, 2001, в печати; Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011). Для пациента, имеющего долгую историю переживания нехватки одобрения, новый подобный опыт с терапевтом может добавить отчаяния и привести к преждевременному завершению терапии.

Чтобы предусмотреть неизбежное переживание пациента по поводу того, что его не понимают, терапевт может сказать нечто вроде: «Возможно, временами я не полностью понимаю ваши чувства и опыт так, чтобы вы почувствовали себя понятым. Это происходит потому, что между двумя людьми есть ограничения для полного взаимопонимания или из-за каких-то моих упущений. И это может фрустрировать. Но сможем ли мы договориться обсуждать такое непонимание, если оно возникнет? Готовы ли вы дать мне знать, если чувствуете, что я по-настоящему не понимаю, что вы имеете в виду?»

Такое «предвидение» готовит почву для подтверждения будущей фрустрации в отношениях пациента и терапевта. Терапевт сообщает, что он знает об ограничениях и что они фрустрируют. Мы можем назвать это «упреждающим подтверждением», потому что возникновение ошибок эмпатии уже признано и для их обсуждения подготовлена почва:

Терапевт: Я думаю, что понимание и уважение ваших чувств – одна из важных вещей, которые я могу для вас сделать. Но я также хочу спросить, что будет, если я не сделаю это успешно? Я имею в виду, что вероятны моменты, когда я не смогу одобрить по-настоящему то, что вы чувствуете, и не оправдаю ваших ожиданий. Ведь такое возможно?

Пациент: Да нет, вы все делаете хорошо. Можете об этом не беспокоиться.

Терапевт: Я ценю ваше доверие ко мне, но я также знаю, что все мы, бывает, кого-то подводим и что есть такие чувства, больные точки, на которые я слабо настроен. Поэтому я хочу знать: если вдруг так случится, как вы отреагируете?

Пациент: Ну да, понимаю, никто не совершенен.

Терапевт: Да, вы понимаете, и я это ценю. Но давайте посмотрим на ваш прежний опыт. Кажется, ваш отец с головой уходил в работу, мать была слишком занята собственными проблемами, а вы чувствовали, что им не до ваших потребностей. На прошлой неделе вы рассказали мне, как чувствуете себя из-за того, что ваша подруга Лара будто не одобряет вас, кажется критичной и скорее интересующейся лишь собой. В том, чем мы с вами здесь занимаемся, одобрение – ключевой вопрос. Так что я ценю то, что вы меня понимаете, но хочу знать, сможете ли вы говорить мне, когда я вас одобряю, а когда – нет?

Пациент: Думаю, прямо сейчас я чувствую, что вы подтверждаете опыт, который у меня был.

Терапевт: Станете ли вы сомневаться, сказать ли мне, когда я вас не одобряю? Вы помните, что говорили мне, как ваша мать была глуха к вашим заботам? Поэтому я хотел бы знать, не думаете ли вы, что и я буду вас игнорировать?

Пациент: Думаю, вы правы. Либо я сдерживаю свои чувства и не говорю ничего, либо взрываюсь от злости, и это будто возникает ниоткуда. Или я просто перес-

таю общаться с человеком.

Терапевт: Это и меня заботит. Как думаете, как я отреагирую, если вы скажете мне, что я вас по-настоящему не понял и не одобрил?

Пациент: Когда я об этом говорю с вами сейчас, я думаю, что вы поймете.

Терапевт: Конечно, мы не узнаем, пока не попытаемся. Хорошо. Вы можете вспомнить какой-нибудь момент за последние несколько недель, когда я, кажется, был не совсем в контакте с вами?

Пациент (делает паузу): Ну, я знаю, что вы стараетесь быть со мной в контакте, но когда я сказал вам о своих отношениях с начальницей и что она, похоже, не отдает мне должное, я не почувствовал, что вы меня одобряете. Вы, кажется, сменили тему.

Терапевт: Да, я помню. Вы чувствовали, что работаете усердно, а она не признает ваш упорный труд. Могу представить, что это действительно огорчает, и я мог бы исследовать это получше, а мы могли бы поговорить больше о том, что вы чувствуете и думаете. Фактически, когда думаю о таких вещах, я вижу, что это огорчило бы большинство людей: мы чувствуем, когда наш тяжелый труд не признается.

Пациент: Спасибо. Вы поняли. Я имею в виду – я понял.

Ошибки эмпатии – неизбежные случаи непонимания – есть почти во всех значимых отношениях. Некоторые люди особенно растеряны, когда их супруги или партнеры не одобряют их; они надеются на одобрение в близких отношениях. Но, как будет видно из дальнейшего обсуждения терапевтических и интимных контактов (главы 12 и 13), работа с разочарованием из-за недостатка одобрения – необходимая часть балансирования между нереалистичным ожиданием совершенных в эмоциональном плане отношений и реальными человеческими слабостями.

Исследование значения недостатка одобрения

Как отмечалось ранее, наше исследование показывает, что восприятие получаемого человеком одобрения коррелирует с большинством других измерений эмоциональных схем. Одобрение и его отсутствие значимы для пациента. Терапевт может исследовать это вместе

это вместе с пациентом, наблюдая, что это значит для терапевтических отношений (или любых других), когда пациент чувствует, что его не одобряют.

Люди дают множество интерпретаций данному недостатку одобрения:

«Вам все равно».

«Вам все равно, вы не можете мне помочь».

«Я для вас лишь пациент. Я не личность».

«Я никому не нужен».

«Мои чувства не имеют значения».

«В моих чувствах нет смысла».

«Вы становитесь на их сторону. Думаете, что я виноват».

«Вам надо понять все, что я думаю и чувствую».

«Если вы не понимаете все мои чувства, вы никогда мне не поможете».

«Вы совсем как моя мать [отец, жена, муж, друг]».

«Я совсем один».

«Я не имею значения».

Терапевт может рассматривать такие интерпретации, исследовать их, используя подтверждение, анализ затрат и выгод, свидетельства за и против, технику двойных стандартов, совет другу и иные техники когнитивной терапии. Например:

Терапевт: Я вижу, вы думаете, что если я понимаю не все ваши чувства, то не могу вам помочь. Должно быть, грустно так думать, потому что мы здесь, чтобы работать вместе. И попытаться помочь вам, и понять, что вы чувствуете, важно. Я вижу, это фрустрирует, вызывает досаду и даже немного пугает.

Пациентка: Да. Кажется, меня никто не понимает.

Терапевт: Очень трудно чувствовать, что никто вас не понимает. Как быть одному в мире, где всем все безразлично.

Пациентка: Слушайте, я знаю, что вам не безразлично, но иногда вы не даете мне закончить.

Терапевт: Да. У вас много чувств и мыслей. Я знаю, что иногда могу вас прервать. И вижу, что когда я это делаю, кажется, что мне безразлично.

Пациентка: Я знаю, что вам не безразлично, но я так чувствую и так это вижу.

Терапевт: Это дилемма, с которой в отношениях сталкиваются все. Когда нам на самом деле не все равно, мы порой не умеем понять все чувства другого. Мы можем упорно бороться за то, чтобы заниматься тем, что кажется самым важным переживанием человека в данный момент, и при этом пропустить то, что для него действительно важно. Не это ли происходит между нами?

Пациентка: Да, я думаю, это. И это больно.

Терапевт: Давайте подумаем об этом вместе, хорошо? Представим, что вы находитесь в отношениях, ожидая, что другие люди будут понимать все, что вы чувствуете. Что для вас следует из данного ожидания?

Пациентка: Наверное, я так себя и чувствую: разозленной и разочарованной.

Терапевт: Есть ли какое-то преимущество в том, чтобы сделать так, чтобы люди все понимали?

Пациентка: Да. Может, я наконец почувствую, что меня понимают.

Терапевт: Это будет хорошо, но вот я думаю: сработает ли это с вами? Часто ли вы чувствуете себя понятой?

Пациентка: Обычно я чувствую, что люди меня не понимают.

Терапевт: Если бы у вас была подруга, которая ждала бы, что вы поймете каждое ее чувство?

Пациентка: Я бы сказала ей: «Ты никогда не получишь то, что хочешь».

Терапевт: Какую цель вы предложили бы ей, если она не может всегда получать желаемое?

Пациентка: Не знаю. Думаю, когда это касается чувств, важно, чтобы тебя понимали. Но я думаю, что ей придется решить, какие чувства особенно важны, а какие – нет, и жить с этим.

Самоодобрение

Терапевт (другие люди) не может всегда быть рядом, чтобы одобрять пациента. Многие люди, имеющие опыт неодобряющего окружения, пытаются подавлять эмоции или без конца думают о том, что с ними что-то не так, что у них странные чувства. Таким пациентам может быть полезно взглянуть на себя со стороны и признать, что нормально плохо себя чувствовать, когда случаются плохие вещи. Признать свою эмоцию, уважать ее, давать себе право на чувство – не значит чрезмерно потакать, быть ненормальным, вне контроля или что эмоция бесконечна. Самоутешение, сочувственное обращение к себе – полезное противоядие для тех, кто имел опыт жизни в неодобряющем окружении (Gilbert, 2009; Neff, 2009). Техники терапии, основанной на сострадании, могут быть полезны людям, переживающим тяжелые эмоции (Gilbert, 2009). Пациент, которому одиноко и грустно, может представить себе лицо и голос сочувствующего и любящего человека, что он проявляет любовь и доброту, и представить, как эта доброта утешает и успокаивает. Само-одобрение также может включать утверждение о том, что эмоции человека имеют смысл, другие люди на его месте чувствовали бы то же самое, а также как пациент «понимает то же, что понимаю я». Сообщения о том, что пациенты могут одобрять (например: «Я всего лишь человек. Мне сейчас одиноко, так бывает с людьми»), способны успокаивать, давать почувствовать, что сострадательная саморефлексия с ними и что они могут поддержать себя сами. Здесь транслируется, что пациент не обязан избавляться от эмоции, если чувствует, что понимает ее и заботится о себе.

При этом некоторые люди могут продолжать верить, что одобрять самих себя или сочувствовать себе – нечто такое, чего они не заслужили, что в этом есть риск, что они будут надменными, игнорирующими других, и поэтому люди их отвергнут. Например, женщина с длительной историей приступов обжорства, проблемами с весом и хронической депрессией видела в самоодобрении «мистическую чепуху». Она боялась, что если будет это практиковать, станет мягкой, жалеющей себя, еще одним лузером. Она отрицала любой свой

прогресс. «Какой мне смысл быть чирлидером, если и так предполагается, что я буду это делать?» – говорила она саркастически. Терапевт изучил использование ею двойных стандартов: «Почему вы относитесь к другимнисходительнее, чем к себе?» Она обнаружила, что хочет видеть в себе человека настолько толерантного и любящего, что не заслуживает любви к самой себе.

Терапевт: Итак, вы думаете, что награждать или хвалить саму себя неправильно, потому что вы такой доброты не заслуживаете?

Пациентка: Все заслуживают. Кроме меня.

Терапевт: А почему не вы?

Пациентка: Не знаю. Просто я такая. Я должна была справиться лучше. На самом деле у меня нет причины быть в депрессии.

Терапевт: Подумайте вот о чем: «Я в депрессии. Я не заслуживаю собственной доброты. Это делает меня еще более депрессивной. Тогда я не заслуживаю собственной доброты». Звучит, будто вы наказываете себя за то, что в депрессии, и это ее сохраняет.

Пациентка: Я знаю. Звучит нелогично. Но я боюсь, что если начну дуть в свою дуду, покажусь самоуверенной.

Терапевт: Вероятно, вы можете дуть в свою дуду, только если никто этого не слышит.

Самоодобрение принимает форму направленных к самому себе сострадательных, добрых и поддерживающих обращений: «Я стараюсь, мне надо отдавать должное самой себе. Жизнь тяжела, я тружусь, добиваюсь улучшения. Я хочу любить себя, поддерживать себя, быть к себе доброй. Болезненные чувства – часть жизни каждого, включая меня. Есть много хорошего, что я могу испытать. Мне надо подружиться с самой собой».

Терапевт и пациентка могут провести эксперимент, чтобы посмотреть, приведет ли самоодобрение и сочувственное обращение к самой себе к высокомерию и трудностям в общении с другими людьми. Кроме того, терапевт может провести ролевую игру, разыграв «пугающую фантазию», в которой он исполнит роль голоса, говорящего, что быть доброй к себе не означает ужасных последствий.

Терапевт (отчужденно): Вы знаете, что когда говорите что-то доброе самой себе, вводите себя в заблуждение? Я имею в виду, что мелочи, которые вы делаете, на самом деле не имеют значения.

Пациентка (рациональный ответ): Каждый мой позитивный шаг имеет значение, включая самоподдержку. Если буду себя награждать, я почувствую себя лучше.

Терапевт: Но ты не заслуживаешь того, чтобы чувствовать себя лучше. Люди, которые в депрессии, заслуживают чувствовать себя плохо.

Пациентка: Это абсурдно. Депрессия – болезнь многих людей, и каждый заслуживает своего шанса.

Терапевт: Да, все, кроме тебя. Если ты начнешь говорить о себе что-то позитивное, станешь самоуверенной и надменной, всех от себя оттолкнешь.

Пациентка: Это сумасшествие. Я могу молча говорить самой себе слова поддержки, и это, вероятно, сделает меня менее депрессивной. А если я буду менее депрессивной, мне, возможно, станет веселее жить.

Заключение

В этой главе был дан обзор потребности в валидации как проявлении базовой потребности человека в понимании и контакте. Она возникает с самого начала в системе привязанности ребенка и того, кто о нем заботится, стремится к исполнению в течение всей жизни человека. Валидация родственна многим другим эмоциональным схемам и может производить в них изменения (это, например, помощь человеку в том, чтобы он увидел в эмоции смысл и признал, что другие люди переживают подобное; позволял себе их выражать, чтобы у него стало меньше навязчивых мыслей, смог понять, что эмоция не длится бесконечно и не выйдет из-под контроля). У некоторых людей есть проблематичные представления об одобрении – с ожиданием полного согласия и отражения. Это неизбежно ведет к ошибкам эмпатии. Терапевт эмоциональных схем может их предвидеть как потенциальные препятствия, затронув данный вопрос, исследуя значение отсутствия одобрения, когда оно случается, и развивая взаимное принятие возможных разочарований. Наконец, отсутствие одобрения самого себя и сопротивление направлению сострадания на себя могут прорабатываться с использованием изучения двойных стандартов и других когнитивных техник, включения в ролевую игру «Пугающая фантазия» и рассмотрения того, каким может быть реальный результат самоодобрения.

Глава 7

Понятность, длительность, контроль, вина/стыд и принятие

Будь благодарен за все, что приходит,

Потому что все послано

Как указание свыше.

Джалаладдин Руми¹

После того как терапевт произвел оценку пациента и описал модель эмоциональных схем, он в каждой сессии будет сосредоточиваться на понимании эмоций, беспокоящих человека, и способах, с помощью которых представления об эмоциях и стратегии эмоциональной регуляции поддерживают или усугубляют проблематичный копинг. Подобно модели когнитивной терапии, которая идентифицирует когнитивные предубеждения, модель эмоциональных схем поощряет пациента рассмотреть, что следует из конкретных представлений об эмоциях, и решить, как разные представления и стратегии могут стать более адаптивными. В этой главе я показываю, как идентифицировать и модифицировать пять измерений

эмоциональных схем: о понятности и контролируемости эмоций, о том, насколько они вызывают вину и стыд, а также принимаются.

Разные техники когнитивной терапии (например преимущества и недостатки определенного представления, свидетельства за и против него, сбор данных, техника двойных стандартов), поведенческий эксперимент и экспериенциальные упражнения как на сессиях, так и в промежутках между ними используются, чтобы поработать со всеми пятью измерениями. Терапевт эмоциональных схем использует индукцию и дублирование (Hackmann, 2005; Smucker & Dancu, 1999); беспристрастную осознанность (Roemer & Orsillo, 2009; Segal, Williams & Teasdale, 2002); техники, способствующие психологической гибкости (Hayes et al., 2012), прояснение ценностей (связывание болезненных эмоций с высшими ценностями (Wilson & Murrell, 2004); техники позитивной психологии (Seligman, 2002); техники DBT (Linehan, 1993, 2015); терапию, сфокусированную на сострадании (Gilbert, 2009). Применение данных техник с целью помочь модифицировать пять типов проблематичных представлений об эмоциях увеличивает способность пациентов переносить и использовать эмоциональный опыт, позволяет им разорвать связи между эмоциональными схемами и проблемными копинг-стратегиями (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011). Таким образом, широкий спектр техник может использоваться для работы с представлениями о понятности, длительности, контроле, вине/стыде и принятии эмоции внутри более глобальной и интегративной модели эмоциональных схем.

Понятность

Некоторым людям кажется, что эмоции возникают ниоткуда. Они могут сказать: «Я не знаю, почему так чувствую». Вследствие представления «в моих эмоциях нет смысла» эти пациенты чувствуют себя запутанными, беспомощными и отчаявшимися. Если эмоции непонятны, люди могут бояться своих эмоций, верить в то, что теряют контроль или сходят с ума, либо просто делают вывод, что они не контролируют то, чего не понимают. Кроме того, те, кто считает, что в их эмоциях нет смысла, порой снова и снова думают: «Не пойму, почему я это чувствую» или «Что со мной не так?» Нахождение смысла в эмоциях – ключевой элемент терапии эмоциональных схем.

Некоторые пациенты – алекситимики; это значит, что им трудно называть и дифференцировать эмоции, вспоминать ассоциирующиеся с ними события (Lundh, Johnsson, Sundqvist & Olsson, 2002; Paivio & McCulloch, 2004). Такие люди часто с трудом понимают, откуда взялось негативное чувство. У них бывают смутные и диффузные жалобы («Мне плохо», «Что-то идет не так»); им трудно находить слова для обозначения эмоций и вспоминать ассоциирующиеся с ними события, связывать эмоции со своими мыслями. Терапевт эмоциональных схем способен помочь этим пациентам замечать возникновение и переживание отдельных эмоций, объединяя их с событиями и мыслями, помогая видеть их смысл в контексте, в котором они возникают.

Во-первых, традиционная когнитивная терапия дает серьезные основания для связи эмоции с конкретными автоматическими мыслями, предположениями и глубинными представлениями. Например, эмоции стыда и грусти у пациента имеют смысл, если связаны с автоматическими мыслями вроде: «Люди думают, что я неудачник», «Чтобы я хорошо себя чувствовал, мне надо, чтобы меня все одобряли». Кроме того, когнитивная терапия может связать глубинные представления, такие как «Я неадекватный» и «Меня невозможно любить», с эмоциями грусти и стыда.

Во-вторых, терапевт может предположить, что в депрессии или тревоге присутствует биологический компонент, особенно если есть свидетельства ее раннего начала либо семейная история психопатологии. Эта психопатология, имеющая биологическую основу, может отвечать и за саму эмоцию (например грусть), и за когнитивные искажения, связанные с ней.

В-третьих, поведенческая модель порой полезна для нахождения смысла в эмоции. Если грусть ассоциируется с пассивностью, изоляцией и избеганием опыта, пациент может исследовать, усиливается или снижается грусть в связи с данными процессами. Более того, экспериментируя с активацией поведения, он способен определить, можно ли модифицировать грусть простым действием и конфронтацией пугающих или некомфортных ситуаций. Активация поведения также может использоваться в работе с другими измерениями эмоциональных схем, такими как длительность, контроль и представление о том, что перед лицом эмоций человек бессилён.

В-четвертых, некоторые пациенты утверждают, что не понимают, почему думают или чувствуют именно так: на рациональном уровне они видят, что «тут не о чем переживать». Эти люди верят, что их автоматические мысли («Я неудачник») не имеют рациональной основы, поэтому у них «нет причины» плохо себя чувствовать. Терапевт может обозначить такому пациенту, что депрессия или тревога возникает по разным причинам, что эмоции могут вызывать негативные мысли или быть их следствием и что правдоподобность мыслей со временем меняется. Мысли, ассоциирующиеся с негативными эмоциями, не должны быть истинными для их поддержки; им достаточно быть правдоподобными. Пациенты могут заявлять: «На самом деле я этим мыслям не верю. Знаю, что они нерациональные». Терапевт может предположить, что степень веры меняется в зависимости от ситуации, в которой оказывается пациент.

Например, мужчина, который переживает из-за разрыва отношений, утверждает: «Я знаю, что могу найти другую». Но, вспоминая прежнюю партнершу, он может быть охвачен мыслями, вызывающими депрессию: «Я не могу быть счастлив без нее» или «Я сам все испортил». Характер таких мыслей зависит от контекста, и можно предположить, что в конкретных ситуациях рядом с оживающей эмоцией рациональность отходит на второй план.

Более того, эмоции могут возникать из-за биологического дисбаланса, который ни к ситуации, ни к автоматическим мыслям прямо не относится; то есть иногда эмоции возникают спонтанно, из-за биологической предрасположенности к ним. Например, женщина в возрасте за тридцать во время оценки не могла понять причину резких перепадов настроения. Терапевт предположил, что у нее биполярное расстройство и что это в основном биологическая предрасположенность и наследственность. Вначале она отнеслась к диагнозу скептически, согласилась с ним благодаря помощи терапевта и мужа, который рассказал ее историю. Таким образом, если найти смысл сильных перепадов настроения через подходящий диагноз, это не только принесет понимание, но и подскажет ход лечения: в данном случае комбинацию когнитивно-поведенческой терапии и медикаментов.

Чтобы рассмотреть вопрос понятности, терапевт может задать следующие вопросы: «Эмоции имеют для вас смысл? Какие эмоции вам труднее понять? А какие легче?» Так, некоторым пациентам легко идентифицировать свою злость и сложнее грусть. Им может быть проще признать: «Я злюсь, потому что некто меня обидел», чем понять: «Мне грустно, потому что я думаю, что мне будет грустно всегда». Например, замужняя женщина не могла

понять, почему ей грустно. Она говорила: «У меня прекрасный брак, хороший дом. Мы материально обеспечены». Ее депрессия, вероятно, имела биологический компонент, но еще она отказалась от карьеры юриста, чтобы полностью посвятить себя материнству. Женщина не замечала, что лишилась части профессиональной идентичности и чувства компетентности, думала: «Мне надо быть веселее». Недооценка влияния значительных жизненных событий часто оставляет пациентов с чувством, что их текущие эмоции не ясны.

Терапевт может исследовать вероятные причины (биологическую уязвимость, детский опыт, недавние источники стресса, потери, конфликты, воспоминания), способные вызывать эмоцию. Здесь часто возникают следующие вопросы:

«Какими могут быть веские причины для вашей грусти (тревожности, сердитости и т. д.)?»

«О чем вы думаете (какие у вас возникают образы), когда грустите и т. д.»

«Какие ситуации запускают подобные чувства?»

«О чем вам напоминает эта эмоция?»

«Есть ли трудности, которые могли вызвать у вас такие чувства?»

«Можете ли вы рассказать о самых ранних воспоминаниях, связанных с такими эмоциями?»

Как описано далее в этой главе, понимание того, почему у человека есть конкретные чувства, можно облегчить, идентифицируя ситуации, запускающие эмоцию, и мысли, которые сопровождают чувства. Например, мать, оставившая карьеру юриста, признала, что ей

что ей бывает грустно, когда муж утром уходит на работу и она слышит о бывших коллегах по офису. Уход мужа из дома по утрам запускал мысли, в которых она обесценивала свою роль матери: «Я напрасно получила образование. От меня нет толка». Услышав о бывших коллегах, она не могла избавиться от мысли: «Я оставила хорошую карьеру. Про меня будут думать, что я неудачница».

Иногда пациенты лучше понимают свои эмоции, предполагая, что другие люди могли бы сказать или почувствовать. Терапевт может спросить: «Если бы это переживал кто-то другой, какие чувства он испытал бы?» Обнаружение, что, с точки зрения окружающих, эмоции имеют смысл, – ключевой элемент нормализации и придания смысла таким эмоциям. Люди с меньшей вероятностью будут снова и снова прокручивать в голове мысли или чувствовать вину, изолироваться, если думают, что другие способны чувствовать то же, что и они. Кроме нормализации эмоций, вопрос о том, какотреагируют другие, может стимулировать мысли о более адаптивных способах копинга. Бывший юрист размышляла: «Я помню, как несколько лет назад Салли покинула фирму и сначала была очень рада находиться дома. Но затем у нее появились сомнения. Одна из мыслей была о том, что, когда ребенку исполнится два года, она пойдет работать на неполную ставку в маленькой местной фирме. Я помню, что благодаря этому плану она почувствовала себя лучше».

У людей бывают представления о том, что значит их непонимание собственных эмоций. Это метаэмоциональные представления, способные привести к проблематичным способам

копинга. (Заметьте сходство между метаэмоциональными представлениями и предложенной Уэллсом [Wells, 2009] моделью метакогнитивной терапии.) Модель эмоциональных схем предполагает, что существуют конкретные теории эмоций, как и теории о роли мышления, что отмечено в метакогнитивной модели. Вопросы относительно веры в непонятность эмоций включают следующие позиции: «Если вы думаете, что сейчас ваши чувства не имеют смысла, какие мысли это у вас вызывает? Бойтесь ли вы, что сойдете с ума или потеряете контроль?» Некоторые пациенты, уверенные, что в их эмоциях нет смысла, начинают думать, что с ними что-то не так. Например, люди с паническим расстройством верят, что в них есть глубокая уязвимость, за которой нужно следить, чтобы окончательно не потерять контроль и не сойти с ума. Пациенты с эмоциональной дисрегуляцией считают, что есть темный, с трудом обнаруживаемый секрет или что их эмоциональная дисрегуляция, действующая здесь и сейчас, сродни инвалидности и она навсегда. Есть люди, размышляющие таким образом: «Если я не найду по-настоящему хорошего объяснения, которое соединит все воедино, в моих эмоциях нет смысла». Как указывают Ингрэм, Эчли и Сигал (Ingram, Atchley & Segal, 2011), разные уровни объяснений могут касаться уязвимости – от поведенческих и когнитивных до неврологических или относящихся к развитию. Найти смысл в эмоциях не значит, что существует единственный способ ее понимания; в большинстве случаев нет темного секрета, который должен быть раскрыт. Люди, верящие, что он есть, будут думать и думать, ища правду, отвергать другие интерпретации как не имеющие отношения к истинной проблеме.

Бывают случаи, когда актуальная теория эмоций действительно относится к более раннему опыту, хотя это необязательно вытесненный опыт или глубокая тайна, которая должна быть раскрыта. Понимание пациентами, почему они чувствуют то, что чувствуют, можно облегчить, исследовав детский или взрослый опыт. «Случалось ли с вами в детстве нечто, что могло бы объяснить, почему вы так чувствуете?» Исследование развития человека с целью узнать происхождение эмоций не всегда полезно и иногда ведет к чрезмерной патологизации актуального эмоционального опыта: пациент может начать верить, что «произошло непоправимое». Теории причин уязвимости или отдельных эмоций могут отражать представления об отдельных человеческих качествах как устойчивых, неизменных и всепроникающих («Моя мама заставила меня чувствовать, что эмоции неважны, поэтому я, вероятно, всегда буду так думать»). Вера в эмоциональный детерминизм часто подкрепляется популяризацией моделей психодинамики или «травмированного внутреннего ребенка», которые люди порой неверно интерпретируют как модели установившейся раз навсегда эмоциональной инвалидности.

Но для пациентов, верящих в то, что их актуальные эмоции не имеют смысла, это направление исследования может оказаться полезным. Например, упомянутая ранее женщина – бывший юрист – ранее вспоминала, что профессиональной карьерой ее матери помешали родительские обязанности, и она об этом сожалела. На самом деле ее мать очень гордилась академическими успехами дочери, но она также получила большое удовольствие, став бабушкой. Это «смешанное послание» привело к ощущению нереализованного потенциала: пациентка сама колебалась между ролями профессионального юриста и любящей матери.

Соответственно, воспоминание образов или сцен из детства способно вызвать больше эмоций или мыслей, иллюстрируя связь между текущими эмоциями и прежним опытом. Текущую эмоцию (например переживание одиночества) можно «индуцировать», если попросить пациента представить, как бы это было, если бы он почувствовал себя по-настоящему

одиноким. Скажем, предложить ему закрыть глаза и тихо сказать: «Я одинок», одновременно наблюдая за образами, воспоминаниями и иными эмоциями, которые следуют за одиночеством: «Заметьте чувство в своем теле, чувства в груди, ощущение пустоты и утраты. Заметьте свою грусть, потому что вы одиноки, и другие эмоции, которые, возможно, появятся. Медленно наблюдайте каждый образ, приходящий на ум. Наблюдайте за ним, смотрите, как он разворачивается». Одна пациентка заплакала, вспомнив, как она одна лежала в постели, когда родителей не было дома, и чувствовала себя одинокой. Терапевт спросил: «Какие мысли приходят к вам с этим образом?» Пациентка ответила: «На самом деле я им не нужна. Я не имею значения». Ее актуальная тревога и грусть были вызваны регулярными отъездами мужа в командировку. Женщина вспоминала, как, будучи ребенком, особенно скучала по отцу. Он неожиданно умер, когда девочке исполнилось 12, и она осталась с матерью, которая, по ее мнению, чувствовала к ней неприязнь.

Наконец, даже при самых серьезных попытках связать эмоции с биологической предрасположенностью, ранним детским опытом, эмоциональной социализацией в семье и автоматическими мыслями, некоторые пациенты все равно полагают, что их эмоции не имеют смысла. Кажется, они верят в перфекционизм прозрения, то есть в необходимость все понимать про свои эмоции или про самих себя – ради эффективного функционирования. Их чувство «я не могу понять, что заставляет меня так чувствовать» часто приводит к самокопанию в поисках настоящего значения и полного понимания: «Если я не доберусь до сути, не знаю, как смогу принимать решения о том, как прожить свою жизнь». Очевидное правило заключается в том, что полноценный инсайт – обязательное условие изменений, так же как некоторые пациенты чувствуют, что необходима полноценная мотивация. Терапевт может спросить, всегда ли нужно понимать, почему человек чувствует то, что чувствует, или важнее определить, какие цели, ценности, поведение являются продуктивными.

Происхождение эмоции или эмоциональной схемы может быть менее важным, чем то, как текущая эмоция интерпретируется и регулируется. Например, пациент, чья грусть в данный момент, вероятно, кажется непонятной, может заключить: «Если я не понимаю свою эмоцию, я бессилён ее изменить». Веру в необходимость понимания можно исследовать, поставив поведенческие эксперименты, иллюстрирующие, что конкретные действия или ситуации ассоциируются с более приятными эмоциями и что инсайт не всегда нужен для изменений. Иногда он может быть преимуществом, но никогда не является обязательным условием. В ряде ситуаций эффективность важнее понимания.

Длительность

Наше исследование (см. главу 3) показало, что основным предиктором как депрессии, так и тревоги является вера в то, что эмоции будут длиться неопределенно долго (Leahy, Tirch & Melwani, 2012; Tirch, Leahy, Silberstein & Melwani, 2012). Как говорилось в предыдущей главе, восприятие длительности эмоции неизменно обнаруживается в ходе исследования предсказания аффекта (Wilson & Gilbert, 2003). Исследование представлений о «дисконтных ставках» (например, акцент на скорейшей выгоде без учета совокупной выгоды, получаемой в перспективе) приводит к моментальному удовлетворению ценой выгод, получаемых по истечении времени (Frederick et al., 2002; McClure et al., 2007; Read & Read, 2004). Вера в длительность эмоции – следствие якорения предсказаний, основанных на текущей эмоции («Мне грустно. Мне всегда будет грустно»), фокусирования на одном элементе с игнорированием других факторов («У меня сейчас нет партнера») и недооценки смягчающих или компенсующих факторов (не признается то, что могут возникать другие отно-

шения и ценные альтернативы). Более того, подразумеваемая вера в то, что эмоция неизменна (структурные теории) либо изменчива (теории изменений), относится к способности эмоционального регулирования (Castella et al., 2013).

Изменение представлений о длительности эмоции – ключевой фактор повышения толерантности к аффекту. Например, человек с ОКР со страхом загрязнения верил, что если он подвергнется экспозиционной терапии и предотвращению реакции, его тревога будет длиться бесконечно долго и нарастать в течение дня. Подобным образом пациенты с паническим расстройством могут верить, что их тревога будет длиться без конца. Вера в длительность мыслей и эмоций иногда также выступает в роли основного элемента переживания безнадежности и депрессии («Я всегда буду чувствовать отчаяние», «Я всегда буду думать, что жить на свете не стоит»). На самом деле один из главных принципов тренинга осознанности – признание того, что и мысли, и чувства, и ощущения, даже реальность постоянно меняются; они приходят и уходят, как приливы и отливы. Текучесть и гибкость контрастируют с длительностью (Hayes et al., 2012; Linehan, 1993, 2015; Roemer & Orsillo, 2009; Segal et al., 2002).

Мы отдаем приоритет обращению к мыслям о длительности, потому что они основные по отношению к другим представлениям (например, о контроле и принятии). Знание того, что эмоция носит временный характер, делает ее более переносимой. Потребность в контроле временной эмоции может казаться менее настоящей; восприятие опасности и ухудшения снижается, стоящие за этим представления о невозможности что-нибудь сделать с эмоцией ослабевают. Терапевт может затронуть вопрос длительности, спросив: «Я вижу, вам кажется, что эмоции, которые вы переживаете сейчас, будут длиться неопределенно долго. Вероятно, для вас это трудно, потому что трудно сейчас. Мы действительно часто чувствуем себя тонущими в переживаниях, которые выглядят бесконечными. Фактически некоторые эмоции кажутся поглощающими: они захватывают нас и тащат за собой. Давайте рассмотрим ситуацию и увидим, что обнаружится. Как вы думаете, какие эмоции будут продолжаться неопределенно долго?»

Некоторые пациенты испытывают множество эмоций: тревогу, гнев, грусть, спутанность и даже облегчение. Важно начать их дифференцировать, чтобы увидеть, не делятся ли одни эмоции дольше других. Терапевт может исследовать, как пациент понимает, почему некоторые эмоции долговечны, а другие – нет. Он может спросить, длительны ли счастливые чувства и если нет – почему? Почему актуальная негативная эмоция (например грусть, отчаяние, гнев) – единственная, которая длится долго? Станут ли те же условия постоянными или что-то изменится? Будет ли пациент всегда так думать?

Порой пациенты используют эмоциональное мышление о длительности своей эмоции: «Это ужасно! Я не могу представить, что будет иначе». Представление о том, что длительность эмоции соответствует ее интенсивности, выглядит нелогичным, но многие люди, страдающие от сильной боли, приходят именно к такому выводу. Терапевт может спросить: «Есть ли какие-то очень сильные эмоции, которые вы испытывали в прошлом?» Когда пациент перечисляет варианты другого эмоционального опыта, например грусти, гнева, тревоги, ревности, терапевт может спросить, как долго длилась самая сильная из названных эмоций. Так как каждая из них должна через какое-то время ослабнуть, пациент способен начать рассматривать возможность изменения текущих сильных эмоций.

Как и в случае со многими другими представлениями, здесь нужно поработать с мотивацией пациента к изменениям. Терапевт способен это сделать с помощью анализа затрат и выгод: «Каковы затраты и выгоды от того, что вы верите, будто ваша эмоция продлится неопределенно долго?» Некоторые пациенты боятся надеяться на изменения и поэтому отстаивают постоянство негативного чувства. Если так, терапевт может спросить: «Что будет, если вы поверите, будто эмоции изменятся: станут менее сильными, лучше переносимыми?» У представлений о длительности есть последствия, потому что такое представление усиливает чувство беспомощности/беснадежности и приводит к тому, что предсказание будущего основывается на нынешнем эмоциональном состоянии. Представления о длительности также часто приводят к дисфункциональному эмоциональному копингу – избеганию, изоляции, пассивности, навязчивым мыслям, беспокойству, перееданию и химическим зависимостям. Говоря о таком копинге, терапевт может исследовать, что пациент делает, когда возникает мысль о том, что эмоция будет длиться неопределенно долго:

«Думая, что негативная эмоция бесконечна, начинаете ли вы что-то делать или чего-то избегать? Например, вы сдаетесь, изолируетесь, становитесь пассивным, уходите в себя? Долго ли вы застреваете на тяжелых чувствах? Представляете ли вы, что все будет так же плохо? Думаете ли об этом все время? Пытаетесь ли вы успокоить себя едой, алкоголем, наркотиками или отвлечением на какое-то иное занятие?»

«Если я считаю, что негативные чувства постоянны, *что* я тогда делаю и *что* чувствую?»

В случае признания цены и длительности представления способны усилить мотивацию их изменить, хотя некоторые пациенты рассматривают такие вопросы как инвалидирующие и вызывающие нереальные надежды. Терапевт может обратиться к подтверждению, наблюдая, что текущие эмоции и представления сильны и болезненны и что подтвердить факт их существования не значит путем рассмотрения альтернатив отринуть реальность опыта для пациента в данный момент:

«Представьте, что вы испытываете ужасные физические страдания из-за занозы в ноге. Врач определяет интенсивность боли и говорит, что ее причина – действительно заноза. Если бы врач попросил вашего согласия ее вынуть, стали бы вы думать, что она вас инвалидирует? Ведь если оставить занозу в ноге, боль продолжилась бы. Что лучше сделать?»

Хотя длительность иногда вызывает желание уклониться или сбежать от эмоции, терапевт может предположить, что бывают моменты, когда «вы должны пройти через это и пережить боль».

Недостаток мотивации, происходящий из представления о длительности, тоже подлежит исследованию: «Были бы вы мотивированы работать над улучшением положения, если бы сомневались по поводу длительности вашей эмоции?» Некоторые пациенты верят, что если эмоции будут длиться бесконечно, нет смысла рисковать и менять их. Один мужчина сказал: «А зачем беспокоиться, если надежды нет?» Таким образом, вера в длительность эмоции способна превратиться в самореализующееся пророчество. Терапевт может отметить: «Если вы верите, что ваши эмоции не изменятся, есть смысл ничего не делать». Более того, вера в длительность эмоции не позволяет пациентам пройти экспозиционную терапию, чтобы преодолеть страхи. Ранее упомянутый мужчина с ОКР верил: в случае прохождения экспозиционной терапии ради преодоления страха заражения его тревога будет

длиться бесконечно долго. Большая длительность (и растущая интенсивность) эмоции казалась слишком высокой ценой, чтобы заплатить ее за тестирование теории экспозиции.

Представления о длительности и опасности эмоции являются центральными при включении пациентов в выполнение экспозиционных упражнений для преодоления специфической фобии, социального тревожного расстройства, ОКР, ПТСР и любых других расстройств, когда активация страха является важным компонентом терапии. Например, пациента со страхом заражения спросили, насколько сильной будет его тревога и как долго она продлится, если он примет участие в экспозиционной терапии с «заразными» объектами в своей квартире. Пациент ответил, что его тревога вырастет до 100 %, состояние коренным образом ухудшится, он не сможет функционировать, тревога испортит всю неделю. Когда его спросили, что говорит в пользу таких предсказаний – опыт или прежние экспозиционные упражнения, пациент ответил, что раньше не участвовал в экспозиции, но «чувствовал, что так и будет».

Экспозиционные упражнения могут оказать разное действие: иногда допуская привыкание к тревоге, часто – позволяя пациенту протестировать свое представление о готовности подвергнуться экспозиции и о длительности, переносимости, опасности тревожного возбуждения. В рассматриваемом случае развенчание представлений пациента о его возбужденном состоянии (и о том, что результатом будет ухудшение) помогло ему пройти экспозиционные упражнения для помощи при других «заражениях».

Чтобы собрать информацию о длительности, терапевт может спросить: «Ваши самые болезненные эмоции нарастают или убывают в течение дня/недели? Что это говорит об изменении ваших эмоций? Меняются ли они из-за того, что вы делаете нечто другое, думаете иначе или потому, что вас окружают другие люди?»

Такие представления можно проверить, если пациент начнет пользоваться расписанием своих дел (см.: Leahy, Holland & McGinn, 2012) или далее, чтобы отслеживать действия и связанные с ними эмоции каждый час в течение недели. Наблюдая, как интенсивность эмоций растет и снижается и как она меняется в зависимости от ситуации, времени суток и сопровождающих ситуацию мыслей, пациент может заметить, что, как правило, дело в вариациях, а не в длительности. Дальнейшие свидетельства против длительности можно получить, задав вопрос: «У вас когда-нибудь была непродоходящая позитивная или негативная эмоция?» Личная история пациента, текущий и преходящий характер эмоций способны показать, что каждая болезненная эмоция из прошлого изменилась.

Второй фактор, стоящий за предсказанием аффекта, заключается в том, что люди склонны игнорировать события, способные смягчить текущую эмоцию. Предсказания о будущих эмоциях иногда основаны исключительно на текущей эмоции и не принимают во внимание новые отношения, награждающий опыт, возможности или угасание памяти о прошедшем событии. Терапевт может попросить: «Подумайте и вспомните болезненные эмоции из прошлого, которые исчезли. Что случилось? Почему эмоции ослабли?» Проследить историю убывания эмоций полезно, так как это иллюстрирует, что «в прошлом у вас были представления о длительности из-за крайне болезненного опыта, но даже эти эмоции изменились». Подкрепляя события и опыт, изменившие трудные эмоции, пациент однажды обнаружит, что все болезненные эмоции в конце концов идут на убыль, потому что возникают новые источники награды, смысла и опыта. Женщина, верившая, что ее текущие чувства отчаяния, одиночества и безнадежности будут длиться бесконечно, вспомнила, что пос-

ле прежнего разрыва отношений у нее возникли те же самые чувства. Подумав, она поняла, что идеализировала прежнего партнера и что ее предыдущий разрыв (хоть он и был трудным) открыл возможности для новых отношений.

Чтобы далее исследовать возможные причины небесконечности эмоций, терапевт может расспросить о событиях, которые могут произойти на следующей неделе, в новом месяце, за год, пять лет. Что тогда почувствует пациент? Многие люди, верящие в сохранность эмоции, недалековидны в предсказании аффектов и ожидании, что текущая эмоция будет длиться долго и сохранится на неопределенный срок. Часто они сосредоточены на одном источнике награды как причине того, почему чувствование одной эмоции продолжится: «Я потерял работу и действительно не представляю, что делать» или «Зачем жить без моего партнера?» В данном случае полезно исследовать альтернативные источники вознаграждения и смысла, относящиеся и не относящиеся к текущей потере. Терапевт может поинтересоваться: «Какие источники удовольствия, роста или награды могут появиться в вашей жизни на следующей неделе (в следующем месяце, году, через пять лет)?» Например, мужчина, потерявший работу, обнаружил, что у него есть много других источников вознаграждения, не зависящих от текущей работы. В том числе ребенок, жена, друзья, расширенная семья, упражнения, хобби, чтение и другие занятия. Кроме того, он рассматривал возможность, что новая работа будет ближе к дому и это станет преимуществом по сравнению с прежним занятием, каждый день отнимавшим время на дорогу туда и обратно.

Рисунки 7.1, 7.2 и 7.3 содержат рекомендации по изучению терапевтом и пациентом представлений о длительности эмоций. (Заметьте, эти рисунки даны лишь в качестве указания и не предназначены для воспроизведения.) Рис. 7.1 – набор вопросов для тестирования представлений пациента о длительности; рис. 7.2 – расписание, которое пациент может использовать, чтобы фиксировать ежедневные колебания эмоций в связи со своей деятельностью; рис. 7.3 позволяет пациенту и терапевту сделать выводы из расписания об эмоциях и действиях.

Контроль

Наше исследование показывает, что восприятие эмоции как неконтролируемой – ключевой фактор тревожности, ассоциирующийся с широким спектром психопатологии (Leahy, Tirsch & Melwani, 2012). Идея эмоциональной регуляции предполагает, что неконтролируемые эмоции могут оказывать значительное негативное влияние на адаптивное функционирование. Некоторые пациенты верят, что им нужно избавиться от негативных чувств немедленно и полностью. Переживание срочности и необходимости полного устранения установило почти нереальные стандарты эмоциональной регуляции, которые затем привели к переживанию бесполезности («Я по-прежнему нервничаю!»), дальнейшему усилению тревожности и беспомощности. Или пациенты должны немедленно определить, что не так.

Инструкция. Пожалуйста, впишите в пустые строки ответы на вопросы. Если бы вы изменили некоторые из представлений об эмоциях, повлияло бы это на что-то в вашей жизни? Вы почувствовали бы себя более обнадеженным, менее беспомощным и тревожным? Какие еще адаптивные способы рассмотрения ваших эмоций возможны?

Какие эмоции, как вы думаете, будут длиться неопределенно долго?

Какие эмоции, как вы думаете, будут длиться неопределенно долго?

Каковы затраты и выгоды от веры в то, что ваша эмоция будет длиться неопределенно долго? Что бы изменилось, если бы вы поверили, что эти эмоции изменятся: станут не такими сильными, менее беспокоящими?

У вас когда-нибудь были непроходящие негативные или позитивные эмоции?

Вспомните болезненные эмоции, которые у вас когда-то были и прошли. Что произошло и заставило их ослабеть?

Бывает ли так, что самая болезненная эмоция в течение дня/недели нарастает или убывает? Что это говорит вам об изменении эмоции?

Меняются ли ваши эмоции, если вы делаете нечто другое, думаете иначе или когда вас окружают другие люди?

Рис. 7.1. Вопросы для тестирования представлений о том, как долго продолжают эмоции

Переживание срочности связано с представлениями о контроле, эскалации, понятности и даже болезненности неопределенности (упрощенный взгляд на эмоцию). Такие пациенты могут верить, что если они не осуществят контроль немедленно, их эмоции вырастут до невыносимого уровня и полностью их обессилят. Или если они не определятся немедленно и не поймут точно, что происходит, никогда не справятся с эмоциями. Эта срочность подобна понятию «грозящей уязвимости», которое описали Riskind и коллеги в ряде исследований, обозначив, что тревога может быть результатом представления о быстро приближающейся угрозе, а также быстро исчезающей способности справиться с ней или избежать ее (Riskind, 1997; Riskind & Kleiman, 2012; Riskind, Tzur, Williams, Mann & Shahar, 2007).

Первый вопрос, который следует задать пациенту: «Какая эмоция вышла из-под контроля?» И снова мы обнаруживаем, что некоторые люди «не имеют проблем» с тем, что одна из эмоций (например гнев) не контролируется ими, зато они боятся, что другие эмоции (например тревога или грусть) могут выйти из-под контроля.

Во-первых, терапевт может спросить у пациента, нормально ли, когда некоторые эмоции выходят из-под контроля, а другие невозможно вынести. Сужение фокуса на эмоциях, выходящих из-под контроля, позволяет исследовать, почему плохо, когда одни эмоции контролируются, а другие – нет. Во-вторых, можно изучить, действительно ли пациент испытывает эмоцию как неконтролируемую или лишь боится, что она выйдет из-под контроля. Восприятие «цепной реакции» или «ядерной реакции» приводит некоторых людей к сосредоточению на малейших признаках эмоционального возбуждения и переходу к заключению о дальнейшей эскалации. Эти нежелательные переживания или мысли сигнализируют о том, что нужно активизировать поведение избегания и безопасности с целью предотвратить катастрофу.

В-третьих, терапевт может расспросить, каковы признаки выхода эмоции из-под контроля. Для некоторых пациентов сам опыт эмоции низкой интенсивности означает, что накал эмоции растет и это чревато потерей контроля. Например, учащенное сердцебиение, физическое напряжение, более частое дыхание и чувство тревоги становятся сигналами того, что полная потеря контроля неизбежна. Сюда же относятся внимание, чрезмерно сосредоточенное на возбуждении, что приводит к дальнейшему восприятию потери контроля. Терапевт может попросить пациента проверить мысль о том, что эмоция выйдет из-под контроля, намеренно усиливая ее или ощущения, например, с помощью бега на месте, вращения, пристального взгляда на лампу накаливания, припоминания несчастливых событий и даже повторения пугающих мыслей. Поощрение пациента достаточно долго выполнять данное упражнение для привыкания способно развеять веру в то, что эмоции и ощущения должны устраняться незамедлительно.

В-четвертых, терапевт может спросить: «Как думаете, что произойдет, если вы не сможете полностью избавиться от своего чувства?» Пациенты с паническим расстройством иногда утверждают, что они потеряют контроль, начнут кричать и будут выглядеть нелепо. Грустные и тревожные люди, у которых пограничное расстройство личности, могут признаться, что станут настолько депрессивными и тревожными, что им придется наносить себе порезы с целью уменьшить напряжение. Пациенты с ОКР, когда им предлагают экспозиционную терапию страхов, порой говорят, что их тревога взлетит до катастрофического уровня и они сойдут с ума. Вопрос в каждом случае таков: «Вы боитесь, что сильного чувство – признак чего-то худшего? Знак того, что вы сходите с ума? Теряете контроль?»

В-пятых, терапевт может спросить, каковы преимущества, если пациент будет рассматривать эмоции как умеренный континуум. Например, можно наблюдать, что тревожное возбуждение по 10-балльной шкале поднимается до 9 и падает до 6, поднимается до 7 и падает до 3, а затем до 1. Наблюдение за тем, как интенсивность эмоций колеблется и со временем способна почти сойти на нет, становится подсказкой, что эмоции – саморегулирующиеся проявления, во многом подобные термостату. Вместо того чтобы видеть в начале эмоции предвестие краха, пациент учится наблюдать, как эмоция начинается, идет процесс ее подъема и спада. По отношению к эмоции полезно занять описывающую позицию:

Инструкция. Пожалуйста, коротко опишите в пустых графах, что вы делаете и как себя чувствуете каждый час суток, когда бодрствуете. Например, если вы завтракаете с 7:00 до 8:00, а потом чувствуете себя грустным и одиноким, напишите: «Завтрак, грустно, одиноко». Если с 10:00 до 11:00 вы работаете, а потом чувствуете, что увлечены и заинтересованы, напишите: «Работаю, увлечен, заинтересован». Посмотрите, есть ли в ваших эмоциях паттерн, относящийся к тому, что вы делаете, ко времени суток и к тем, кто вас окружает.

	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.
6:00					
7:00					
8:00					
9:00					

10:00					
11:00					
Полдень					
13:00					
14:00					
15:00					

	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
Полночь					
1:00					
2:00– 5:00					

Рис. 7.2. Отслеживание действий и эмоций. (Не воспроизводить)

Когда ваша негативная эмоция наиболее сильна?

Что случилось бы, если бы вы чаще посвящали время делам, занимаясь которыми чувствуете себя лучше?

Можете ли вы взять на себя ответственность за то, чтобы этим заниматься?

Что случилось бы, если бы вы реже совершали негативные действия?

Как вы можете это сделать?

Вы думали, что ваши негативные эмоции не меняются. О чем вам говорит расписание ваших дел?

Какие выводы вы можете сделать из этого упражнения?

Рис. 7.3. Выводы об эмоциях и действиях

«Представьте, что вы смотрите на волны, как они набегают и откатываются. Вы сидите на набережной, далеко от воды, но видите, как ее уровень поднимается и опускается. Теперь на несколько мгновений представьте, что волны поднялись, и вы видите, как они разбиваются о берег. Одна волна уходит назад, новая набегают и тоже разбивается. Со временем вы заметите, что волны не просто бурлят; они катятся к берегу и откатываются все спокойнее и спокойнее. Вы видите, что вода успокоилась: волны мягко подкатывают и, лизнув берег, также мягко уходят обратно. Теперь подумайте о своих эмоциях как о волнах, которые приходят и уходят, поднимаются и спадают, то интенсивно, то спокойно, то мягко. А вы сидите на набережной и чувствуете, как в теплый летний день с океана дует легкий ветерок».

Образ эмоции как чего-то текучего может быть полезен, если пациент представит себя в виде большой емкости, которая становится все больше, чтобы вместить эмоцию, вместо того чтобы возводить стену, создавая для нее преграду. Образ прилива и отлива также несет смысл скорее временного и меняющегося опыта, чем чего-то с фиксированной длительностью.

В-шестых, терапевт может использовать в качестве аналогии другие источники возбуждения, которое нарастает и спадает, например голод или возбуждение, вызванное кофеином.

«Кажется, вы думаете, что ваша эмоция будет нарастать до неконтролируемого, катастрофического уровня. Но давайте посмотрим на другие источники возбуждения и представим, что вы только что выпили пару чашек очень крепкого кофе. Вы напряжены и, вероятно, слегка раздражены; ваше сердце колотится. Как думаете, что случится, если вы переждете этот момент, чтобы увидеть, как в течение одного-двух часов настроение спадет? Вы можете сказать себе: “Кажется, я выпил слишком много кофе, поэтому какое-то время буду на взводе. Ну, хорошо”. Позволить себе принять возбуждение и просто переждать его – гораз-

до менее тревожно, чем требовать от себя немедленно избавиться от данного состояния. Чувство неотложности эмоции добавляется к возбуждению, которое накладывается на чувство неотложности, вызывая рост тревоги».

В-седьмых, некоторые пациенты верят, что нужно контролировать эмоцию, потому что она «плохая». Среди эмоций, обозначаемых как плохие, – тревога, грусть, одиночество, гнев и сексуальные чувства. Люди редко говорят о необходимости освободиться от «хорошей» эмоции, такой как счастье, удовольствие, надежда, признательность или благодарность. Терапевт выдвигает предположение, что эмоция не может быть ни хорошей, ни плохой, она просто *есть*.

«Все наши эмоции адаптивные. Они были такими для наших предков и являются такими для нас. Например, тревога могла быть полезной, предупреждая, что что-то идет не так или может случиться что-нибудь плохое. Это сигнал. Грусть может говорить о том, что нечто, ценное нами, отсутствует. Она сообщает о свершившемся факте. Сами по себе эмоции не хороши и не плохи; это просто наш опыт. Они – активность нашего мозга. Представьте, что вы могли бы наблюдать за деятельностью своего мозга и видеть, что тревога – поток, текущий от одной клетки к другой, проходящий вещество, заполняющее пространство между клетками. Это событие в вашем мозге. Вы можете его видеть. Представьте, как вы наблюдаете его вспыхивание и угасание. Оно приходит и уходит. Оно не хорошее и не плохое. Оно просто есть».

Терапевт может предположить, что выбор из возможных действий является вопросом морали или этики, а не мыслей, образов, эмоций, которые существуют независимо от действия. Человек порой чувствует соблазн или желание сделать что-то, считающееся неэтичным, но решение этого не делать представляет собой моральный или этический выбор:

«Мы не выбираем свои мысли, ощущения, эмоции, но способны выбирать наши действия. Представьте, что вы заявляли, будто весь прошлый год были абсолютно верны партнеру, но мы обнаружим, что вы жили на необитаемом острове. Был ли у вас моральный выбор? И напротив, представьте, что было много красивых и сексуальных людей, проявлявших к вам интерес, но вы предпочли не рассматривать их для себя. Будет ли это нравственным выбором или вы безнравственны лишь потому, что испытывали соблазн?»

В-восьмых, некоторые пациенты верят, что чувство немедленно становится действием. Такое представление – вариант слияния мысли и действия. Эмоция и мысли предшествуют действию, поэтому кажется естественным заключение, что *результатом* эмоции или мысли является действие («Мне стало тревожно, поэтому я побежал», «Я рассердился, поэтому закричал на него»). Однако большинство эмоций и мыслей не приводят к действию, а переживаются как внутренний опыт. Терапевт может поинтересоваться: «Есть ли разница между контролем ваших действий и контролем ваших чувств? В чем она?» или «А разве у вас не было чувств, которые не привели к действиям? Вы всегда едите, когда почувствуете голод? Вы всегда на кого-то нападаете, если чувствуете злость? Вы всегда убегаете прочь, испытав тревогу?»

Пациент, не разделяющий эмоцию и действие, боится, что возникновение эмоции автоматически приведет к нежелательному действию, поэтому он верит: эмоции нужно полностью контролировать. Терапевт может попросить его отслеживать негативную эмоцию (ее возникновение и интенсивность), наблюдать за действиями или ситуациями, а затем перечислить совершенные поступки. Это можно проиллюстрировать таким примером: «Я пони-

маю, вы часто думаете, что если почувствуете тревогу, не сможете себя контролировать. Давайте вспомним последний раз, когда вы летали на самолете. Вы сказали, что боитесь своей тревожности, из-за которой можете вскочить с места и начать стучать в дверь. О'кей. Еще вы говорили мне, что когда в последний раз летели на самолете, вам было тревожно. Вы вскочили с места, стучали в дверь? А почему нет?»

Мысли и эмоции – это внутренний опыт, поведение – внешний, его выбирают. В данном примере пациент обнаруживает, что тревожные мысли и чувства присутствуют, но выбирает остаться и сидеть на месте. Наблюдение за возникновением тревоги в течение дня и недели, а также за конкретными действиями способно продемонстрировать, что эмоция не контролирует поведение – *поведение контролирует сам пациент*. Даже если эмоция не подлежит контролю, пациент может контролировать то, что он говорит и делает.

В-девятых, люди, верящие, что не контролируют свои эмоции, используют проблематичные копинг-стратегии, такие как переедание, злоупотребление психоактивными веществами, навязчивые мысли и избегание. Чувство отсутствия контроля усиливается ими, потому что они представляют собой выходящее из-под контроля поведение: «Я чувствую, что у меня нет контроля, и тогда я делаю то, что выходит из-под него». Терапевт может предположить, что настоящая проблема заключается не в возникновении чувства, а в используемых интерпретациях и стратегиях: «Если бы вы подумали, что ваши эмоции нарастают и убывают сами, то вы почувствовали бы, что не можете их контролировать? Вероятно, проблема не в эмоциях, а в том, как вы иногда с ними справляетесь. Если применяете бесполезные стратегии, это может усилить чувство, что у вас нет контроля и что вы неэффективны. Давайте обозначим некоторые полезные стратегии, которые вы могли бы использовать».

С верой в необходимость контроля можно работать, поощряя пациента ничего не делать с эмоцией, когда она появляется, а наблюдать за ней отстраненно и осознанно. Это подобно технике, которую пропагандирует в своем метакогнитивном подходе Уэллс (Wells, 2009). Просто сидеть и ничего не делать – это может стать ежедневным упражнением для развития осознанности, когда пациент намеренно остается спокойным, пассивным и отстраненным, одновременно наблюдая за происходящим. Ничего не делая, человек также способен заметить, что внутренний голос говорит ему: «Ты должен что-то делать: контролировать текущий момент, избавляться от мыслей или оценивать опыт». Позднее терапевт вместе с пациентом может исследовать, трудно ли ему выносить ничегонеделание: просто наблюдать, просто быть в этом моменте, просто позволять времени течь (Roemer & Orsillo, 2009; Wells, 2009). Потребность что-то постоянно делать вызывает эмоции и поддерживает их, так как цели нуждаются в достижении. Кроме того, пациент может практиковаться в представлении того, что он исчез, и наблюдать, как мир продолжает существовать без него, или в представлении того, как он стоит над всем на далеком балконе и смотрит, что делают со своей жизнью другие люди. Исчезая или высоко поднимаясь и

ясь и наблюдая, пациент может испытать чувство отстраненности и дистанцирования – это даст ему спокойствие благодаря потери всех целей здесь и сейчас (Leahy, 2005d). Так как эмоции направлены к целям, отказ от целей через потерю самого себя и «исчезновение» приводит к отказу от эмоции.

Рисунок 7.4 обозначает ряд неадаптивных и адаптивных стратегий, которые можно использовать для эмоциональной регуляции. Неадаптивные стратегии включают избегание, по-

давление, тревогу/навязчивые мысли злоупотребление психоактивными веществами и другие формы отыгрывания (например, самоповреждение).



Рис. 7.4. Примеры адаптивных и неадаптивных стратегий эмоциональной регуляции. Неадаптивные стратегии – слева (светлее), адаптивные – справа (темнее). Источник: Leahy, Tirsch, and Napolitano (2011)

Мы обозначили несколько полезных стратегий, которые могут использоваться для замены неадаптивных (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011). Это когнитивное реструктурирование, принятие, решение проблем, навыки DBT, коммуникативные навыки, релаксация (и другие техники, снижающие напряжение), активация поведения, осознанность; техники, основанные на сострадании; отвлечение (до некоторой степени), социальная поддержка и техники, сфокусированные на эмоциях. Терапевт может предположить, что знание о существовании адаптивных стратегий способно уменьшать страх эмоции: «Если бы вы свалились в воду, туда, где глубина 20 футов, а вы не умеете плавать, что бы вы почувствовали? Тревогу, страх? А если бы вы упали в воду, будучи хорошим пловцом и зная, что можете держаться на плаву часами, что бы вы почувствовали? Если бы у вас были техники и инструменты, которые постепенно успокоили бы вас и улучшили ситуацию, вы бы меньше боялись потерять контроль?»

Вина и стыд

Некоторые люди чувствуют себя виноватыми из-за своих мыслей, ощущений, поведения или эмоций. Я называю виной веру в то, что качества человека не соответствуют его идеалу самого себя. Например, женщина, которая рассматривает себя как миролюбивую и рациональную, может почувствовать вину из-за того, что чувствует злость и хочет отомстить. Муж, любящий жену, может чувствовать себя виноватым из-за сексуальных фантазий о других женщинах. Или другие примеры мыслей об эмоциях, связанных с чувством вины: «Я не должен грустить. Есть столько вещей, за которые я должен быть благодарен», «Гнев – плохая эмоция; это значит, я ужасный, злой человек». Стыд предполагает представление

человека о том, что другим было бы невыносимо знать о его эмоциях. Он связан со смущением и унижением, а также с желанием спрятаться от окружающих, о котором человек действительно думает и которое действительно чувствует. Пациенты могут стыдиться сексуальных чувств, особенно необычных, и желаний, как бы они это ни обозначали. Встревоченные люди порой чувствуют стыд за то, что им тревожно, и опасаются, что другие заметят их тревогу, сочтут слабыми.

Если стыд предполагает желание спрятаться от окружающих, то вина – тенденцию критиковать себя. В реальности люди часто испытывают одновременно стыд и вину из-за эмоций; чувствуют смущение из-за того, что другие могут о них узнать; чувствуют вину и начинают самокритику, потому что их эмоции находятся в конфликте с видением самих себя (см. также Tangney, Stuewig & Mashek, 2007: подробная информация о разнице между виной и стыдом и о том, что они предполагают.) На рис. 7.5 изображен процесс конфликта из-за эмоций; рис. 7.6 иллюстрирует то же самое, но с чувством вины.

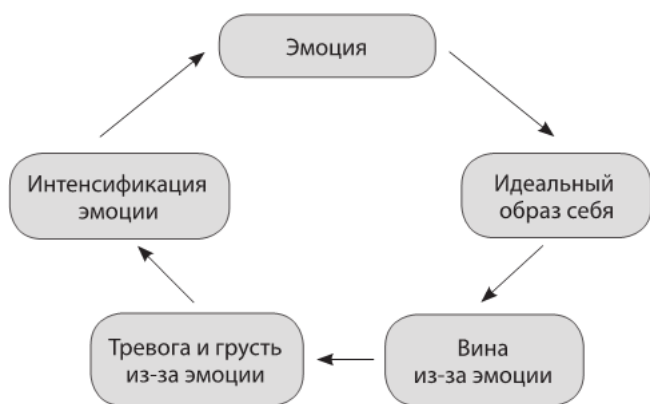


Рис. 7.5. Чувство вины из-за эмоции как процесс

Полезно знать, за какие эмоции пациент чувствует стыд или вину. Некоторые люди стыдятся сексуальных или агрессивных эмоций, но не грусти или тревоги. Другие, наоборот, испытывают стыд за грусть и тревогу, но не стыдятся гнева и агрессии. Терапевт может спросить: «Почему одни эмоции хорошие, а другие – плохие? Как вы узнаете, что эмоция плохая?» Например, мужчина, описанный в предыдущих главах, представлял себя компетентным и рациональным; он чувствовал стыд за то, что грустил и тревожился, но не стыдился гнева. Его идеальный образ самого себя (сила и самоконтроль) привел к тому, что он рассматривал грусть и тревогу как слабость. При исследовании, почему возникает чувство стыда во время грусти и тревоги, мужчина указал, что из-за этого люди воспримут его слабым и начнут им пользоваться.



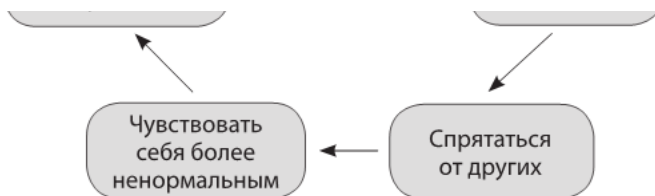


Рис. 7.6. Стыд из-за эмоции как процесс

Он рассматривал своих родителей как снисходительных, контролирующих и осуждающих, говорил, что они будут критиковать и унижать его за «слабость». Однако верил, что гнев оправдан несправедливыми условиями его нынешней жизни. Мужчина был убежден, что гнев говорит о силе и что ему надо избавиться от любых эмоций, показывающих слабость. Он боялся заплакать на виду у людей, страшился, что его сочтут «немужественным», а в результате чувствовал себя одиноким.

Другой мужчина верил, что его сексуальные чувства к женщинам, которых он видит в кафе и барах, означают, что с ним что-то не так и что он может потерять контроль, предать жену. Он говорил, что должен испытывать сексуальное желание или фантазии только к жене, а с такими чувствами он плохой муж. По отношению к другим желаниям он чувствовал амбивалентность: иногда ставил себя в положение, когда мог взаимодействовать с другими женщинами, но потом испытывал вину из-за подобных чувств. Он контролировал свои фантазии, еще больше усиливая их интенсивность и подкрепляя чувство вины.

Женщина-юрист, которая оставила работу ради заботы о ребенке, чувствовала себя виноватой из-за депрессии, потому что считала, что не имеет права грустить. Ведь муж обеспечивает ей хорошую жизнь. Ее идеал самой себя заключался в том, что она должна быть принимающей и удовлетворенной, а депрессия говорит об эгоизме и незрелости. Кроме того, она чувствовала стыд, когда разговаривала с бывшими коллегами о других женщинах, строящих карьеру, так как верила, что они теперь редко ее вспоминают.

Терапевт может начать оценивать вину и стыд пациента из-за эмоций, задав вопрос: «За какие эмоции вы испытываете стыд? Когда вы чувствуете себя виноватым, какие мысли возникают в вашей голове?» Как говорилось выше, у пациента могут возникать самокритичные мысли из-за одних эмоций и не возникать из-за других. Дифференциация оценки разных эмоций способна помочь признать, что люди чувствуют вину не из-за эмоций как таковых, а лишь из-за конкретных эмоций. Примеры мыслей, которые рождаются в голове во время переживания эмоции: «Я не должен так чувствовать», «Наверное, я плохой человек», «Что со мной не так?», «Я, наверное, слабак».

Терапевт может задать такие вопросы о стыде: «Есть ли эмоции, которых вы стыдитесь? Озаботит ли вас, если другой человек обнаружит, что у вас есть эти чувства? Какие это эмоции? Бывают ли у вас другие эмоции, которых вы *не* стыдитесь? Почему вы стыдитесь одних эмоций и не стыдитесь других? Какие мысли возникают в вашей голове?» И снова, как говорилось ранее, некоторые пациенты будут стыдиться одних эмоций и не стыдиться других. Они могут решить, что окружающие станут плохо о них думать, если узнают, что у них бывают сексуальные фантазии или желания либо что они злятся. Для других все может быть с точностью до наоборот.

Как обсуждалось в предшествующих главах, многие разделяют веру в эмоциональный перфекционизм или чистый разум. Это значит, что люди заслуживают только «хороших» эмоций, только «пристойных», «рациональных» и «приятных» мыслей. Основываясь на иллюзии, что человеческая природа должна быть «хорошей» и что нужно стремиться к совершенству чувств, они чувствуют стыд и вину из-за гнева, отвращения, ревности и зависти.

Модель эмоциональных схем подразумевает универсальность всех эмоций и рассматривает их как составляющие человеческого потенциала. Она включает все «несовершенные», «нежелательные» или «плохие» эмоции, о которых некоторые люди думают, что те должны быть горсткой пепла. Вместо того чтобы рассматривать человеческую природу как состояние, которое можно совершенствовать, терапевт эмоциональных схем признает, что мы, люди, способны почти на все и что любые фантазии, ощущения, мысли, эмоции

могут возникнуть у каждого из нас. Специалист будет избегать роли гуру, поощряющего пациентов верить, что они способны чувствовать абсолютный эмоциональный покой, позитивные эмоции по желанию или свободу от соблазна, желания, отвращения либо стремление отомстить. Терапевт скажет: «Признание разнообразия человеческой эмоциональной природы позволяет осознавать и принимать мысли и эмоции, которые у нас есть, чтобы видеть в них данность. От нее мы можем сделать шаг в сторону и подумать о важном для нас действии. Сам факт, что вы чувствуете зависть, не значит, что вы – завистливый или плохой человек. И это не значит, что вы попытаетесь уничтожить тех, кто вас превзошел. Признание собственной зависти позволяет обнаружить, что вы, как и все люди, способны на разные чувства и что вы выбираете свои действия. Эмоции – данность, которую нельзя устранить или подавить по желанию, предварительно осудив. Никто из нас не настолько хорош, чтобы не быть способным чувствовать почти все».

Таким образом, терапевт озвучивает мысль о том, что эмоции – данность или опыт, который просто есть. Подобно голоду, жажде, боли, удовольствию и разным ощущениям, эмоция может рассматриваться скорее как опыт, который у человека есть, чем как признак моральной деградации, слабости личности или недостатка контроля.

Затем терапевт продолжает: «А если вы воздержитесь от осуждения эмоции и просто рассмотрите ее как еще один вид опыта, который у вас может быть? Вы можете сказать самому себе: “Прямо сейчас мне грустно” или “Сейчас я ревную”. Есть ли преимущество в том, чтобы осуждать эмоции? Есть ли минусы в том, чтобы осуждать эмоции? Какими будут затраты и выгоды принятия эмоции как опыта, который вы получаете в данный момент?»

Некоторые пациенты верят, что надо осуждать свои эмоции, чтобы замечать свои чувства и быть способными их контролировать: «Если бы я просто принимал ревность, я бы не уследил за собой и перешел к действиям» или «Если бы я просто принял свою грусть, я бы сдался и стал еще депрессивнее». Терапевт может проиллюстрировать связь, в которой оказался пациент: «Вы чувствуете грусть, а потом критикуете себя за нее. Это вас огорчает и делает еще более грустным. Вы чувствуете себя плохо из-за того, что вам плохо».

Кроме того, терапевт может предложить идею о том, что принятие эмоции без осуждения не предполагает, что клиент ничего не предпринимает, чтобы сделать жизнь лучше: «Можно ли принять факт, что вам грустно, и при этом самому выбирать, что делать в данное время, чтобы почувствовать себя лучше? Вы можете сказать: “О’кей, мне грустно, я это признаю, это опыт данного момента. Но есть кое-какие вознаграждающие действия, и я могу

это сделать, чтобы у меня проявились другие чувства”». Рисунок 7.7 иллюстрирует процесс принятия эмоции как данности и сосредоточении вместо нее на важных целях.

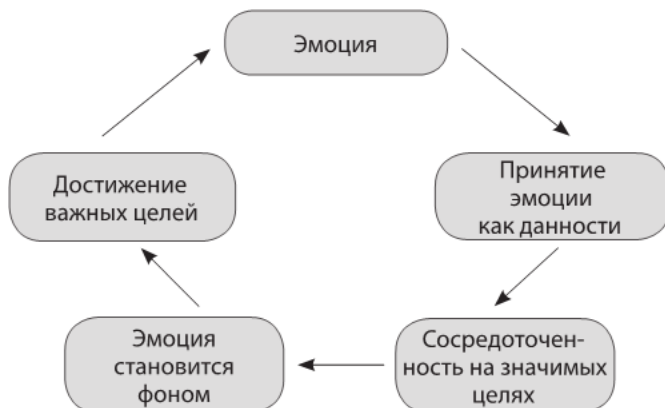


Рис. 7.7. Процесс принятия эмоции как данности и фокусирование вместо нее на значимых целях может привести к принятию этих целей

Терапевт изучает обоснование пациентом стыда или вины по поводу конкретных эмоций. Это обоснование может исследоваться с помощью техник когнитивной терапии, таких как анализ затрат и выгод, свидетельства за и против, техника двойных стандартов и ролевая

ролевая игра. «В чем причина мыслей о том, что ваши эмоции нелегитимны? Почему у вас не должно быть чувств, которые есть?» Мужчина, который чувствовал себя виноватым из-за сексуальных желаний в отношении других женщин, сказал: «Хороший муж не должен хотеть других женщин. А если он их хочет, это значит, что с ним что-то не так, он может перестать себя контролировать». Как отмечалось ранее, его вина из-за фантазий приводила к тому, что он их контролировал, это повышало тревожность и усиливало фантазии, а попытки подавлять свои желания терпели фиаско.

Юрист, воспитывавшая ребенка, верила, что красивого дома и поддерживающего мужа достаточно, чтобы удовлетворить любые ее потребности. Она была уверена, что у нее не должно быть желания заниматься профессиональной карьерой. Это было связано с опытом, когда ее мать оставила работу и занялась семьей. Женщина думала, что должна быть удовлетворена решением матери, несмотря на то, что, как ни странно, сама мать удовлетворения не испытывала.

Терапевт также способен помочь нормализовать эмоции пациента: «Может ли так быть, что другие люди в аналогичной ситуации почувствовали бы то же самое?» Часто пациенты, испытывающие стыд за свои чувства и эмоции, не делятся ими с другими, внося вклад в ощущение их «нелегитимности». Человек, у которого возникали фантазии о других женщинах, сравнивал свое желание с тем, что его брак неполноценен.

Терапевт: Вы думаете, что ваше влечение к другим женщинам значит, что в вашем браке что-то не так. А хотите ли вы свою жену?

Пациент: Да, и считаю ее очень привлекательной.

Терапевт: Может ли так быть, что ваше влечение к другим женщинам просто значит, что вы живой, у вас есть сильные чувства и вы находите женщин привлекательными, подобно тому, что постоянно происходит с другими гетеросексуальными мужчинами? Может, вы находите их привлекательными, так как они *действительно привлекательны*?

Пациент: Думаю, это возможно.

Терапевт: Представьте, что кто-то сказал: «Единственная женщина в мире, которую я считаю привлекательной, – моя жена». Что бы вы подумали?

Пациент: Я бы подумал, что он врёт.

Молодая женщина сообщила, что чувствует стыд и вину из-за того, что ревнует партнера к его бывшей девушке, с которой он недавно обедал: «Я не хочу быть ею: она сумасшедшая и ненадежная». Женщина считала, что должна быть гибкой, не позволять себе чувствовать ревность, которая, по ее мнению, означает ненадежность. Терапевт спросил, что могли бы чувствовать ее подруги, если бы их парни пообедали со своими бывшими девушками. Пациентка провела такой неформальный опрос: почти каждая подруга сказала, что ей бы это не понравилось, хотя двое при этом поделились самокритичной мыслью: «Я должна быть способна это вынести».

Ревность я рассматриваю детально в главе 10, однако нормализация подобных эмоций способна помочь уменьшить стыд и вину из-за них.

Как говорилось ранее, некоторые люди приравнивают эмоции и ощущения к действиям – вариант слияния мысли и действия. Терапевт может спросить таких пациентов: «Понимаете ли вы, что чувство (например, многолетние сексуальные фантазии об одной женщине) не то же самое, что отыграть это, то есть стать неверным?» Человек, который чувствовал вину и тревогу из-за сексуального влечения к другой женщине, боялся, что его фантазии приведут к действию и это разрушит его брак. Терапевт заметил, что пациента годами посещают сексуальные фантазии о других женщинах, но он никогда их не отыгрывал.

Терапевт: Фантазии у вас есть, но вы не действуете в соответствии с ними. Что вы думаете об этом?

Пациент: У меня, наверное, сильный самоконтроль.

Терапевт: О'кей. Давайте поговорим об этом. Представьте, что вы действовали бы соответственно фантазиям, стали бы ходить в бар знакомиться с женщинами, чтобы потом заниматься с ними сексом. К чему бы это привело?

Пациент: Это разрушило бы мой брак. И не соответствовало бы тому, как я вижу себя.

Терапевт: Кажется, вы думаете, что у вас не должно быть соблазнительных мыслей. Но единственный способ сделать моральный или этический выбор – противостоять соблазну.

Позже пациент сообщил, что, чувствуя себя менее виноватым и тревожным из-за фантазий, он мог получать удовольствие в общественных местах и чувствовал меньшую вину по отношению к жене. Он также признал, что принимает сознательное решение не следовать своим фантазиям, потому что ценит свой брак, а не потому, что что-то неправильно с ним или в его отношениях с женой.

Отличить эмоцию/чувство от поступка – важный шаг к облегчению вины. Причинять вред другим могут действия, а не чувства, которые мы испытываем.

Терапевт спрашивает: «Как ваши эмоции причиняют кому-то вред?» Или конкретнее: «Представьте, что эмоции – головная боль, которую вы испытываете уже 30 минут. Это болезненно и неприятно. Вы можете думать, что она никогда не пройдет, начнете паниковать и решите, что у вас опухоль мозга. Должны ли другие люди бояться, что ваша головная боль причинит им вред? Эмоции – внутренний опыт, активность мозга, химические и электрические процессы в нем. Вред другим причиняет не эмоция, а действие. Если нет поведения, нет и вреда».

И наоборот, некоторые пациенты не могут распознать, что их эмоции отражают, что *действительно* не так с их жизнью и отношениями. Они сосредоточиваются на своих ощущениях и симптомах, а не на межличностных конфликтах, с которыми сталкиваются. Быть озабоченным своими эмоциями или ощущениями, нежели отношениями с другим человеком, может стать менее угрожающим. Так, замужняя женщина пожаловалась на страх, что с ней случится паническая атака, когда она будет вести машину или путешествовать. В идеале она себе представлялась твердо стоящей на ногах, сильной, независимой и рациональной. На первой встрече с терапевтом женщина утверждала, что ее муж – понимающий и поддерживающий, брак почти идеальный. В начале терапии к ней применялся традиционный когнитивно-поведенческий подход: ей дали представление о панике как о ложной тревоге и катастрофических интерпретациях; была проведена индукция паники и декатастрофизация ее симптомов. Хотя в некоторой степени эти интервенции дали эффект, у женщины сохранялись значительная тревога и беспокойство; она выражала озабоченность тем, что сейчас не так независима, как когда-то; казалась смущенной тем, что нуждается в терапии. Дальнейший расспрос показал, что ее отношения в браке нельзя

нельзя назвать идеальными: муж часто возвращался домой поздно, отсутствовал без объяснения причин. Она сказала, что не доверяет ему, но сомневалась, стоит ли держаться уверенно, не оставит ли он ее. Женщину подбодрили, чтобы она вела себя с мужем более ассертивно и прямо, говорила о своем беспокойстве из-за его отсутствия. Через подругу женщина узнала, что у мужа роман на стороне. Она прямо высказала ему свое отношение, упрекнув в неверности, и выразила гнев. Муж попросил прощения. После этого прямого заявления она больше не сообщала о панических атаках или тревоге по поводу того, что они могут произойти.

Молодой мужчина пожаловался на боязнь, что не сможет поддерживать эрекцию с новой партнершей. Он беспокоился из-за своей «немужественности» и был уверен: тревога говорит о том, что он неадекватный человек. Эректильная дисфункция началась во время отношений с прежней девушкой, которая то говорила, что любит, то отталкивала его, заявляя, что ей нужна свобода для отношений с другими мужчинами. Терапевт спросил, что мужчина чувствовал, когда его отвергали, и он ответил, что не имеет права сердиться, потому что у нее много психологических проблем. Обозначил, что его роль заключалась в том, чтобы

ее поддерживать. Терапевт предположил, что пенис пытался что-то ему сказать: «Быть с ней уязвимым эмоционально небезопасно». И спросил: «А если бы вы посмотрели на эмоции и чувства как на опыт, говорящий о том, что вас что-то беспокоит? Как на знак “Опасно” или красную лампочку?» Тревога и эмоциональная амбивалентность мужчины по отношению к прежней девушке были подобны сигналу-предупреждению: «Впереди опасность!». Но вместо того чтобы смотреть вперед и разглядеть опасность, он чувствовал тревогу из-за знака. Терапевт предположил: «Может, ваш пенис сообразительнее вас. Знак говорит, что что-то не так. Было бы полезно следовать указанию».

В конце концов, стыд или вина из-за эмоции часто приводят к проблематичным стратегиям. Например, к навязчивым мыслям: «Что со мной не так, если я это чувствую? Что происходит?» Пациент верит, что мысли дадут ответ, который «объяснит», почему он переживает «неправильную» эмоцию. Другие стратегии включают избегание триггера эмоции. Например, юрист, ставшая матерью, чувствовала стыд за депрессию и сократила контакты с бывшими коллегами, тем самым усилив переживание изоляции. Иные стратегии могут включать переедание, злоупотребление психоактивными веществами и гиперсомнию. Обоснованием служит то, что эмоция «неправильная» или «постыдная», поэтому в любых вызывающих ее ситуациях избегают. Либо эмоциональный опыт просто блокируется. Некоторые люди верят, что должны быть наказаны за свою эмоцию: «Я не заслуживаю счастья. Я заслуживаю того, чтобы быть в депрессии».

Принятие

Многие пациенты, разделяющие негативные эмоциональные схемы, верят, что не могут принять эмоцию. Они часто уравнивают принятие и отказ от защиты, потерю контроля, поражение в бою или перегрузку, тем самым способствуя дальнейшему нарастанию эмоции и значительному ухудшению. Действительно, иногда люди чувствуют, что эмоция «атакует» их, сбивает с ног, захватывает, и в этом случае лучшая защита – нападение. На контрасте с отказом и страхом принять эмоцию есть значительные свидетельства того, что ослабление борьбы с ней дает паллиативный эффект – гибкость в действиях и готовность действовать даже при наличии неприятных эмоций (Hayes et al., 2006, 2012; Linehan et al., 2007). Готовность принять эмоцию и желание продолжать идти к значимой цели – отличительная особенность АСТ, терапии активации поведения и DBT (Hayes et al., 2006, 2012; Linehan et al., 2007; Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). Модель эмоциональных схем берет что-то от каждого из этих подходов, чтобы помочь модифицировать негативные представления о принятии эмоции.

Модель эмоциональных схем предполагает, что люди могут иметь конкретные представления о значении и последствиях принятия неприятных эмоций. Модификация этих представлений с помощью когнитивных, поведенческих и экспериенциальных техник способна развить более адаптивные представления о принятии, а это ускоряет продуктивные действия и уменьшает убежденность в том, что человек в силах моментально устранить нежелательные эмоции. Цель – достичь веры в парадокс: постепенно ослабляя контроль, человек в меньшей степени чувствует себя не контролирующим ситуацию. Отказавшись от невозможной цели (контролировать все), он начинает жить в мире возможного (того, что есть).

Во-первых, терапевт может исследовать представления пациента о том, что будет, если принимать эмоции: «Что случится, если вы позволите себе принять эмоцию? Будете ли вы действовать соответственно ей (слияние чувства и действия)? Бойтесь ли вы, что если при-

мете эмоцию, она не пройдет?» Некоторые пациенты верят: если принять эмоцию, ее интенсивность будет нарастать – и она захлестнет. Один пациент описывал свои представления о тревоге: «Я думаю, что если приму тревогу, она будет становиться все сильнее – и у меня начнется паническая атака». Терапевт спросил: «И что тогда случится?» Он ответил: «Ну, если я буду в самолете, то вижу, как я теряю контроль, встаю с места, кричу и пытаюсь открыть дверь». Многие пациенты с сильной тревогой верят, что их эмоции быстро перейдут в действия (слияние мысли и действия), что они должны ухватить эмоцию и устранить ее, прежде чем она себя проявит. Стандартные когнитивно-поведенческие техники, такие как экспозиция интероцептивных стимулов, способны помочь разубедить таких людей, что принятие или допущение незамеченной эмоции приведет к ее опасному усилению (Barlow, 2002). Например, пациент, который боялся панической атаки в самолете, мог переносить сильное возбуждение во время сессии, вызванное практикой гипервентиляции. Также в ходе сессий могут быть использованы такие техники экспозиции, как индукция головокружения (посредством вращения на стуле или смотрения в зеркало). Это поможет развеять представление о том, что пациент должен делать все возможное для устранения и спада возбуждения. Цель экспозиционных упражнений – ничего не делать, но позволять ощущениям появляться и исчезать.

Как упоминалось в разделе, посвященном контролю, пациент может тестировать представление «Мне нужно что-то сделать с эмоцией», практикуя осознанное отстранение, просто отступая и наблюдая, как он переживает эмоцию, не собираясь ничего с ней делать (Wells, 2009). И снова осознанное отстранение – метакогнитивная техника. Другие подобные техники включают рассмотрение эмоции или мысли как телефонного звонка о продажах, на который не отвечают; как поезда, который приезжает на станцию и покидает ее; как проплывающего в небе облака (Wells, 2009). Другие более традиционные техники осознанности вроде медитации со сканированием тела, осознания своего дыхания, осознания окружающей обстановки скорее усилят наблюдение, чем позволят контролировать отношения с эмоцией (Roemer & Orsillo, 2002, 2009). Вопрос терапевта эмоциональных схем будет звучать так: «Что произошло с эмоцией, когда вы решили занять позицию наблюдателя?»

Во-вторых, иногда пациенты верят, что негативные эмоции важны, так как мотивируют на изменения. «Негативная теория мотивации» – распространенный источник отказа от участия в самонаграждении, следующем за продуктивным действием. Например, женщина, совершавшая от сессии к сессии несколько продуктивных действий, считала, что ей важно чувствовать себя плохо, если она не совершила позитивных действий, чтобы лучше замотивироваться. Данная теория также привела ее к вере в то, что чувствовать себя хорошо после позитивных действий – упрощенно, поверхностно и незаслуженно: «Я должна совершать позитивные поступки и не должна становиться цирлидером». У этой пациентки была собака, которую она очень любила. Терапевт спросил: «Желая чему-то научить собаку, вы награждаете или игнорируете позитивное поведение?» Пациентка ответила: «Вы хотите, чтобы я была моей собственной собакой?» Терапевт ответил: «Да. Вы могли бы относиться к себе лучше», – и предположил поэкспериментировать с награждением (самонаграждением) любого позитивного поведения. Отслеживать ситуацию, и, когда пациентка не делает нужное, говорить себе: «В следующий раз я могу постараться лучше». Когда женщина пришла на следующую сессию, она сообщила, что сделала больше и чувствует себя лучше. Терапевт, шутя, прокомментировала: «Кажется, вы хорошая собака». Юмор помогает снижать интенсивность эмоций, которых боится пациент.

В-третьих, попытки сдерживать негативные чувства могут привести к проблематичным последствиям, включая возвращение мыслей, рост интенсивности негативных представлений и стресса (Gross, 2002; Gross & John, 1997; Wegner, 1994; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987; Wegner & Zanakos, 1994; Wenzlaff & Wegner, 2000). Действительно, избегание эмоций – ключевой фактор генерализованного тревожного расстройства, потому что когнитивный фокус на беспокойстве временно сдерживает эмоциональное возбуждение, подкрепляя беспокойство как стратегию; позднее возбуждение просто вернется (Borkovec et al., 1993; Borkovec, Ray & Stoeber, 1998; Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2002, 2005). Более того, попытки подавить эмоцию, а не принять ее как временный опыт вносят вклад во множество проблематичных копинг-стратегий, включая злоупотребление психоактивными веществами, переедание, самоповреждение и другое саморазрушительное поведение. Терапевт может спросить: «Каковы негативные последствия сдерживания чувства с помощью чрезмерного внимания и энергии? Какое проблематичное поведение вы используете, чтобы избавиться от эмоции? Если бы вы не чувствовали потребности избавиться от эмоции и могли бы ее принять на данный момент, что изменилось бы к лучшему?»

В-четвертых, некоторые пациенты верят, что они не могут принять эмоцию, потому что «она плохая, и я буду плохим человеком, если ее приму». Как отмечалось ранее относительно вины и стыда, такой эмоциональный перфекционизм или чистый разум стоит за значительным отказом позволить себе иметь эмоцию (или фантазию). На самом деле идентификация себя как имеющего эмоцию или фантазию снижает уровень сложности испытываемых чувств. Например, замужняя женщина описывала себя как обеспокоенную тем, что у нее есть фантазии о других мужчинах, из чего она заключала, что позволить себе иметь такие фантазии – все равно что обманывать мужа. Женщина описывала себя как испытывающую одновременно позитивные чувства, вину и страх. Когда она пыталась подавить фантазии, они, казалось, становились еще интенсивнее и навязчивее. Терапевт высказал мысль, что принятие фантазий не предполагает, что человек будет действовать согласно им или что человек к ним стремится: «У ума собственный ум. Он активный, свободный, иногда хаотичный; порой приносит мысли, которые вам не нравятся, или наоборот. Вы не вправе ему приказывать, но можете к нему прислушиваться и решать, что делать. Вы уже год живете с этими фантазиями и ни разу их не реализовали. Вероятно, есть разница между переживанием эмоции и выбором, действовать ли согласно ей. А что если вы просто признаете для себя, что у вас есть желания и фантазии, что нормально позволять им приходить и уходить и что в результате ничего не случится?»

Подобным образом мужчина-пациент описывал настоятельное желание рыться в кармане, проверяя, на месте ли ключи, даже если он отказался от постоянных проверок своего поведения. Он верил, что должен быть абсолютно свободен от поведенческих паттернов

тернов ОКР, имевшихся у него за много лет до того, как он пришел на поведенческую терапию и отказался от проверок. Терапевт предположил, что у него форма эмоционального перфекционизма, называемая чистым разумом: «Вы верите, что ваш разум должен быть полностью свободен от побуждений, мыслей, фантазий и эмоций, которые не являются частью вашего чистого, рационального, полностью контролируемого разума». Специалист заметил, что в человеческом уме проходят миллионы электрохимических процессов, хотя и за пределами осознания, и предложил пациенту заменить веру в чистый разум более реалистичной верой в шумный разум: «Прислушайтесь к звукам транспорта на улицах Нью-Йорка за окном. С тех пор как я вас узнал, вы ни разу не пожаловались на шум, хотя мы оба его слышим. Мы принимаем его как цену, которую платим за жизнь в этом городе. Отказ от

чистого разума может позволить вам решить, какие шумы или сообщения в уме стоят того, чтобы к ним прислушаться, а какие носят фоновый характер и просто всегда присутствуют».

В-пятых, нежелание принять эмоцию способно нарушить умение пациентов ее использовать, чтобы сказать самим себе, в чем они нуждаются. Эмоции могут говорить о потребностях, как голод о том, что пора подкрепиться. Даже негативные эмоции, такие как тревога, грусть, страх, одиночество, ревность или зависть, могут говорить нам об опасности, отвержении, ошибках, потребности в компании, желании верности и стремлении хорошо жить. Устранив эмоции, мы лишили бы свою жизнь смысла, интенсивности, страсти и информации о том, что может пойти не так. Например, женщина, которая была замужем 28 лет, описала отношения с супругом, в которых не хватает теплоты, сексуальности и эмоциональной близости. Подавленная и сердитая, она заметила: «Может, мне слишком много надо. Наверное, я жду от брака слишком много. В конце концов, когда живешь в браке так долго, не можешь всего этого ждать». На самом деле она выбрала когнитивную терапию, потому что верила, что можно избежать разговора о своих эмоциях и развить рациональный подход к принятию, не имея потребностей. Терапевт предположил, что ее эмоции дают ценные сведения о том, чего не хватает и в чем она действительно нуждается. Он спросил: «Если вы отрицаете, что вас что-то беспокоит, как решить проблему?» Приняв свои эмоции в качестве легитимных и информативных, она начала работать над нерешенными вопросами в браке. А приняв их как болезненное напоминание о том, что в отношениях не хватает важных элементов, смогла напрямую высказывать свое отношение мужу и в конце концов прийти к большей интимности на всех уровнях. До этого оба партнера избегали друг друга и были почти лишены прикосновений, их жизни текли параллельно. То, что они приняли боль эмоций и научились выражать их в браке прямо, позволило им контактировать на эмоциональном уровне. Признание означает не игнорирование или минимизацию, а использование эмоции.

Заключение

В этой главе рассматривалась важность представлений об эмоциях как непонятных, длящихся неопределенно долго, выходящих из-под контроля, вызывающих вину или постыдных, неприемлемых. Каждое из данных измерений эмоциональных схем связано со страхом эмоционального опыта, избеганием, навязчивыми мыслями, самокритикой и другими проблематичными стратегиями копинга. Применение разнообразных когнитивных и поведенческих техник, взятых из широкого спектра подходов (когнитивная терапия, активация поведения, АСТ, DBT; терапия, сфокусированная на сострадании; эмоционально-фокусированная терапия), помогает пациентам развить более полезное понимание их эмоционального опыта; обнаружить, что эмоции могут быть временным и переносимым опытом, а также использовать эмоции для признания потребностей, которые, вероятно, не удовлетворены, и относиться к эмоциям более принимающим и продуктивным способом.

Глава 8

Справиться с амбивалентностью

И ненавижу ее, и люблю.

«Почему же?» – ты спросишь.

Сам я не знаю, но так чувствую я – и томлюсь¹.

Определение амбивалентности и ее непереносимость

Амбивалентность обычно определяется как смешанные чувства, когда нужно выбрать одну из альтернатив; человек, который сталкивается с выбором, чувствует, что его разрывает между противоположными направлениями. Амбивалентность также обозначает смешанные чувства в плане аспектов самого себя и окружающих, что отражает представления о природе выбора. Так, люди, с трудом переносящие амбивалентность, считают, что не могут сделать выбор при наличии смешанных чувств, что для принятия решения надо собрать больше информации, что их неуверенность нежелательна и невыносима, а с выбором не следует торопиться – пока действует амбивалентность. Если подумать, становится понятно, что многие постоянно чувствуют амбивалентность, однако те, чьи эмоциональные схемы связаны с амбивалентностью, плохо переносят смешанные чувства.

Модели выбора предполагают, что некоторые люди рассматривают альтернативы, взвешивая и сравнивая цену и выгоду в каждом случае. Согласно теории выбора, решение в пользу одной из альтернатив включает компромиссы, при этом рациональный подход основан на признании факта, что все имеет свою цену. Например, выбор, в каком ресторане пообедать, включает разные компромиссы (цена, место, кухня, качество, окружение). Нерешительность тоже имеет свою цену, прежде всего в виде издержек, связанных с упущенными возможностями. Если я предпочту спрятать деньги в матрас и не рискну их во что-либо инвестировать, расплачусь потерей интереса к банковскому счету или выгод от акций. Нетолерантные к амбивалентности люди часто нерешительны, так как думают, что должны ориентироваться в ситуации без оглядки на последствия в перспективе. Однако, как правило, это невозможно, поэтому такие люди будут долго ждать, прежде чем принять решение, и избегать поведения, вытекающего из него, искать совета у других и дополнительную информацию, чтобы поддержать решение либо его отвергнуть.

Более того, выбор делается с опорой на термины общих целей и ценностей. Если вернуться к примеру с рестораном, мой выбор между рыбой и курицей связан с общей (первоочередной) целью – утолить голод. На самом деле я могу оказаться безразличен к вопросу сравнительной желательности курятины или рыбы, потому что и то и другое способно избавить от чувства голода. Люди, принимающие решения, могут рассматриваться в континууме, на одном конце которого те, кто стремится к лучшему из возможных результатов (максимизаторы), а на другом – те, кто готов соответствовать скромному критерию или удовлетворять скромную цель (удовлетворители) (Simon, 1956). Максимизаторы отвергают альтернативы, не приносящие максимальные выгоды за минимальную цену, часто оставаясь нерешительными и игнорируя цену возможности. Например, в ресторане крайний максимизатор может битый час рассматривать пары альтернативных вариантов, а потом у него не останется времени пообедать. Максимизаторы оперируют предположением, что существует идеальное решение, которое им нужно принять, что они могут собрать всю информацию и учесть все варианты. Удовлетворители (*satisficers* – слово шотландское; впервые его использовал Саймон) готовы к жертвам, лишь бы все уладить. Они признают, что время и альтернативы ограничены и нельзя двигаться вперед в несовершенном мире с его несовершенным выбором (Simon, 1956, 1957, 1979). Удовлетворители скорее удовлетворены своим выбором (что кажется правдой по определению), а максимизаторы с большей вероятностью будут жалеть о своем решении. Данное различие в теории принятия решений – один из центральных компонентов ограниченной реальности; признание факта, что рациональный выбор

имеет границы везде, где есть пределы информации и времени (другими словами, всегда). Мы не обладаем бесконечным количеством времени, чтобы выбирать, и почти никогда не можем обладать всей информацией. Удовлетворители готовы принимать решения в условиях неопределенности и временных ограничений (Kahneman & Tversky, 1984; Kahneman et al., 2006). По сравнению с переоценкой сведений максимизаторами те, кто принимает решения в реальном мире, полагаются на «правило большого пальца» и эвристику, чтобы действовать быстро. Действительно, эвристика часто точнее, чем поиск дополнительной (и часто нерелевантной) информации (Gigerenzer & Selten, 2001).

Люди, которые испытывают трудности с амбивалентностью, действуют так, будто реалистичных соображений в плане выбора не существует. Они акцентируются на принятии идеального решения без серьезных компромиссов вместо практичного решения в реальные сроки. Человека, нетерпимого к амбивалентности, ведет перфекционистское, дихотомическое мышление. Так, мужчина, находившийся в отношениях с женщиной, признал, что из-за некоторых характеристик ее поведения он не вполне счастлив. Это привело к цепочке автоматических мыслей: «В ней есть нечто такое, что мне не вполне нравится»; «Если я не буду вполне счастлив во всем, так не пойдет»; «Другие люди полностью удовлетворены своими отношениями»; «Если с ней не получится, у меня никогда никого не будет», «Я останусь один». Этот мужчина идеализировал то, что, как ему представлялось, было в жизни других людей, не принимая во внимание отличное качество своих текущих отношений. Кроме того, многие из тех, кто нетолерантен к амбивалентности, сильно рискуют по части возможности сожалений и навязчивых мыслей, так как размышления задним числом включают оценку выбора, сделанного в противовес идеальной альтернативе. В отличие от людей, позволяющих себе амбивалентность при осуществлении выбора, а затем его подкрепляющих (уменьшение диссонанса), амбивалентные люди фокусируются на отвергнутой или вероятной будущей альтернативе, более желательной, чем сделанный выбор. Таким образом, те, кто нетолерантен к амбивалентности, откладывают решения, снова и снова думают об альтернативах; требуют, чтобы их успокаивали; избегают ситуаций, когда надо решать; жалеют о решениях, которые уже приняты; игнорируют позитивные стороны сделанного выбора и раздумывают о нереализованных альтернативах.

Нетерпимость к амбивалентности схожа с нетерпимостью к неопределенности (Dugas, Vuhr & Ladouceur, 2004; Sookman & Pinard, 2002). В обоих случаях человек хочет идеального выбора либо полной предсказуемости. Так или иначе, человек начинает беспокоиться, прокручивать в голове одни и те же мысли об отсутствии совершенства либо определенности, веря, что повторяющийся негативный фокус в конце концов даст критически важную информацию, которая позволит решить проблему. И в том, и в другом случае он ориентирован на раскаяние и, как только решение принято, начинает жалеть о нем. Подобно «эффекту Зейгарник», характеризующему трудность с отпусканьем незавершенного дела, нетерпимость к амбивалентности и неопределенности включает скорее поиск полного завершения, чем неполноту, которая остается в результате почти любого выбора.

Нетерпимость к амбивалентности также ассоциируется с широким спектром когнитивных искажений, включая дихотомическое мышление (как упоминалось выше), навешивание ярлыков («Это недопустимая альтернатива/плохой выбор»), игнорирование позитивного («Да, позитив там есть, но еще и весь негатив»), негативная фильтрация (фокусирование в первую очередь на негативных аспектах рассматриваемой альтернативы), гадание о будущем (предсказание, что у амбивалентного выбора – плачевный итог), катастрофизация (предвидение плохого исхода как невыносимого), эмоциональное мышление («Я амбива-

лентный, и это, вероятно, неподходящий выбор») и утверждения со словом «должен» («Я должен быть вполне счастливым с таким выбором», «Я не должен быть амбивалентным»).

Нетерпимость к амбивалентности особенно часто ассоциируется с негативной фильтрацией, которая, как уже было замечено, включает предвзятость убеждения, сосредоточенного на всем, что несовершенно, в рассматриваемой альтернативе. Например, описанный выше мужчина часто фокусировался на любых негативных качествах партнерши и любом собственном негативном настрое. Затем он интерпретировал наблюдения и этот опыт как свидетельство того, что застрянет в своем неправильном выборе. Чувствуя скуку, он воспринимал ее как свидетельство чего-то ужасно неправильного в их отношениях: «Люди, у которых отношения хорошие, не скучают». К силе негативной фильтрации добавлялась вера в то, что есть идеальный мир, где другие люди испытывают постоянное блаженство,

блаженство, или что человек может сделать выбор, который приведет его к непрекращающемуся счастью. Идеализация – часть проблемы эмоционального перфекционизма, описанной в первых главах, которая предполагает, что человек должен постоянно чувствовать лишь доброе и счастливое, к этой цели нужно стремиться.

Модификация нетерпимости к амбивалентности

Работа с упрощенным взглядом на эмоции

Способность различать большое количество эмоций в себе и других – следствие продолжающегося когнитивного развития (Saarni, 1999, 2007). В психоаналитической литературе развитие эго характеризуется растущим осознанием собственных потенциально конфликтных качеств с появлением эго-идентичности, когда основное качество идентифицируется, а дифференцированные эмоции или качества личности инкорпорируются (Loevinger, 1976). Так, маленький ребенок может видеть других людей (и самого себя) и их черты дихотомически («Он гадкий»), тогда как более дифференцированный взрослый человек способен различать вариативность качеств личности во времени и в разных ситуациях («Иногда он гадкий, но бывает и милым»).

Исследование восприятия людей с пограничным расстройством личности показывает тенденцию к дихотомическим заявлениям (Arntz & Haaf, 2012; Veen & Arntz, 2000). Проблема с дихотомическим мышлением в том, что оно приводит к приписыванию стабильных черт самому себе и другим без признания ситуационной и временной вариативности и гибкости. Если я думаю о себе как о грустном человеке, мой жизненный нарратив будет состоять из выборочного припоминания, внимания и акцента на информации, подтверждающей данное представление; это форма предвзятого утверждения. Если я считаю себя способным на разнообразие эмоций и поведения, могу предполагать гораздо большую гибкость; это более адаптивный взгляд на самого себя. Таким образом, обращение к упрощенному взгляду на эмоцию, который является одним из 14 измерений, рассмотренных в предшествующих главах эмоциональных схем, оценивается с помощью LESS II. Это одна из задач с целью увеличить толерантность к амбивалентности в терапии эмоциональных схем.

Развенчание мифа дихотомического мышления о личности или эмоциях человека – центральный элемент в усилении принятия, уменьшении навязчивого мышления и увеличении гибкости. В отличие от Джека Николсона, сыгравшего героя фильма «Управление гневом»,

который постоянно задевает другого, робкого героя, которого играет Адам Сэндлер, спрашивая: «Но что ты *на самом деле чувствуешь?*», терапевт эмоциональных схем охватывает в работе смешанные чувства и амбивалентность, поощряя их принятие. Некоторые пациенты верят, что должны решить, «что они действительно чувствуют», задаваясь вопросом о легитимности эмоций или копая глубже, чтобы выяснить, «какая эмоция за этим стоит». Идея в том, что существует базовая эмоция, подлинное чувство или стоящий за этим секрет, запускающий цепочку мыслей в поиске «ответа». А настоящий «ответ» – в принятии сложности и противоречий.

Так, ранее описанный мужчина пытался понять, что он чувствует к своей девушке.

Пациент: Я думаю, что она привлекательна. Она хорошо ко мне относится и действительно заботится – иногда. Но порой говорит такие вещи... Она меня просто достает.

Терапевт: Что она такое говорит, что достает вас?

Пациент: Ну, она не интересуется политикой, а я бы хотел, чтобы интересовалась.

Терапевт: О'кей. Итак, в ней есть что-то, что вам не нравится. Почему вас беспокоит, что вам не все в ней нравится?

Пациент: Может, она мне не подходит.

Это типичная цепочка мыслей у людей, которые стараются принять важные решения, но не могут принять амбивалентность. И она снова отражает перфекционизм и чистый разум. В данном случае человек искал экзистенциального перфекционизма: «Разве я не должен быть уверен, прежде чем приму решение?» В данном конкретном случае эмоционального перфекционизма сомнения мужчины в его девушке привели к сосредоточению на негативных навязчивых размышлениях, игнорированию позитивного, сомнениям в своем предназначении и дистанцированию от девушки. За этим стояли представления: «Я должен чувствовать только что-то одно», «Я должен быть уверен в том, что чувствую», «Я не могу быть влюблен, если у меня смешанные чувства», «Я не могу принять серьезное решение, если чувствую амбивалентность». Идеализация однозначной эмоции часто приводит к неспособности углубить близкие отношения.

Следующий аспект непереносимости амбивалентности – вера в то, что человек всегда будет жалеть, приняв неправильное решение. Поиск совершенной альтернативы – попытка избежать такого сожаления. Помню, много лет назад я разговаривал с одним человеком, у которого были проблематичные отношения. Я спросил, жалеет ли он о чем-либо. Пытаясь быть абсолютно рациональным, он сказал: «Нет. Любое принятое мной решение – мое решение, и я за него отвечаю». Это меня потрясло, потому что звучало нереалистично, даже наивно. Как человек может учиться на ошибках, если для сожаления нет места? Действительно, сожаления часто говорят нам о том, что мы способны принимать лучшие решения. И даже если сожаления нереалистичные, тот факт, что они есть, не значит, что человек должен навсегда погрузиться в сожаления и в них увязнуть. Он может в какой-то момент признать: «Мне жаль, что я сегодня утром ехал в автобусе и он застрял в пробке на Второй Аvenues» – и вскоре выйти из этого автобуса. В конце концов, сожаления – лишь часть любого трудного решения. Как заметил Серен Кьеркегор (Kierkegaard, 1843/1992): «Я все прекрасно

вижу; и здесь есть две возможные ситуации: это можно сделать или не сделать. Мое честное мнение и дружеский совет таковы: сделаешь ты это или нет, все равно пожалеешь о содеянном».

Исследуем затраты и выгоды терпимости к амбивалентности

Как в большинстве эмоциональных схем и стратегий, ключевой элемент изменения схем, относящихся к страху амбивалентности, – исследовать мотивацию модифицировать эти схемы. Это не шутка: у большинства людей, нетерпимых к амбивалентности, мотивы неоднозначны. Нетерпимость имеет свою цену, при этом есть воспринимаемая выгода. Терапевт может спросить: «Каковы затраты и выгоды вашего непринятия амбивалентности?» Многие пациенты с готовностью признают затраты – неудовлетворенность жизнью, навязчивые мысли, беспокойство о будущем, неспособность получать удовольствие от текущего момента. Терапевт способен помочь таким людям сфокусироваться на возможности того, что скорее переносимость амбивалентности, чем ее устранение, приведет к более

к более адаптивной жизни. Например, толерантность к амбивалентности может привести к восприятию реальности такой, какова она есть; способности ценить то, что имеешь; уменьшению количества навязчивых мыслей и сожалений, а также большей гибкости в принятии решений.

Терапевт может обратиться к последствиям поиска простоты или определенности чувства: «Когда вы продолжаете задаваться вопросом, что *на самом деле чувствуете* (или затрудняетесь принять смешанные чувства), какими будут для вас последствия? Каковы выгоды от непринятия смешанных чувств? А затраты? К затратам, в частности, относятся неспособность принять решение, навязчивые мысли, избегание (ситуаций, вызывающих смешанные чувства), сомнения в себе, самокритика («Что со мной не так, что я этого не знаю?»), чрезмерный поиск успокоения, негативная фильтрация.

Некоторые люди верят: преимуществом непринятия смешанных чувств является то, что они в данном случае не принимают решений, о которых жалеют. Другие верят, что существует некое базовое чувство, которое они должны определить, чтобы «знать все точно». Как отмечалось ранее, поиск того, как человек действительно себя чувствует, – классическая характеристика людей, которые не выносят неопределенности: «Я должен знать точно» (Dugas, Freeston & Ladouceur, 1997; Ladouceur, Gosselin & Dugas, 2000). Неуверенность может ассоциироваться с плохим исходом («Для меня все кончится неправильным решением» или «Я буду введен в заблуждение»), безответственностью («Я должен знать, что на самом деле чувствую») или бесконтрольностью («Если я не знаю, что на самом деле чувствую, как контролировать то, что будет происходить?»). К данным представлениям терапевт может обратиться и, например, спросить: «Возможно ли, что вы точно знаете – у вас есть конкретные чувства и они разные? Например, вы можете точно знать, что в один момент чувствуете злость, в другой – грусть, в третий – радость? Знать, что вы чувствуете, не значит иметь в виду, что вы всегда чувствуете одно и то же по отношению к самому себе или кому-то другому. Реально ли сказать: “Я точно знаю, что мои чувства смешанные?”»

Другой способ поработать с неопределенностью – спросить, есть ли вообще определенность в том, что сложно: «У вас смешанные чувства к вашей работе?» или «Вы видели фильм, который в целом понравился, но частично – нет?» Смешанные чувства можно обозначить и как сложность, честность, осознание и богатство опыта, предполагая, что в несовершенном

мире все течет и меняется и нет идеальных альтернатив. Действительно, признание амбивалентности способно нормализовать жизнь, в которой трудности, вызовы, разочарования неизбежны и приемлемы.

Некоторые пациенты думают, что если у них наблюдается разнообразие чувств, они противоречивые. Например: «В нем есть и то, что мне нравится, и то, что не нравится. Я не знаю, почему у меня такие противоречивые чувства». Предположение заключается в том, что все чувства должны быть однозначными – позитивными или негативными. Восприятие чувств как противоречивых может привести к мысли о необходимости линейного мышления и представлений «или – или» (возможно «это» либо «не это»). Такая бинарная система представлений приводит к отвержению ряда чувств, или, говоря точнее, их богатства.

Терапевт может сказать: «Представьте себе картину: прекрасное изображение полевых цветов. Они красные, розовые, желтые, пурпурные и белые, трава зеленая, небо синее. Эти цвета противоречивые? Как выглядела бы картина, если бы на ней все было черно-белым? Если вы смогли различить все цвета и оценить каждый из них как отдельный, трепетный, реальный, будет ли это для вас проблемой? Или представьте себя в буфете. Вы пробуете одно блюдо – оно солоноватое; другое блюдо пряное, третье сладкое. Вы бы сказали, что вся еда должна иметь один вкус?»

Легенда гласит, что император Иосиф II сказал Моцарту об одной из его опер: «Слишком много нот». Музыкант предположительно ответил: «Ровно столько, сколько нужно, Ваше Величество». Эту историю вполне можно использовать.

В придачу терапевт может коснуться вопроса сложности и богатства как источника восприимчивости и осознания: «Вероятно, вы человек сложный и утонченный в своем восприятии и способны разглядеть разнообразие и богатство опыта. Вы отдаете себе отчет во многих чувствах, и это может отражать вашу способность ясно видеть вещи». Один из вариантов дифференциации эмоций – признать, что на разные стимулы в разное время возможны разные реакции: «Можете ли вы испытывать грусть, когда у вас в голове негативные мысли, и чувствовать себя счастливым, когда занимаетесь вещами вознаграждающими? Если ваши чувства меняются в зависимости от того, что вы думаете, они могут просто отражать тот факт, что эти разные мысли и опыт приводят к разным чувствам».

Связь нетерпимости и амбивалентности с проблематичными копинг-стратегиями

Многие люди, не обладающие толерантностью к амбивалентности, могут активизировать проблематичные стратегии, чтобы справиться со смешанными чувствами. Очевидная стратегия при этом – дожидаться большего количества информации, чтобы держать баланс. Нерешительный, амбивалентный человек может не рискнуть говорить об отношениях или не совершить важную покупку, тем самым показывая, что есть шанс испытывать возможность более удовлетворяющих отношений или удовольствия от наличия альтернативы. Как предполагалось ранее, один из способов работы в данном случае – указать человеку, что пока он остается нерешительным, ценой этого является возможность, упускаемая из-за непринятых альтернатив. Другая проблематичная копинг-стратегия – навязчивые мысли: «Мне необходимо продолжать думать об этом, пока я в конце концов не почувствую, что надо». Люди, чувствующие амбивалентность, могут справляться, ища успокоения у других и прося совета, каким должно быть чувство или решение. Иногда испытывающий амбивалентность человек может «тестировать» другого человека, чтобы понять, действительно ли он ему не-

безразличен и действительно ли у этого человека есть желаемое качество. Наконец, из-за амбивалентности некоторые люди чувствуют себя виноватыми и занимаются самокритикой. Они рассматривают амбивалентность как личный провал, веря, что должны быть полностью уверены в ситуациях сложности и явных противоречий.

Признать: амбивалентность чувств – это нормально

Довольно часто человек выражает беспокойство по поводу испытываемых им двойственных чувств в какой-нибудь сфере своей жизни, забывая, что во многих других сферах амбивалентность не доставляет неудобств. Например, женщину тревожит ее неоднозначное отношение к партнеру, и она считает это «плохим знаком», поскольку, согласно ее установкам, в любимом человеке должно устраивать абсолютно все. В данной ситуации амбивалентность чувств осуждается и воспринимается как угроза отношениям. Тем не менее в разговоре с терапевтом женщина признала, что может испытывать противоположные чувства и по другим поводам.

Пациентка: Да, я испытываю смешанные чувства ко всем моим друзьям. Что-то мне в них нравится, что-то нет. Если подумать, то же самое я чувствую по отношению к своей работе, но меня это не беспокоит. Жизнь в Нью-Йорке также неоднозначна. Здесь дорого и шумно, люди ведут себя грубо. Но, несмотря на это, мне многое нравится в городе, и это компенсирует мое недовольство.

Терапевт: Но если амбивалентность чувств – это плохо, почему вас это не беспокоит в отношении ваших друзей, работы и места жительства?

Пациентка: Наверное, потому, что я заинтересована в дружбе, мне необходима работа и нужно где-то жить. У меня нет выбора.

Терапевт: Но если вы хотите установить с кем-то близкие отношения, придется смириться с тем, что человек, которого вы выбрали, может вызывать у вас разные чувства. Ведь при тесном контакте вы узнаете о партнере все до мелочей, а это не может не вызывать противоположные чувства, ведь так?

Амбивалентность свойственна и другим людям

Даже если пациент признает наличие амбивалентных чувств во многих областях своей жизни, у него может сложиться идеализированное представление о жизни других людей. Вот точка зрения одного из таких пациентов.

Пациент: Думаю, я идеализирую других людей. Мне кажется, у моей сестры превосходные отношения с мужем, а жизнь моих друзей безоблачна. Но если быть более внимательным, можно увидеть, что моя сестра тоже испытывает трудности и что не все в ее жизни безупречно. Иногда ей приходится несладко.

Терапевт: Ваши друзья когда-нибудь жалуются на свои отношения или работу?

Пациент: Конечно. Буквально вчера вечером мой друг Дэн рассказывал о своих проблемах с женой. После нашего разговора он, однако, признал, что на самом деле все не так плохо.

Терапевт может сделать следующий вывод: «Очень важно признать свое право испытывать противоположные чувства к работе, близким, месту жительства и собственным поступкам. В реальной жизни невозможно получить опыт, построить карьеру и доверительные отношения, избежав чувства неопределенности, разочарования, сомнений и крушения надежд. Может, стоит просто принять неоднозначность жизни и наслаждаться ею во всей полноте? Возможно, ваши знакомые делают именно так».

Работа с когнитивными искажениями, лежащими в основе неприятия амбивалентности своих чувств

Как было сказано ранее, неприятие неопределенности может быть связано с целым рядом когнитивных искажений. С каждым из них можно работать, используя специальные техники в рамках когнитивно-поведенческого подхода. Например, человеку с дихотомическим мышлением, которому свойственно давать оценку происходящему в диапазоне «либо верно, либо нет», «либо все хорошо, либо все плохо», можно предложить подумать над альтернативным поведением:

«Есть ли другие варианты оценки ситуации кроме “плохо” и “хорошо”? В чем преимущества и недостатки каждого подхода?»

«Решив купить автомобиль, вы просматриваете разные варианты и останавливаетесь на одном. При этом существует вероятность, что не выбранные вами автомобили могут иметь ряд преимуществ по сравнению с той моделью, которую вы выбрали.»

«Каждый наш выбор имеет свою цену, разве нет?»

«Почему вы выбрали именно этот автомобиль?»

Если клиенту свойственно навешивать ярлыки («Это неподходящая альтернатива/плохой выбор»), терапевт может предложить разобраться в значении понятия «выбор»:

«Существует ли, по вашему мнению, такое понятие, как “более или менее привлекательный выбор”?»

«Когда вы делаете выбор, взвешиваете ли вы все за и против того или иного варианта?»

«Можно ли предположить, что нет плохого и хорошего выбора, есть лишь разные варианты, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки и не гарантирует определенного результата?»

Если пациент отказывается признавать преимущества одного из вариантов, терапевт может предложить ему подумать о том, какую выгоду от обесценивания он получает:

«Если во всем видеть только недостатки, можно пропустить нечто важное и не заметить явные преимущества».

«В чем преимущества этого варианта? Что будет, если вы постараетесь видеть и хорошее тоже?»

Негативный взгляд на вещи можно рассмотреть с точки зрения когнитивно-поведенческого подхода:

«Если фокусироваться только на плохом, можно не увидеть хорошее».

«Можно ли сделать выбор, у которого нет недостатков?»

«Что если взвесить все плохое и хорошее и признать наличие и того и другого? Существует ли вариант, в котором соотношение плохого и хорошего оптимальное?»

Терапевт может предложить пациенту поиграть в предсказателя, предположив, что результат сделанного выбора будет неудовлетворительным. При этом можно задать следующие вопросы:

«Нам часто кажется, что мы знаем, какие чувства будем испытывать в будущем, но мы часто оказываемся не правы. Вы раньше ошибались в своих ожиданиях?»

«Насколько вы готовы принять тот факт, что сделанный вами выбор может иметь и плохие, и хорошие последствия? Или для вас допустим только положительный результат?»

«Есть ли в вашем окружении люди, которые никогда не испытывают негативных чувств относительно своего выбора?»

Для некоторых людей «плохой выбор» неприемлем. Здесь терапевт может задать следующие вопросы:

«Почему вам сложно смириться с подобным выбором?»

«Что указывает на то, что результат вашего выбора будет отрицательным?»

«Можете ли вы найти для себя нечто хорошее в противовес плохому результату выбора?»

«Вам трудно переносить разочарование?»

«Если предположить, что результат будет отрицательным – хотя на самом деле мы не можем этого знать наверняка, – изменили бы вы свое решение?»

Есть люди, у которых неопределенность может вызвать эмоциональный отклик: «Я не могу определиться со своими чувствами, и это не позволяет мне сделать правильный выбор». Это еще один вариант эмоционального перфекционизма («Я должен быть полностью уверен в своем выборе, и тогда результат обязательно будет положительным»). Терапевт может задать следующие вопросы:

«Разве амбивалентность не означает наличие одновременно как положительных, так и отрицательных чувств?»

«Возможно ли, что вами руководят эмоции, а не разум, и это не позволяет вам смириться с тем, что результат выбора в чем-то будет удовлетворительным, а в чем-то нет?»

«Бывало ли так, что, делая выбор, вы предполагали плохой результат, а он, напротив, оказывался хорошим?»

«Если посмотреть на плюсы и минусы каждого выбора, абстрагируясь от эмоций, возможно ли склонить собеседника в пользу того или иного варианта?»

«Бывает ли так, что ваше отношение к сделанному когда-то выбору со временем меняется?»

Многие люди размышляют в категории «должен – не должен» («Я должен быть абсолютно доволен результатом», «Я не должен сомневаться в своих чувствах»). В этой ситуации можно задать следующие вопросы:

«Почему человек никогда не должен сомневаться при совершении выбора – что здесь хорошего и что плохого?»

«Почему вы считаете данный подход наиболее практичным и реалистичным?»

«Если все время от времени сомневаются, почему вы себе этого не позволяете?»

«Если признать тот факт, что результат каждого нашего выбора может быть в чем-то удовлетворительным, а в чем-то нет, можно ли при совершении выбора не прогнозировать возможные преимущества либо недостатки?»

И наконец, многие полагают, что плохой выбор обязательно приведет к невыносимым последствиям. Терапевт может задать следующие вопросы:

«Давайте представим, что вы решили купить квартиру. Перевезя вещи, вы обнаруживаете, что с квартирой не все в порядке: трубы протекают, требуется дорогостоящий ремонт. Однако значит ли это, что переезд в новую квартиру не сулит ничего хорошего?»

«Можно ли найти что-то хорошее даже при неудачном выборе?»

«Представьте, что вы смотрите футбольный матч. Квотербек намеревается совершить выносную комбинацию и вдруг замечает, что линейный защитник атакует его слишком активно. Исход игры мог бы быть неудовлетворительным, но квотербек быстро повернул назад и отправил мяч в тацдаун. Иногда плохой выбор приводит к неплохому результату».

Критический взгляд на положения теории черт

В основе мнения о том, что человек не должен испытывать двойственных чувств, лежит убеждение, что личность представляет собой упорядоченную структуру, состоящую из определенного набора черт. Таким образом, основополагающей является идея о том, что каждый человек предрасположен вести себя определенным образом в той или иной ситуации. Однако исследования личности показывают: поведение человека отличается многообразием и зависит от типа ситуации, собственного отношения к происходящему и от окружения, с которым он взаимодействует (Epstein & O'Brien, 1985; Fleeson & Nofhle, 2009; Funder & Colvin, 1991). Например, человек, которого считают агрессивным, может не проявлять агрессию в большинстве случаев; она может быть вербальной, а не физической; агрессивную же реакцию он выдает при определенных условиях. Кроме того, точка зрения на поведение сильно зависит от того, в какой позиции находятся оценивающий, наблюдатель либо участник: «Человек, непосредственно вовлеченный в ситуацию, считает, что повел себя определенным образом под воздействием сложившихся обстоятельств, в то время как лицо, наблюдающее ситуацию извне, объясняет поведение участника наличием у него определенных диспозициональных черт» (Ross & Nisbett, 1991). Например, во время оживленной дискуссии кто-то может назвать мое поведение агрессивным, в то время как я просто ста-

раюсь донести до собеседников свою точку зрения. Разница позиций участника и наблюдателя также объясняется точкой обзора (внимание участника сфокусировано на ситуации, внимание наблюдателя – на участнике), лучшей осведомленностью участника о своих личностных возможностях (обычно я бываю не слишком убедителен) и неспособностью наблюдателя понять, о чем думал в тот момент участник и какая именно мысль могла запустить такую реакцию (я знаю, о чем думал, отстаивая свою точку зрения, а другой видел лишь мои действия во время спора).

Положения теории черт частично перекликаются с теорией о гибком сознании (Dweck, 2000, 2006). Согласно теории Кэрол Дуэк, некоторые люди твердо убеждены в том, что способности передаются нам генетически и обусловлены врожденными характеристиками (фиксированное мышление). По мнению других, способности – результат личностного роста и совершенствования (установка на рост). Два этих типа мышления отличаются по силе мотивации и стремлению к развитию. Например, человек с установкой на рост готов работать и добиваться поставленной цели, то есть развивать свои навыки. Концепция Кэрол Дуэк и теория черт имеют нечто общее в основе. В обоих случаях центральным является вопрос: может ли человек выработать и развить в себе какие-то качества либо набор способностей личности задан генетически и не подлежит изменению? Концепция о том, что все личностные черты и способности человека передаются генетически и остаются неизменными всю жизнь, перекликается с одной из характеристик мышления при депрессии,

депрессии, а именно – со склонностью к чрезмерному обобщению (Teasdale, 1999). Наконец, те, кто считает, что возможности человека не являются постоянной и неизменяемой категорией, с большей долей вероятности будут упорно трудиться и самосовершенствоваться (Job, Dweck & Walton, 2010).

Типы убеждений в рамках теории черт

Чтобы более критически посмотреть на теорию черт, на первом этапе следует выяснить, насколько сильны убеждения человека относительно того, что все способности и черты характера передаются по наследству и их невозможно изменить. Терапевт может спросить следующее: «Некоторые люди полагают, что другим присущи определенные черты характера, которые постоянно и неизменно проявляются в их поведении независимо от ситуации. Если вам близка эта точка зрения, возможно, при описании самого себя или кого-то другого вы используете такие характеристики, как агрессивный, добрый, честный, щедрый, сложный и т. д. Вы замечали за собой подобное? Вы так себя описываете? А других людей? Можете привести примеры?»

Некоторые пациенты сразу с готовностью признают за собой такое поведение, другим требуется время, чтобы разобраться. Мужчина, идеализирующий свою партнершу, признался, что считает ее умной, доброй, веселой и интересной. Он был уверен, что его подруга всегда такая. Однако, немного подумав, он признал, что ее поведение в немалой степени зависит от ситуации.

Далее терапевт может поинтересоваться: «Возможно, по какой-то причине вам удобно думать, что каждый от рождения наделен определенными чертами, которые нельзя изменить?» К недостаткам подобного черно-белого мышления можно отнести следующее:

- человек идеализирует других либо обесценивает;

- идеализируя других, он недооценивает себя;
- он чувствует свою неполноценность;
- он уверен, что другие оценивают его так же.
- Преимущества данной позиции менее очевидны, но среди них можно назвать следующие:
 - человек воспринимает других такими, какие они есть;
 - сразу понятно, на что человек способен;
 - можно оградить себя от нежелательного общения.

Затем, объяснив разницу понятий «фиксированное мышление» и «установка на рост», введенных Кэрл Дуэк для способностей и личностных характеристик, терапевт может спросить, верит ли пациент, что, приумножая свои знания и опыт, он может стать более или менее агрессивным либо интересным. Например, если представить, что такие черты личности, как «быть интересным» или «не быть интересным» закреплены генетически, шансов изменить ситуацию нет.

Некоторые люди воспринимают свою склонность к амбивалентности как нечто постоянное: «Я всегда буду сомневаться». Это утверждение можно проверить следующим образом: «Если вы считаете свою склонность к сомнениям чем-то постоянным и неизменным, скорее всего, вы будете не уверены в любом вашем решении. Бывают ли ситуации в течение дня, когда вы не чувствуете неуверенность? Какие еще эмоции вы испытываете за день? Когда вы забываете о сомнениях, может ли сделанный выбор чем-то вас порадовать? Значит ли это, что вы не всегда неуверенны?»

Теория черт или вариативность поведения

Как было сказано выше, убежденность в наличии фиксированных черт характера часто связана с тем, что человек более восприимчив к негативной информации, – это искаженное восприятие. Например, если человек считает себя скучным, он везде будет находить тому подтверждение. Изменив свои убеждения относительно амбивалентности, можно избавиться от искаженного восприятия.

«Если вы полагаете, что у вас (или у других) есть какие-то особенные черты характера, значит, в подтверждение этого в фокус вашего внимания будут попадать именно такие ситуации. Например, если человек считает себя скучным, он будет вести себя и разговаривать так, как это делает скучный человек, невольно убеждая в этом других людей и при этом прилагая максимум усилий, чтобы не быть скучным. Вам это знакомо?»

«Скучный» человек считает, что должен всегда вести себя так, чтобы быть интересным. Поэтому он будет донимать людей рассказами, заполняя собой все время и пространство. Если в беседе возникнет пауза, он примет это на свой счет. Терапевт: «Что такое в вашем понимании “быть интересным”?» Пациент: «Я иногда рассказываю интересные истории. Вижу, что людям это нравится: они смеются, задают вопросы». Терапевт: «Вы можете привести примеры ситуаций, когда с кем-то другим было то скучно, то весело?» Пациенту

было предложено поразмышлять о поведении других людей, чтобы таким образом он смог иначе взглянуть на себя и свое поведение.

Затем терапевт подводит пациента к выводу, что поведение любого человека меняется от ситуации к ситуации, не является неизменной характеристикой личности, а «скучный» человек является таковым далеко не для всех:

- «Может ли один и тот же человек быть скучным и интересным в разных ситуациях?»
- «Может ли кто-то быть для одного человека скучным, а для другого – интересным?»
- «Что если не существует такого понятия, как “неинтересное высказывание”, есть просто люди с разными предпочтениями?»
- «Бывает ли, что на ваши чувства влияет стороннее мнение либо ваше личное отношение к ситуации?»
- «Если вариантов развития ситуации много, может, испытывать двойственные чувства нормально?»

Терапевт способен помочь пациенту обнаружить беспокоящие его установки или чувства: «В каких ситуациях вы обычно чувствуете себя некомфортно? Попробуйте вспомнить ваши чувства и мысли при этом и оцените их интенсивность по шкале от 0 до 100. Что обычно предшествует этому состоянию, есть ли закономерность? Как вы думаете, ваши чувства или мысли могут измениться? С чем это может быть связано? Если ваши чувства и мысли меняются, стоит ли переживать из-за своего двойственного отношения?»

Некоторые люди обеспокоены тем, что испытывают противоречивые чувства: «Как один и тот же человек может мне одновременно нравиться и не нравиться? Я противоречу сам себе?» Существует мнение, что чувства должны быть логичными и последовательными – да либо нет. Терапевт может обратить внимание пациента на то, что чувства не поддаются логике. Они являются отражением эмоций, которые, в свою очередь, зависят от фокуса восприятия, отношения к ситуации или от сопутствующих эмоций. Например, мне нравится мой друг Том, его доброта и чувство юмора, но меня раздражает, что он опаздывает на встречу. Мои чувства к Тому нельзя назвать противоречивыми, ведь мое отношение к нему не зависит от того, опоздал он или нет. Хотя, с другой стороны, опоздание Тома можно трактовать как отсутствие уважения, при этом причины его опоздания мне не известны (может, он застрял в пробке или задержался на работе; сел телефон, и он не смог меня предупредить; он поссорился с женой или просто неправильно рассчитал время). Объяснений поведению Тома очень много, но, что важно, я могу не иметь о них представления.

Амбивалентность как большая осведомленность

Убежденность в том, что амбивалентность чувств по отношению к себе, другим или ситуации – это плохо, основана на мнении, что вся поступающая информация на интересующую человека тему должна быть одновалентной, то есть положительной либо отрицательной, свидетельствовать о наличии либо отсутствии какой-то черты характера (он агрессивен либо нет). Этот взгляд на вещи говорит о том, что информация поступает к человеку в двух полярных вариантах. Терапевт же в качестве альтернативы может предложить следующую точку зрения: что если противоречивые и неоднозначные чувства говорят о том, что чем

больше пациент знает о чем-либо или о ком-либо, тем легче ему разобраться в сути вопроса и мотивах поступка.

«Приведу вам довольно простой, но наглядный пример. Представьте, что вы впервые в незнакомом городе. В первый же день вы обнаруживаете неподалеку ресторанчик и идете туда. Но проходят дни, недели, месяцы. За это время вы успели побывать во многих ресторанах разного уровня и с разной кухней. Вы стали знатоком по части ресторанных услуг этого города. На вопрос: “Где здесь лучше поесть?” вы можете ответить: “Зависит от того, какую кухню вы предпочитаете”. Вы можете порекомендовать ресторан на любой вкус».

Или такой пример: «Представьте себе две картины: черно-белую и со множеством цветов и оттенков. Какая из них несет больше информации?»

«Теперь подумайте, какое невероятное разнообразие информации об окружающих людях и возникающих ситуациях дает вам амбивалентность. Если человеческая натура так сложна, а происходящие с нами события непредсказуемы, почему невыносимо испытывать по этому поводу разные чувства? Может, это означает, что вы наблюдательны и поэтому хорошо осведомлены?»

«Подумайте о человеке, которого очень хорошо знаете, – вашей маме, отце, брате или сестре. Они вызывают у вас разные чувства в разное время, так? Что это за чувства?»

Осознание, что амбивалентность – просто большая осведомленность, а быть «наблюдательным и внимательным» означает воспринимать всю палитру информации, может помочь пациенту отказаться от мысли, что амбивалентность – это плохо.

Амбивалентность как возможность выбора

Поиск ответа на вопрос: «Что я *на самом деле* чувствую?» вызывает еще больше вопросов и приводит к неуверенности в себе. Вместо попытки отследить «то самое единственное чувство» можно подумать об имеющихся отношениях (или сложившейся ситуации) как о возможности лучше узнать себя. Предположим, мне многое нравится в Сьюзан, моей коллеге, но кое-что не нравится (она чересчур категорична, ее взгляды не совпадают с моими). Говоря «она мне правда нравится», я признаю, что мне нравится в ней не все. Вместо того чтобы пытаться упростить мои смешанные чувства до одного, я воспринимаю это как возможность найти общий язык с кем-то, кто в чем-то меня не устраивает. В результате мне придется постараться быть открытым к диалогу и проявить терпимость к ее точке зрения, что принесет больше пользы и позволит в дальнейшем находить общий язык с разными людьми, какой бы точки зрения они ни придерживались. Я буду лучше разбираться в людях и понимать, что ими движет. Это гораздо лучше, чем занять оборонительную позицию со словами: «Я не разделяю ее точку зрения» или «Она мне не нравится, и все». Поняв, что мне нравится в Сьюзан, а что нет, я получаю больше информации о ней и нахожу точки соприкосновения. Отказавшись от осуждения в пользу принятия и терпимости, человек становится более гибким и легче подстраивается под обстоятельства. Быть амбивалентным – значит лучше разбираться в жизни.

Быть открытым

Нетерпимость к противоречиям основана на убеждении, что нельзя одновременно придерживаться противоположных точек зрения: «Мне это нравится либо нет». Альтернативным является мнение, согласно которому каждый имеет право на противоречивые суждения. Как сказал Уолт Уитмен в своем грандиозном произведении «Песня о себе» (1855/1959), «По-твоему, я противоречу себе? / Ну что же, значит, я противоречу себе. / (Я широк, я вмещаю в себе множество разных людей)». Уитмен осознал в себе способность одинаково любить красоту и уродство, молодость и старость, богатство и бедность. Техника «быть открытым» позволяет принимать происходящее во всех его проявлениях. Джалаладдин Руми, выдающийся персидский поэт XIII века, в своем произведении «Гостевой дом» описал принятие как возможность приобрести бесценный опыт:

Человек – гостевой дом.

Каждое утро новые гости.

Веселье, уныние, подлость, иногда понимание

Веселье, уныние, подлость, иногда понимание

Заглянет как нежданный гость.

Приветствуй и угощай их всех!

Даже если гости – многие муки,

Которые яростно сметут всю мебель в твоём доме,

Все равно оказывай каждому честь.

Может быть, он очистит тебя для новой радости.

Темная мысль, стыд, злоба —

Встречай их у порога смеясь и приглашай войти.

Будь благодарен, кто бы ни пришел,

Ведь каждый был послан как наставник свыше.

Ниже приведен разговор с мужчиной, которому трудно определиться относительно чувств к своей девушке.

Терапевт: Я вижу, вы испытываете смешанные чувства по отношению к ней. Иногда вам не нравится то, что она говорит, и вас не все устраивает в ее внешности.

Пациент: Да, и это нелегко, ведь она мне нравится. Но я понимаю, что меня не все в ней устраивает.

Терапевт: Давайте представим, что вы – некий сосуд, способный вместить разнообразные чувства, в котором есть место и тому, что вам нравится, и тому, что не

нравится. Представьте, что ваши чувства – это разные жидкости, свободно пере-текающие внутри сосуда.

Пациент: Это мне очень поможет. Я больше не буду так переживать.

Терапевт: Что если представить любовь и принятие в виде контейнера, где всегда есть место для всех чувств?

Быть открытым эмоциям – значит не ограничивать себя и найти место разным чувствам. Вместо того чтобы отрицать наличие смешанных чувств, можно просто позволить им быть. Многие пациенты признаются, что такой подход им очень помог: он позволил понять, что иметь двойственные чувства – это неплохо. Признаться себе в двойственных чувствах – значит продемонстрировать широту своей души.

Преодолеть сопротивление и принять амбивалентность

Для многих принятие амбивалентности невозможно, поскольку амбивалентные чувства приводят к внутреннему конфликту, ставят перед выбором, ограничивают или заставляют довольствоваться малым. Некоторые люди убеждены, что признать амбивалентность – это пойти по пути наименьшего сопротивления. Но есть и те, кто не станет принимать решение без стопроцентной уверенности в результате. Давайте рассмотрим недостатки каждой позиции.

Во-первых, не признавая амбивалентность, человек будет постоянно обесценивать все хорошее, что так или иначе может предложить сделанный выбор, и вечно находиться в поиске идеала. Например, получить работу, на 90 % соответствующую запросам, – это однозначно хорошо. Но если продолжить поиски, можно встретить более привлекательные варианты и тем самым обесценить первоначальный выбор.

Во-вторых, отказываясь принимать амбивалентность, человек лишает себя многих возможностей. Например, если в поисках идеальной пары человек отвергает 90 % кандидатур, он лишает себя возможности иметь отношения здесь и сейчас.

В-третьих, убежденность в том, что принять амбивалентность означает довольствоваться малым, неверно в своей основе. Кто-то может сказать: «Я и правда испытываю смешанные чувства, но я все же верю, что этот вариант лучший». Кто-то признает амбивалентность, но все равно ищет наилучший вариант из двух. Смешанные чувства – это совсем неплохо.

В-четвертых, мнение о том, что признать амбивалентность – значит пойти по пути наименьшего сопротивления, в общем верно, хотя иногда и абсолютно правильный выбор удается сделать без малейших усилий. Кроме того, человек может выбрать лучшее из того, что предлагается. Однако за любой выбор придется платить. Тогда что значит «по пути наименьшего сопротивления»? Это значит не сделать выбор вообще.

В-пятых, люди не признают амбивалентность, потому что считают правильным решение, принятое без каких-либо сомнений. В качестве расплаты за подобную точку зрения человек будет испытывать постоянное недовольство, предъявлять к выбору завышенные требования и никогда не сможет примириться с «несовершенством» реальной жизни. В этом случае неизбежны разочарование, конфликты с окружающими и неспособность получать удовольствие от жизни.

В-шестых, убеждение, что для принятия решения нужно иметь стопроцентную уверенность в результате, – иллюзия. Например, исследование такого движения, как hedonic treadmill, показывает, что скоро люди привыкают к новому, более высокому уровню жизни, при этом не чувствуя себя более счастливыми (Brickman & Campbell, 1971; Mancini, Bonanno & Clark, 2011). Если любой идеальный вариант рано или поздно перестанет казаться идеальным, стоит ли стремиться к 100 % уверенности?

Давайте вернемся к разговору с моим пациентом и его сомнениям относительно девушки. Он любит ее, считает хорошим человеком, верит, что она станет хорошей женой и матерью, и уверен, что она его искренне любит. Однако временами ему бывает неинтересно слушать то, что она рассказывает.

Пациент: Я верю, что Сара будет хорошей женой. У нее все для этого есть. Но иногда мне с ней скучно. Я действительно сомневаюсь насчет женитьбы. Я уверен в ней на 90 %, а хотелось бы на 100 % – тогда я не переживал бы вовсе.

Терапевт: Почему вас так расстраивают сомнения?

Пациент: Я бы хотел вообще не сомневаться.

Терапевт: Вы считаете, что не должны сомневаться. Но что плохого в том, что вы сомневаетесь?

Пациент: Если речь идет о свадьбе, сомнений быть не должно. Если есть сомнения, значит, что-то не так.

Терапевт: Если, как вы говорите, что-то не так, значит, ваш выбор неудачный?

Пациент: Думаю, да.

Терапевт: Вы знаете кого-нибудь, у кого идеальные отношения с партнером? Кто никогда не сказал бы: «Что-то мне в ней нравится, а что-то нет».

Пациент: Я думаю, вы попали в точку. Но, может, мне стоит поискать кого-то еще, кто устраивал бы меня полностью?

Терапевт: Вам 37, а вы еще не женаты. Думаете, ваш идеальный партнер где-то вас дожидается? Если так, как долго вы будете ее искать?

Пациент: Я не встречал никого лучше Сары. Никогда.

Терапевт: А если ваша идеальная девушка все же существует?

Пациент: Не знаю. Наверное, это мои мечты. Но если и есть такой человек, потребуются годы, чтобы его встретить.

Терапевт: Значит, вам придется заплатить за это годами ожидания. Тем временем вы не сможете жениться на Саре и наслаждаться жизнью с ней. Это риск и своего рода сделка. Вы можете быть счастливы уже сейчас, но на 90 %, либо ждать своих 100 % неизвестно сколько. Вы думаете, эта идеальная женщина всегда будет интересным собеседником для вас?

Пациент: Вряд ли.

Терапевт: Возможно, вы правы. А если предположить, что с этим человеком вам будет интересно на 100 %, вы станете счастливее от этого?

Пациент: Возможно, немного. Не знаю. Может, это и не так важно.

Терапевт: Чаще всего человек приспосабливается к тому, что имеет. Если вам поднимут зарплату на 10 %, вы будете рады этому месяц или около того, затем привыкнете. Может, так и с отношениями? Мы стремимся получить недостающие 10 %, получаем их и наслаждаемся какое-то время. При этом надо представлять, каких усилий будет стоить поиск недостающих 10 % и какова вероятность их найти. Если вы и найдете своего идеального партнера, захочет ли он/она связать свою судьбу с вами? Неизвестно.

Пациент: Скажем, я сделал выбор в пользу Сары. Это будет означать для меня, что я пошел по пути наименьшего сопротивления.

Терапевт: Вы так говорите, но думаете, что заслуживаете большего?

Пациент: Возможно, я и правда заслуживаю большего.

Терапевт: Может, вы и заслуживаете большего, но мир пока не готов вам это дать. Мы имеем то, что имеем или что решаем иметь. Можно считать, что мы смирились с ситуацией, а можно – что это наше решение и осознанный выбор.

Пациент: Звучит правдоподобно. Думаю, именно так я и поступлю.

Терапевт: И раз уж вы сделали выбор, можете извлечь из него максимум. Преимущество амбивалентности в том, что она в конечном счете позволяет принять решение. Всегда с чем-то приходится мириться. Вы сомневаетесь, потому что склонны анализировать. Например, представьте, что вам 16 и вы очарованы вашей девушкой. Что это: взрослый взгляд на вещи или незрелость? Теперь вам 37, у вас есть опыт, и вы знаете, как это бывает в отношениях. Возможно, вы стали более осторожным. Может, ваши сомнения связаны с жизненным опытом?

Пациент: Раньше я об этом не задумывался.

Вывод

Непринятие амбивалентности, точнее – связанные с этим сложные эмоциональные переживания приводят к тому, что человек испытывает недовольство и разочарование, склонен обесценивать все хорошее, замечая лишь негатив, с трудом принимает решения. Эмоциональный перфекционизм таких людей не позволяет им примириться с неоднозначностью своих чувств; им тяжело признать, что мир неидеален. Принимая решение, они не готовы идти на компромисс и уступки, не готовы принять несовершенство ситуаций и окружающих людей. Признав неизбежность амбивалентных чувств, отказавшись от максимализма, приняв неоднозначность жизни и необходимость день ото дня сталкиваться с противоречиями и разочарованием, человек получит возможность жить в ладу с миром и с самим собой.

Глава 9

Эмоции и их связь с ценностями (и достоинствами)

У человека можно отнять все, кроме одного – его последней свободы: выбрать свое отношение к любым данным обстоятельствам, выбрать свой собственный путь.

Виктор Франкл. Человек в поисках смысла

Эмоции – это реакция человека на что-то значимое в его жизни. Мы злимся, если нас не уважают, унижают или посягают на наши права. Значит, уважение, внимательное отношение и права – то, что нам важно. Мы считаем, что заслуживаем подобного к себе отношения. Мы испытываем разочарование, если не можем получить желаемое и достичь поставленной цели, поскольку без этого не чувствуем себя успешными. Мы ревнуем партнера, если считаем, что кто-то другой ему интереснее, а верность и преданность в близких отношениях – главная добродетель. Основная задача эмоциональной схема-терапии – помочь пациенту понять, какие ценности, цели и личностные качества для него являются значимыми, проследить их связь с переживаемыми эмоциями. Терапия эмоциональных схем не ставит целью сгладить неприятные переживания или избавить пациента от них. Напротив, в рамках этого подхода считается, что эмоции содержат важную информацию, которую необходимо донести до пациента, если он выражает намерение жить полной жизнью. Именно полной, а не беззаботной. Речь не идет о легкой жизни, лишенной разочарований, гнева, переживаний и одиночества. Мало просто чувствовать себя хорошо, как это делают последователи гедонического образа жизни, которые всегда выбирают легкость и удовольствия. Важнее научиться принимать жизнь со всем диапазоном эмоций – от радости до страдания.

Значению ценностей в жизни человека посвящена книга Виктора Франкла «Человек в поисках смысла» (1963). Виктор Франкл – австрийский психотерапевт. Будучи узником концентрационного лагеря Аушвиц, он обнаружил, что причиной смерти многих заключенных становились не казни и пытки, а потеря смысла жизни. Те, кто выжил, не утратили надежду, пусть иллюзорную, на то, что однажды их семья воссоединится и жизнь продолжится после концлагеря. Франкл создал психоаналитическую модель, в центре которой находятся ранний опыт человека и защитные механизмы. Он разработал новую форму терапии – логотерапию, в рамках которой рассматривается поиск смысла жизни. Большое внимание целям и ценностям уделяют и современные направления когнитивно-поведенческой терапии. Например, диалектическая поведенческая терапия и терапия принятия и ответственности выделяют важную роль ценностей для придания смысла жизни (Hayes, Levin, Plumb-Vlarga, Villatte & Pistorello, 2013; Wilson & Murrell, 2004; Wilson & Sandoz, 2008). Этот вопрос не теряет актуальности. Терапия Пола Гилберта (2009), сфокусированная на сострадании, отмечает важную роль ценностей и сострадания в обретении людьми цели, преодолении тревоги и депрессии, стремлении жить полной жизнью.

Прекрасным литературным примером обретения смысла жизни является повесть Л. Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича» (1886/1981). Ивану Ильичу было 45 лет, он жил обычной, ничем не примечательной жизнью; состоял в браке, но жену особо не любил. Однажды, вешая шторы, он ушибся об оконную раму, а пройдя медицинское обследование, узнал, что смертельно болен. На пороге смерти он задумывается о смысле и ценности жизни. Чтобы понять, какими ценностями мы руководствуемся в жизни и чего в ней не хватает, полезно

здать себе следующие вопросы: «Если представить, что смертный час близок, что бы вы хотели успеть сделать? Как бы вы прожили это время?» В «Истории», написанной греческим историком Геродотом на 2400 лет раньше повести Л. Н. Толстого, греческий философ и король Солон сказал королю Персии Крезу, что человек может лишь на смертном одре оценить, была его жизнь счастливой или нет. Даже богатый и знатный гражданин может умереть в нищете. Идею о том, что центральное место в терапии обзора жизни должна занимать жизнь самого человека, впервые высказал Роберт Батлер (1963). Размышления над собственной жизнью положены в основу терапии принятия и ответственности (Hayes, 2004). Поиск смысла и целей занимают важное место и в терапии эмоциональных схем. Ценности представляют собой одну из 14 шкал, о чем говорилось в предыдущих главах.

В этой главе представлены 10 техник, с помощью которых пациент может определить свои ценности и связанные с ними эмоции. Именно ценности придают значение и смысл нашей жизни, позволяют выдержать трудности. Кроме того, мы поразмышляем над тем, что входит в понятия «счастье» и «жить полной жизнью».

Негативная визуализация

Представители стоицизма, древнего философского течения, считали, что для человека главное в жизни – научиться ценить то, что имеешь. Ведь чаще всего мы обеспокоены тем, чего у нас нет (речь идет о заведомо недостижимых целях), из этого возникают разочарование и недовольство. Например, человек рассказывает, что его не повысили в должности, он расстроен, разочарован и всем жалуется на несправедливость. В чем-то соглашаясь с пациентом, терапевт предлагает ему подумать, каково было бы потерять то, что имеешь.

Осознав, как много у нас есть, мы начинаем понимать, что не умеем ценить то, что имеем; чувство обладания должно подкрепляться чувством благодарности. Женщина жалуется, что хочет сбросить вес, но чувствует себя заложницей ритма большого города. Терапевт предлагает ей купить абонемент в спортзал, но пациентка признается, что привыкла думать о себе в последнюю очередь. Терапевт посоветовал ей устроиться волонтером в Общество слепых и сопровождать слабовидящего человека во время прогулки. Через несколько недель женщина призналась, что эксперимент очень ей помог: «Мы гуляли с моей незрячей подопечной в парке. Был чудесный летний день, мы шли не спеша, и по пути я рассказывала спутнице обо всем, что видела вокруг, чтобы она могла себе это представить. Мне было очень приятно помогать ей. Раньше я не представляла, что в парке так чудесно – я и сама будто увидела его впервые».

Терапевт: И вы смогли все это увидеть благодаря слепому человеку.

Похожий подход, только в воображаемой ситуации, был использован с другим пациентом.

Терапевт: Подумайте о чем-нибудь, что для вас является само собой разумеющимся. Допустим, о вашем теле и чувствах. Давайте возьмем ноги. Я знаю, что вы можете ходить и даже регулярно бегаєте. Это здорово. Теперь закройте глаза, расслабьтесь и сконцентрируйтесь на моих словах. Представьте, что ваши ноги парализованы и вы больше никогда не сможете ходить. О чем вы думаете?

Пациент: О Боже! Это ужасно. Я не могу себе этого представить. Это было бы невыносимо.

Терапевт: Похоже, ходить важно для вас. О чем бы вы сожалели?

Пациент: Что не смогу просто встать на ноги и пройти в другую комнату.

Терапевт: Вы это делаете каждый день. Что еще?

Пациент: Прогуливаться по городу. Мне бы не хватало свободы идти туда, куда я хочу.

Терапевт: Как часто во время прогулок по городу вы задумывались, что у вас может не быть такой возможности?

Пациент: Никогда.

Терапевт: Это значит, вам никогда не приходило в голову, что то, что для вас важно, у вас уже есть.

Негативную визуализацию можно применять для тестирования разных ценностей. Например, представить себе разрыв с партнером, или что у кого-то нет детей, или что солнце больше никогда не взойдет, или что кто-то оглох. Целью негативной визуализации является не сделать пациента несчастным (хотя некоторые так думают), а наоборот – дать пациенту почувствовать удовлетворение от того, что он уже имеет.

Негативная визуализация – это прививка против гедонизма, когда человек стремится иметь все самое лучше и быстро этим пресыщается. Представляя себя лишенным чего-то, он учится заново ценить это. Смысл в том, чтобы вернуть себе то, что и так есть.

Негативная иллюстрация: когда-нибудь, но не сейчас

Еще одна техника, позволяющая оценить значимость того, что человек уже имеет, предлагает подумать о тех, кто испытывает большие проблемы в жизни. Речь идет не о злорадстве и не о том, чтобы радоваться чужому несчастью (злорадство как феномен будет подробно рассматриваться в главе 11). Напротив, данный подход позволяет человеку иначе посмотреть на свою жизнь и научиться ее ценить. Более того, иногда полезно задуматься о том, что однажды и с тобой может случиться такое.

Терапевт: Прогуливаясь по городу, вы когда-нибудь видели пожилого человека, передвигающегося с помощью ходунков? Вы не задумывались, может, у этого человека был инсульт и теперь он испытывает трудности при ходьбе?

Пациент: Да, мне очень жаль этих людей.

Терапевт: Не испытываете ли вы при этом радость от того, что это произошло не с вами?

Пациент: Вообще-то я об этом не думал. Правда, признаюсь, мне неприятно смотреть на больных людей.

Терапевт: А что если это своего рода напоминание, повод порадоваться, что у вас все не так плохо? Вы можете мысленно поблагодарить этого человека за возможность подумать на данную тему.

Пациент: Это определенно лучше, чем отвернуться.

Терапевт: Еще вы можете сказать себе: «Когда-нибудь я состарюсь, и, возможно, мне тоже понадобятся ходунки. Но это потом, а сейчас у меня все хорошо».

Пациент: Не хочется об этом думать, но все так. У моего отца был инсульт, и после него он ходит с трудом. Мне его очень жаль.

Терапевт: Чужие проблемы иногда помогают нам осознать, как мы на самом деле счастливы. Это повод задуматься о том, что жизнь быстротечна и что надо успеть получить от нее удовольствие.

Терапевт может предложить пациенту поискать такие примеры в новостях, понаблюдать за людьми вокруг и происходящими событиями. Сопереживая чужим проблемам, полезно напоминать себе: «Когда-нибудь, но не сейчас».

Позитивная иллюстрация

Если чужие проблемы помогают нам радоваться тому, что у нас в жизни все неплохо, то успех и везение других людей могут заставить нас мечтать о таком же для себя. В главе 11 мы обсудим, почему удачливость других людей вызывает зависть и тайную надежду на то, что им тоже может не повезти. Как бы то ни было, позитивная иллюстрация ситуаций из жизни других людей способна стать для нас положительным примером и даже ролевой моделью. Например, наблюдая близкие и доверительные отношения мужа и жены, одинокая женщина может сначала почувствовать сожаление и зависть. Это заставит ее осознать глубину своего одиночества и вновь пережить горечь по поводу не сложившихся когда-то отношений либо может сподвигнуть ее на поиск своего человека, с которым она сможет испытать искренние чувства. «Искренние чувства» и «близкие отношения» – это не только про взаимопонимание в паре, это касается любых взаимоотношений, в которых важны забота, любовь, доверие и сопереживание. Это могут быть давние знакомые, коллеги по работе, обычные прохожие и даже животные.

Терапевт: Вам стало грустно при виде того, как Хуан и Мария держатся за руки. Почему?

Пациентка: Мне грустно, потому что у меня нет любимого человека.

Терапевт: Значит, для вас важно любить и быть любимой? Это то, к чему вы стремитесь? Давайте подумаем, где еще это можно получить. Вы как-то говорили, что переживаете за свою сестру Даниэлу. Вспомните, как обычно вы показываете ей свою заботу.

Пациентка: Я обнимаю и целую ее каждый раз при встрече. Я люблю ее.

Терапевт: Значит, вы ее любите и часто с ней общаетесь. А ваши друзья? Кто еще важен для вас, с кем вы близки?

Пациентка: У меня есть друг Хавьер. Мы дружим с восьми лет, многое вместе пережили. Я его давно не видела, но все равно чувствую с ним крепкую связь.

Терапевт: А незнакомые люди, которые встречаются каждый день? Иногда мне хочется и к ним проявить внимание. Я радуюсь, когда мне удается кому-то помочь. Помню, накануне вечером, возвращаясь домой, заметил пожилую женщину, которая не могла перейти дорогу. Я предложил ей свою помощь, на что она мне сказала: «Благодарю вас. Благослови вас Господь». Я ей ответил: «Спасибо вам за возможность помочь. Это такое прекрасное чувство!»

Пациентка: Вы правы, раньше я об этом не задумывалась.

Терапевт может предложить пациенту вспомнить случаи, когда ему удалось проявить доброту, щедрость, сочувствие, заботу. Это могут быть очень разные примеры как со знакомыми, так и с незнакомыми людьми. Суть позитивной иллюстрации в том, что, осознав, каких эмоций и чувств не хватает, человек начинает искать их в повседневной жизни. Для этого не нужно состоять в близких или супружеских отношениях.

Техника «имеем – не ценим»

Ирония нашей жизни состоит в том, что мы зачастую не ценим то, что имеем. Сын сожалеет, что не говорил отцу, как любит его, пока тот был жив. Друг неожиданно уезжает навсегда, и оказывается, что он был очень дорог. Техника «имеем – не ценим» – разновидность негативной визуализации, она позволяет понять, что действительно важно.

Мужчина потерял деньги из-за нечестных действий партнеров по бизнесу. Он не может с этим смириться, стал раздражителен с детьми. Отчаявшись вернуть свои вложения, он пристрастился к алкоголю.

Пациент: Я в бешенстве. Они кинули меня.

Терапевт: Я понимаю ваше негодование. Вы имеете на него полное право. Я вижу, это выбило вас из колеи. Но давайте попробуем кое-что сделать сегодня. Поместите ваш гнев и деньги в банку и поставьте ее на полку. А сейчас представьте, что у вас отняли все: тело, семью, деньги, само ваше существование. Ничего не осталось. Представьте, что исчезло все, и подумайте вот о чем. Я буду выступать в роли Бога, и у меня есть право возвращать вам по одной вещи за раз, но только если вам удастся убедить меня в том, что эта вещь вам действительно дорога. Кроме того, вы не можете знать, сколько вещей я смогу вам вернуть, – лишь несколько или все. О чем вы подумаете в первую очередь?

Пациент: Мои дочери.

Терапевт: О какой из них?

Пациент: Я должен выбирать?

Терапевт: Нет, хороший ответ. Я выберу за вас. Скажем, сначала старшую. За что вы ее любите?

Пациент: Она очень дорога мне. За прошедший год мы часто ссорились, но я очень ее люблю (пациент рассказывает подробно со слезами на глазах, затем переходит ко второй дочери).

Терапевт: Вы меня убедили. Я верю, что обе дочери вам одинаково дороги, и возвращаю их вам. Что еще вы хотели бы вернуть и почему?

Пациент: Мою жену. Она терпит меня, это мой лучший и самый верный друг (пациент описывает ее лучшие качества).

Терапевт: Я вам ее возвращаю. Как насчет ваших глаз? Представьте, что у вас забрали зрение и я могу вернуть его вам всего на 15 минут. Что вы хотели бы увидеть в первую очередь?

Пациент: Мою семью, их всех.

Терапевт: Понимаете, ирония в том, что все, что для вас важно, уже при вас. Но вы так переживаете из-за денег, что не замечаете этого.

Терапевт: Понимаете, ирония в том, что все, что для вас важно, уже при вас. Но вы так переживаете из-за денег, что не замечаете этого.

Пациент: Знаю, знаю.

Терапевт: Почему вас можно назвать самым счастливым человеком?

Пациент: Все дорогие мне люди рядом со мной.

Терапевт: Да, и у вас есть выбор: вы продолжаете сожалеть о потерянных деньгах либо получаете удовольствие от общения с вашей семьей.

Эта техника помогает расставить приоритеты. Представить, что у вас забрали абсолютно все, можно в качестве игры. А терапевт должен донести до пациента, что все серьезно: «Вы можете лишиться всего. Нет ничего постоянного. Мы все когда-нибудь умрем. Умрут и те, кого мы любим. Все исчезнет. Так что это не игра, а суровая реальность. Каждый из нас должен задать себе вопрос: “Что ценного и важного уже есть в моей жизни, на что я перестал обращать внимание?”»

Слезы как символ значимости

Много лет назад, сразу после того как моя мать умерла от кровоизлияния в мозг, я рассказал об этом другу. Я разговаривал с ним по телефону и вдруг начал плакать. Через какое-то время он признался: «Знаешь, я внезапно осознал, что, став взрослым, никогда не плакал». Я подумал про себя: «Странно, что он мне говорит об этом сейчас» (при этом я знал, что он мне сопереживает). Еще позже я подумал следующее: «Как это грустно, когда не над чем поплакать».

Часто кажется, что наша главная задача – не дать расплакаться («Я не хочу расстраиваться. Я не хочу плакать»). Мы уверены (либо нам это внушили), что плакать – значит потерять контроль, что это не по-взрослому, непрофессионально и подлежит осуждению.

Мужчина, несколько месяцев обдумывающий развод с женой, начал сессию с заявления, что он принял решение съехать, но при этом чувствует себя подавленным.

Терапевт: Похоже, вам очень тяжело сейчас.

Пациент: Да. Я знаю, так не должно быть, ведь решение принято верное. Но мне и правда очень грустно, я постоянно плачу. Не знаю, что со мной.

Терапевт: Почему вы плачете?

Пациент: Я скучаю по дочери. Теперь мы будем видеться реже, мне ее не хватает.

Терапевт: Вы хотели бы не скучать по дочери?

Пациент: Нет, ведь я скучаю, потому что люблю ее.

Терапевт: Значит, вы плачете, потому что вам есть над чем плакать: ваша дочь много значит для вас. Слезы говорят именно об этом.

Пациент: Это так. Все верно. Я так скучаю по ней.

Терапевт: Мы всегда плачем о том, что для нас важно. Если ваша дочь узнает, что вы сильно скучаете по ней и это заставляет вас плакать, она поймет, как вы ее любите.

Пациент: Это так.

Терапевт: Когда человек страдает, ему приходится нелегко. Не стоит судить себя за это. Мы страдаем, когда есть веская причина и дело касается тех, кто нам дорог. Ваши слезы об этом, они от сердца.

Терапевт может поинтересоваться: «Мы плачем в значимых для нас ситуациях. Вспомните истории из прошлого, которые заставляли вас плакать. А если подумать о возможных обстоятельствах, что это могло бы быть?»

Ответы зависят от того, что человек считает важным. Это может быть большое несчастье (например, смерть родителей или ребенка, разрыв отношений, потеря работы) либо досадная неприятность (не пригласили на вечеринку, потерял деньги в сделке, было одиноко на празднике). Терапевт может спросить, почему случившееся сильно расстроило пациента. Женщина в состоянии развода ответила: «Когда отношения разладились и брак распался, мне показалось, что у меня больше никогда не будет семьи, о которой я всегда мечтала. Как было в моем детстве». Терапевт: «Вы плачете, потому что иметь семью для вас важно. Вы хотите быть матерью и заботиться о ком-то. Это важные для вас вещи, отсюда и слезы».

Иногда терапевту нужно больше информации, чтобы понять причину слез.

Терапевт: Вы расплакались, когда вас не пригласили на вечеринку. Расскажите, как вы видите ситуацию.

Пациентка: Я чувствую, что не нравлюсь людям и всегда некстати.

Терапевт: Значит, вам важно быть принятой. Об этом вы тогда подумали? Давайте поработаем с этим и постараемся понять, почему вам важно чувствовать себя нужной.

Довольно успешный неженатый мужчина, избегающий серьезных отношений, пожаловался на то, что временами недоволен собой. Он уже проходил терапию некоторое время назад, когда не мог решить, стоит ли ему разорвать отношения и поискать кого-то еще.

Пациент: У меня все хорошо: замечательная работа, отличная квартира, друзья. Но ощущение, что чего-то не хватает.

Терапевт: Я давно вас знаю и вижу, что вы расстроены. Ответьте на вопрос: «Кто нуждается в вас?»

Пациент (плачет): В том-то и дело, что я никому не нужен. Странно, но я с детства не плакал. В своей жизни избегаю серьезных отношений, предпочитаю свободу.

Терапевт: Очень интересно, почему вы заплакали именно сейчас. Возможно, вы поняли, что быть нужным – важно для вас.

Пациент: Ребенком я видел, что мои родители несчастливы в браке. Отец всегда говорил: «Не торопись жениться, в браке нет ничего хорошего». Поэтому я всегда выбирал свободу.

Терапевт: Быть свободным от обязательств не значит быть никому не нужным. Зная, что мы кому-то нужны, мы обретаем смысл жить.

Пациент: Не понимаю, в чем этот смысл.

Терапевт: Вы наверняка думали, каково это, когда ты кому-то нужен, когда кто-то скучает по тебе.

Пациент: Если бы я умер, думаю, никто особо не расстроился бы.

Терапевт: Об этом стоит плакать.

Терапевт: Об этом стоит плакать.

Пациент: Думаю, вы правы.

Терапевт: Может, изменить ситуацию и начать жить и для других тоже, а не только для себя?

Как говорилось выше, для некоторых людей плакать означает утратить контроль, сделать что-то неприемлемое. Одинокая женщина средних лет, переживавшая из-за того, что у нее до сих пор нет детей, решила на процедуру ЭКО. Во время пасхальной службы в церкви она не могла без слез смотреть на родителей с детьми.

Пациентка: Мои эмоции вышли из-под контроля. Я расплакалась в церкви в воскресенье, когда увидела детей.

Терапевт: О чем вы подумали?

Пациентка: О том, что у меня до сих пор нет детей.

Терапевт: Вы заплакали, потому что иметь детей важно для вас.

Пациентка: Да, но я не должна была плакать. Я же взрослый человек.

Терапевт: Возможно, вы заплакали, потому что, будучи взрослым человеком и пока не состоявшейся матерью, вы осознали, насколько для вас важно иметь детей.

Пациентка: Но я же перестала себя контролировать.

Терапевт: Вы можете воспринимать это так. Либо думать, что ваши слезы говорят о том, что для вас имеет большое значение.

Подъем по лестнице смысла

Чтобы найти истинную причину возникновения мысли, в когнитивно-поведенческой терапии используется техника «вертикальный спуск», или «техника падающей стрелы». Например, пациенту, страдающему от одиночества, когнитивный терапевт может предложить следующее упражнение.

Терапевт: Значит, вам грустно, когда вы остаетесь один дома в субботу вечером. Давайте посмотрим, о чем вы при этом думаете. «Мне грустно, потому что я думаю, что...»

Пациент: Я одинок. Меня никто не любит. У меня никого нет.

Терапевт: «Если меня никто не любит и у меня никого нет, я думаю, что...»

Пациент: Я неудачник.

Терапевт: «Если я неудачник, это значит, что...»

Пациент: Я всегда буду одинок.

Терапевт: «Если я одинок, я думаю, что...»

Пациент: Я всегда буду несчастлив.

«Вертикальный спуск», или «техника падающей стрелы», помогает выявить дезадаптивные умозаключения и лежащие в их основе убеждения или схемы. Техника фокусируется на негативных и постоянных мыслях пациента. Ее обратная сторона – техника, которую я называю «подъем по лестнице смысла». В рамках данной техники терапевт и пациент разбирают позитивные способы выйти из сложившейся ситуации.

Например, женщина, у которой несколько лет назад умер муж, каждый вечер, уйдя из офиса, покупает себе алкоголь и до дома доезжает уже нетрезвой. Она говорит, что делает это, потому что ей грустно возвращаться в пустую квартиру.

Терапевт: Значит, если вы не выпьете, чувствуете себя еще более подавленной. О чем вы грустите?

Пациентка: У меня никого нет. Я одинока.

Терапевт: Вам больно от этой мысли. Если бы у вас кто-то был, что бы это значило для вас?

Пациентка: Это означало бы, что я могу разделить жизнь с кем-то.

Терапевт: «То, что я смогу разделить свою жизнь с кем-то – хорошо, потому что...»

Пациентка: Потому что мне нравится быть рядом с кем-то. Мне нравится любить.

Терапевт: «Мне нравится любить, потому что...»

Пациентка: Я умею любить.

Терапевт: Итак, поскольку вы умеете любить и это то, что вы в себе цените, вам невыносимо быть одной, не иметь кого-то рядом.

Пациентка: Верно.

Терапевт: Получается, что прекрасное качество заставляет вас страдать, так как нет возможности получить то, что для вас ценно. Получается, уметь любить совсем не так хорошо. Но разве вы хотели бы разучиться любить?

Пациентка: Нет, ни за что. Но мне больно.

Терапевт: Будет еще больнее лишиться ценного для вас качества. Может, подумаем, как вы можете им воспользоваться? Как насчет вашей дочери? Может, стоит подарить ей свою любовь?

Затем терапевт обратил внимание пациента на то, что свою любовь, заботу и внимание можно направить, например, на друзей. Цель техники «подъем по лестнице смысла» в том, чтобы сфокусировать внимание пациента на целях и ценностях, которыми он руководствуется в жизни. Ценностью не всегда являются конкретные отношения. Например, пациент может любить и заботиться, не находясь в близких отношениях с кем-либо. Важно донести до пациента мысль, что даже если рядом нет близкого человека, остаются его ценности, которые и придают смысл жизни.

Прожить жизнь, в которой было бы что терять

На долю многих людей порой выпадают такие сильные страдания, с которыми трудно примириться: мать потеряла ребенка в аварии; у мужчины умерла жена от рака; друг погиб в результате военных действий. После подобных трагедий восстановиться полностью почти невозможно. Жизнь полна боли и страданий. Предложить таким людям поискать что-то хорошее в своей жизни зачастую значит нанести им еще большую травму. Но нельзя и позволить им отгородиться от жизни и людей, отстраниться от чувств в попытке избежать повторения боли. Как должен вести себя терапевт при работе с людьми, пережившими серьезные потери?

Один мой коллега рассказал, что его жена, с которой он прожил 40 лет, умерла после долгой и мучительной борьбы с раком. «Я знаю, ей было очень больно, смерть стала для нее избавлением. Однако с того дня прошло больше восьми месяцев, а я не могу с этим смириться». Я ответил: «Возможно, ты не это хочешь услышать от меня, но, я надеюсь, ты никогда с этим не смиришься и всегда будешь оплакивать смерть жены. Ведь ты потерял дорогого человека, свою жену и мать своих детей. Это нельзя забыть. Также я надеюсь, что ты найдешь силы жить дальше и что в твоей жизни будет столько же смысла и любви, сколько в ней сейчас боли. Там, где есть любовь, есть и страдания, потому что терять любимых всегда больно. Насколько сильна любовь, настолько сильна и боль утраты. *Смысл в том, чтобы прожить жизнь, в которой было бы что терять*».

Он плакал, слушая меня, а затем обнял. И я осознал, что в страдании заложен глубокий смысл. Идея прожить жизнь, в которой было бы что терять, означает, что то, чем и ради чего человек живет, настолько дорого, что подразумевает боль от потери.

Другой пациент в возрасте 12 лет потерял отца: «Я все еще помню свое состояние, когда мне сказали о его смерти. Думаю, я до сих пор не оправился». Я предложил ему подумать о том, что не стоит мириться с потерей. Вместо этого лучше принять ее, признав, что чем дороже был человек, тем острее утрата. Я сказал: «Вы предпочли бы никогда не иметь отца, чтобы так не страдать?» Пациент со слезами ответил, что очень любил его, поэтому ему так больно. Я высказал следующую мысль: «Иногда боль утраты напоминает о том, что нам очень повезло иметь такого человека в своей жизни, пусть и не так долго, как хотелось бы. Страдания – часть жизни, и в ней есть воспоминания о людях, которых мы любили, и о том, как мы были счастливы с ними».

Важно помочь пациентам понять, что им необязательно «мириться» с потерей и «двигаться дальше». Можно и нужно сохранить память о любимых в полном объеме, включая и счастливые, и печальные моменты.

Месяц благодарности

Опытным путем доказано, что умение быть благодарным снижает риск депрессии и улучшает физическое и эмоциональное состояние. Было проведено исследование среди учащихся колледжа. Молодых людей разделили на группы: одну попросили каждый день записывать ситуации, когда они благодарили кого-то; другая группа должна была просто описывать, как прошел день (Emmons & Mishra, 2011). Ежедневно отмечать моменты благодарности оказалось полезно для улучшения самочувствия, однако еще больший эффект благодарность оказывала на достижение поставленных целей.

Один пациент, занимающийся продажами, сначала выражал беспокойство по поводу своего заработка, но, применив метод благодарности, признался: «Когда я думаю о том, за что благодарен, кажется, беспокоиться не о чем». Благодарность воспринимается как плата за неожиданный успех. Ее выражают, если какая-либо значимая ситуация разрешается наилучшим для человека образом, когда подобный исход не предполагался. Благодарность в качестве ритуала присутствует во многих религиях. Например, утренние благодарственные молитвы во славу Всевышнего есть в иудаизме, христианстве и исламе. Молитвы перед приемом пищи, во время религиозных служб в том числе посвящены благодарности. В США и Канаде есть национальный праздник – День благодарения. В древнем Иране, задолго до ислама, было много праздников, посвященных благодарности, например Новруз

(благодарение новому году), Мехреган (благодарение любви и справедливости), Тирган (благодарение воде), Азарган (благодарение огню) и Сепандган, или Эспандган (благодарение женщинам). В христианстве таинство причастия буквально означает «благодарение». В повседневной жизни мы благодарим даже за незначительные вещи (придержали дверь) или подарки. Таким образом, не благодарить – значит быть невежливым, это вызывает осуждение.

Упражнения по выражению благодарности довольно популярны в позитивной психологии (Селигман, 2002). Терапевт использует эту технику, чтобы помочь пациенту признать то позитивное в жизни, что остается незамеченным.

Терапевт: Иногда мы принимаем происходящее с нами как должное. Считаем, что так и должно быть. Мы пользуемся Интернетом, пишем сообщения друзьям, смотрим телевизор. Не задумываемся о том, какую вкусную пищу едим. А что если закрыть глаза и попробовать ощутить, насколько вы благодарны за возможность вкусно есть?

Пациентка (закрыв глаза): Хорошо, я думаю о еде. Уже чувствую, какая я голодная.

Терапевт: Подумайте о еде и скажите: «Я благодарна за то, что у меня есть пища и я не голодаю».

Пациентка (повторяет за терапевтом).

Терапевт: Теперь представьте то же самое по отношению к своему спутнику и скажите: «Я благодарна за то, что ты есть в моей жизни».

Пациентка: Хорошо.

Терапевт: Теперь попробуйте представить, что я – ваш молодой человек, и скажите, за что вы мне, то есть ему, благодарны.

Пациентка: «Ты принимаешь меня такой, какая я есть. Ты заботливый. Ты умеешь слушать. Ты уважаешь мою мать. Я люблю твой смех».

Терапевт предлагает пациенту произносить слова благодарности четыре раза в день в течение месяца. Очень полезно делать это в письменном виде – так усиливается эффект. Можно обратиться к прошлому и поблагодарить за каждый прожитый день, встречу с людьми и за ситуации. Пациент может писать короткие записки благодарности, адресованные людям или событиям. В некоторых случаях можно даже отправить письмо или выразить благодарность лично. Если человека нет в живых либо связаться с ним нет возможности, можно выразить благодарность мысленно, использовать ролевые упражнения или написать воображаемое письмо.

Терапевт: Если бы вы решили написать письмо с благодарностью вашей бабушке, которая умерла много лет назад, о чем бы оно было?

Пациент: «Я благодарен тебе за то, что ты была в моей жизни. Ты всегда была внимательной и нежной, заботилась обо мне, целовала меня. Я любил твою стиральную машину, любил тебя. Я тебе очень благодарен».

«Эта замечательная жизнь»

Некоторые пациенты думают: «Моя жизнь не удалась. Я ничего не добился. Мне нечем похвастаться. Я никто». Подобное самоуничижение может привести к мысли, что незачем жить, что в жизни нет смысла. Заявляя, что жизнь не удалась, человек имеет в виду, что он не достиг поставленных целей: у него нет семьи, богатства, славы, власти и т. д. В противовес столь прагматичному взгляду на жизнь терапевт может предложить пациенту обратить внимание на людей, которые оказывали на него влияние: «Как вы стали тем, кто вы есть? Кто оказал на вас влияние? Кто переживал за вас? Какое участие вы принимали в жизни других людей?»

Данный подход основан на кинофильме Фрэнка Капра «Эта замечательная жизнь» (1946). Актер Джеймс Стюарт сыграл Джорджа Бейли – владельца почти разорившейся кредитной компании. На помощь ему приходит ангел-хранитель Кларенс Одбоди, роль которого сыграл Генри Трэверс. Бейли подумывает о самоубийстве, но Одбоди помогает Бейли, позволяя увидеть мир, в котором он не существует. В результате Бейли понимает, насколько его жизнь важна для города и людей.

Терапевты, читающие эту книгу, пожалуйста, ответьте на вопрос: «Как бы вы применили эту технику к себе? Как изменилась бы жизнь людей, если бы вы не существовали? Если бы ваш пациент на грани самоубийства, которому вы помогли выйти из депрессии, никогда не обратился к вам за помощью? Пациент с паническим расстройством, которого вы вывели из этого состояния, никогда не попал бы к вам на прием?» Подумайте, сколько супружеских пар вы уберегли от развода; сколько детей появилось на свет, потому что вы помогли их родителям встретиться; обо всех тех людях, которым вы оказали поддержку и которые благодарны за то, что вы есть: о друзьях, родственниках, пациентах. Им вас будет не хватать. Вы нужны.

Можно слегка изменить точку обзора и посмотреть, кто из окружения важен для нас: «Кто изменил мою жизнь? Кто помогал мне?» Это могут быть родители, братья и сестры, учителя, врачи, друзья или кто-то еще, в настоящий момент значимый для вас. Когда человек осознает важность себя для окружающих и окружающих для себя, к нему приходит понимание, что даже если что-то в жизни не ладится, он сам и его жизнь принадлежат не только ему.

Терапевт: Посмотрите на вашу жизнь и скажите, кто оказал на нее влияние? Это может быть что-то значительное и не очень, но это позволит понять, что мы безразличны, о нас заботятся, что наша жизнь связана с жизнью других людей.

Пациент: Когда я был ребенком, самым важным человеком для меня была моя мать. Она и сейчас много значит для меня.

Терапевт: Вы можете вспомнить что-нибудь особенное, связанное с ней?

Пациент: Помню, когда мне было лет девять, в школе меня дразнили. И она сказала мне, что все будет хорошо, что дети просто глупые, но не весь класс такой. Она обняла меня. Я до сих пор помню это.

Терапевт: Как еще ваша мать повлияла на вас?

Пациент: Она часто играла со мной. Отец много работал и приходил домой поздно, а мама и я играли. Она часто смеялась, иногда пела, танцевала и смешила меня. Иногда я ей подпевал.

Терапевт: В течение недели или двух попробуйте вспомнить, кто еще повлиял на вас. Это могут быть другие члены семьи, друзья, учителя, прохожие, даже телеведущие, актеры либо литературные герои. Подумайте, как они изменили вас. Я хочу, чтобы вы поразмышляли о том, насколько тесно мы связаны с другими людьми и как они на нас влияют.

Пациент: Хорошо. Среди них много людей, о которых я давно ничего не слышал.

Терапевт может предложить пациенту ежедневно записывать свои воспоминания о людях (или событиях), оказавших на него позитивное влияние. Также полезно письменно выражать благодарность. Например: «Спасибо за то, что ты играла со мной, когда я был ребенком», «Спасибо за то, что вдохновлял меня, учитель». Можно выразить благодарность за события и свои эмоции: «Благодарю закат за благоговейный трепет, который я испытал при виде подобной красоты».

Добродетель и справедливость: стать человеком, достойным собственного уважения

Вопрос ценностей вызывает интерес довольно давно. Ему посвящали свои труды еще философы Древней Греции и Рима (Аристотель, Платон, Эпиктет, Сенека, Цицерон). Для них понятие «ценности» было равнозначно понятию «добродетель», под которой подразумевались такие черты характера, как смелость, честность и самообладание. Родоначальником этого направления мысли, на протяжении двух тысяч лет господствовавшего в западной философии и религии, считают стоицизм. Терапия эмоциональных схем тоже не обошла вниманием вопрос добродетели. Она разделяет классическую точку зрения (высказанную Аристотелем), согласно которой добродетелью признаются сострадание, доброта и справедливость (как ее представил в 1971 году в своих трудах американский философ Джон Ролз) – именно наличие этих качеств в человеке отвечает за тот или иной морально-этический выбор. Аристотель (1984/1995) считал добродетелью качества личности, вызывающие одобрение и восхищение со стороны, следовательно, цель человека – стать объектом собственного восхищения. Я считаю полезным задавать пациентам простые вопросы типа: «Какие черты характера вам нравятся в людях?», «Как вам стать человеком, которым вы будете восхищаться?»

По Аристотелю, главными добродетелями являются смелость, умеренность, великодушие, щедрость, благородство, разумное честолюбие, добродушие, вежливость, искренность, остроумие, скромность и оправданное негодование. Аристотель считал, что добродетель должна представлять собой золотую середину между двумя крайностями – избытком и недостатком. Так, недостатком щедрости является скардность, а ее избыток – вульгарность.

Пациенту можно предложить перечислить качества (особенности поведения), которые ему не нравятся в людях.

Терапевт: Опишите мне человека, который вам категорически не нравится. Так мы пойдем, какие качества личности вы цените.

Пациент: Мне не нравится Нэд. Он грубиян и задирает людей; он расист и издевается над теми, кто слабее его. Я его не выношу.

Терапевт: Назовите черты характера Нэда, которые вам не нравятся.

Пациент (*перечисляет эти черты*).

Терапевт: Получается, в Нэде нет почти ничего из того, что вы цените в людях. Он не великодушный и не щедрый, раздражительный, грубый и чересчур обидчивый. Мы можем использовать Нэда как отрицательный пример, противоположность качествам, которые вы цените.

Или пациента можно попросить поразмышлять над ценными для него качествами более абстрактно.

Терапевт: Чтобы разобраться, какие качества имеют для вас ценность, представьте себе образ человека, вызывающего у вас восхищение. Например, вам нравится человек, обладающий внутренней дисциплиной?

Пациент: Да.

Терапевт: Если это качество нравится вам в людях, хотели бы вы видеть его в себе?

Пациент: Да, я хотел бы быть более собранным.

Терапевт: Хорошо. Теперь нужно применить это качество на практике. Чем больше, тем лучше. Подумайте, в каких ситуациях вы могли бы это сделать?

Пациент: Прием пищи – я часто не могу себя контролировать. А еще занятия спортом. Я всегда нахожу себе оправдание: слишком устал, нет желания, мне тяжело.

Терапевт: Значит, самодисциплина поможет вам поддерживать себя в хорошей физической форме. А что насчет работы?

Пациент: Да, я часто откладываю дела на потом и зря трачу время.

Терапевт: Попробуйте составить список качеств, которые вы хотите выработать в себе, и начните работать над ним на следующей неделе.

На рис. 9.1 дан примерный образец таблицы для заполнения. Внесенные данные помогут пациенту определить образ человека, которым он мог бы восхищаться. Это особенно полезно тем, у кого данный образ еще не сложился. Например, мысленно проигрывая сцену неверности, пациент может объяснить ее отсутствием порядочности и самоконтроля – качеств, которые лежат в основе любых отношений. Ценность тех или иных качеств для человека можно определить по степени эмоционального напряжения. Формируя привлекательный образ, пациент может понять, что ему мешает, скажем, иметь те отношения, которые он хочет. В терапии эмоциональных схем выбор ценностей рассматривается в рамках понятия о добродетели, а именно таких ее составляющих, как справедливость и честность.

Инструкция. В течение недели записывайте примеры личностных качеств. Рядом отмечайте, как данное качество проявилось в вашем поведении. Пример поведения – оказываю поддержку друзьям, качество – сопереживание. Пример поведения – упорно работаю, качество – самодисциплина. Какие еще качества вы хотите в себе развить? Запишите их в свободные графы и работайте с ними по схеме.

	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб.	Вс.
Самодисциплина							
Смелость							
Сдержанность							
Великодушие							
Щедрость							
Благородство							
Разумные амбиции							
Добродушие							
Вежливость							
Искренность							
Остроумие							
Скромность							
Разумное негодование							
Сострадание							

Рис. 9.1. Работа над достоинствами и моральными качествами

Концепцию справедливости выдвинула американский философ Марта Нуссбаум (2005). Согласно ей, такие качества личности, как сострадание и забота о наиболее уязвимых представителях общества (детях, инвалидах), нужно закреплять в качестве основ человеческого общения.

В задачи данной книги не входит рассмотрение глубинного значения и смысла добродетели, справедливости, сострадания, других качеств. Моя цель – раскрыть оценивающую роль эмоций и моральный компонент этой оценки; помочь пациентам определить свои достоинства и добродетели, ориентируясь на собственные эмоции.

Список качеств пациент должен составить сам. В таблице представлен примерный перечень.

Вывод

Модель эмоциональной схемы не позволяет ограничивать себя оценочными реакциями в диапазоне «ценно – нейтрально». Ориентируясь на свой эмоциональный отклик, можно

сделать вывод о том, насколько важны для нас определенные события и ситуации. Над эмоциональным состоянием можно и нужно работать. Если этого не делать, жизнь будет полна трудностей, страданий и бесконечных преодолений. Например, рожая ребенка, женщина испытывает физическую боль, но, с другой стороны, это одно из самых значимых событий ее жизни. В рамках терапии принятия и ответственности поиск смысла жизни – ключевой этап. Терапия эмоциональных схем предлагает не только ставить перед собой цели, но и работать над сильными чертами личности, моральными качествами и этическими принципами. Возможно, кому-то из пациентов захочется пропустить данный этап работы, что само по себе многое говорит о человеке. Но модель, о которой идет речь, помогает терапевтам вести за собой пациента в нужном направлении.

Действительно, раскрыв для себя смысл жизни, человек получает возможность изменить свое поведение и обрести новые отношения. Даже утраты начинают восприниматься иначе. Так, у пожилой женщины в результате продолжительной болезни умер муж. Эта потеря вынудила ее внести изменения в свою жизнь, подтолкнула к поиску новых знакомств и занятий. Более того, смерть мужа не означала для нее потерю связи с ним: «Воспоминания – ниточка, которая не дает потерять человека навсегда».

Часть IV

Социальные эмоции и социальные отношения

Глава 10

Ревность

Берегитесь ревности, синьор.

То – чудище с зелеными глазами,

Глумящееся над своей добычей.

Блажен рогач, к измене равнодушный;

Но жалок тот, кто любит и не верит,

Подозревает и боготворит!

У. Шекспир. Отелло (акт 3, сцена 3)

Ревность – чувство, убивающее и разрушающее отношения. Даже в наименее выраженной форме она может привести к психологическому и физическому насилию, преследованию и постоянным допросам партнера, выяснению отношений, непрекращающемуся беспокойству и тревожным размышлениям. Я определяю ревность как чувство, переживаемое одним из партнеров по поводу стабильности своих отношений в связи с возможной неверностью другого партнера. Ревность часто сопровождается такими чувствами, как страх, тревога, уныние и беспомощность. Ревнивый муж может воспринимать любого мужчину, с которым заговорила его жена, как угрозу их отношениям, а сам факт общения – как личное оскорбление, достойное мести. В ход могут пойти оскорбления и унижения в адрес предполагаемого соперника либо жены. Или оскорбленный супруг будет требовать у супруги подтверждений любви и верности. Ревнуя, человек убивает чувства в себе и в партнере.

Ревность связана с проявлением агрессии (O'Leary, Smith Slep & O'Leary, 2007) и жестокости (Dutton, van Ginkel & Landolt, 1996) как у мужчин, так и у женщин. И это правда, ведь большинство убийств в супружеских отношениях совершаются на почве ревности (Daly & Wilson, 1988). Что касается гендерной принадлежности, исследования не дают четкого ответа о том, кто больше подвержен ревности – мужчины или женщины. В обоих случаях патологическому проявлению ревности способствует употребление алкоголем (Dutton et al., 1996).

Грегори Уайт, психолог Национального университета в Реддинге (Калифорния, США), предложил рассматривать ревность с точки зрения трех компонентов: когнитивного, поведенческого и эмоционального (White, 1980, 1981; White & Mullen, 1989). Данная модель определяет зависимость между степенью эмоциональных и других вложений в отношения со стороны партнеров (незначительные, средние и очень высокие) и ревностью. Так, зарождающиеся отношения не предполагают больших эмоциональных и других затрат со стороны партнеров, а значит, вероятность возникновения ревности минимальна. В доверительных устоявшихся отношениях, в которых отсутствует неопределенность, ревность тоже маловероятна. Knobloch, Solomon & Cruz (2001) предложили включить в данную модель такое понятие, как «степень неуверенности в отношениях». Согласно их версии, модель ревности складывается из таких элементов, как наличие или отсутствие обязательств, степень неуверенности в отношениях и тип привязанности. Они предположили, что ревность с большей долей вероятности возникнет там, где есть неуверенность в отношениях и болезненная привязанность.

Кроме того, ревность связана с заниженной самооценкой (Guerrero & Afifi, 1999), выраженной в виде склонности к зависимым отношениям (Ellis, 1996) и пониженного уровня серотонина (Marazziti et al., 2003). В рамках когнитивно-поведенческого подхода при работе с ревностью упор делается на коррекции либо изменении дисфункциональных убеждений и установок (Bishay, Tarrier, Dolan, Beckett & Harwood, 1996; Dolan & Bishay, 1996; Ellis, 1996). Однако эти подходы ограничиваются традиционным обзором дисфункциональных мыслей, не принимая во внимание новую точку зрения на данную проблему. В нашей совместной работе мы с коллегами представили интегративную когнитивно-поведенческую модель ревности, в рамках которой она рассматривается с позиций традиционной когнитивной теории Бека и метакогнитивных моделей, с точки зрения принятия, осознанности и эмоциональных схем (Leahy & Tirsch, 2008).

Психологи часто рассматривают ревность как иррациональное, негативное и деструктивное эмоциональное состояние, являющееся результатом заниженной самооценки и нарушения привязанности. Также ревность может быть итогом неадекватной самооценки. Лично я – сторонник более всесторонней модели ревности как эмоционального состояния, где большое внимание уделяется понятию ценности обязательств и влиянию родительского вклада в потомство.

Зависть тоже рассматривается как одно из самых нежелательных чувств. Человек завидует тому, чего, как он уверен, нет у него самого. Сравнивая себя с идеальными другими, он чувствует себя ничтожеством. Таким образом, успехи других людей заставляют этого

этого человека думать о себе плохо, и у него возникает желание эти успехи обесценить. Хотя зависть является одной из тех эмоций, которых люди обычно стыдятся, в главе 11 я

представляю свои размышления о том, что зависть испытывает почти каждый и из нее тоже можно извлечь пользу.

Слова «ревность» и «зависть» часто взаимозаменяемы, но между этими понятиями есть существенная разница. Согласно определению, данному в *Oxford English Dictionary*, ревность сопровождается «убеждением, подозрением или опасением по поводу того, что то, что человек так сильно желает для себя, досталось либо может достаться другому; чувством обиды и негодования по поводу возможного превосходства другого». Муж может ревновать жену к другому мужчине, либо женщина может испытывать чувство ревности из-за того, что ее успех приписали другому сотруднику. Ревность часто ассоциируется с угрозами, недоверием, подозрительностью и уверенностью в том, что интересы человека нарушены.

Понятие «ревность» обычно используют применительно к романтическим отношениям, а главным опасением является потеря привязанности. Понятие «зависть» больше имеет отношение к потере социального статуса в результате чьего-либо превосходства.

В *Oxford English Dictionary* зависть определяется как «чувство унижения и досады, вызванное превосходством, благополучием другого, желанием иметь то, что у другого». Зависть возникает в результате социального сравнения и вызывает падение самооценки; успех другого заставляет чувствовать собственную ничтожность и вызывает желание обесценить заслуги этого другого. Люди, страдающие от зависти, обеспокоены своим статусом в рамках социальной системы, полагая, что успех других негативно скажется на их положении. Можно выделить зависть депрессивную («Рядом с ним я чувствую себя неудачником») и враждебную («Думаю, он добился повышения нечестным путем»). Многим людям свойственно испытывать депрессивную и враждебную зависть одновременно.

Ревность может сопровождаться завистью, если есть подозрение, что объект ревности имеет некие достоинства и преимущества. Например, один человек может завидовать другому из-за того, что, как ему кажется, тот более успешен и лучше выглядит. Эта зависть может привести к ревности в дружеских либо романтических отношениях. Разница между ревностью и завистью в том, что ревность чаще связана с более сильными эмоциональными переживаниями по поводу неотвратимой угрозы отношениям, в то время как зависть воспринимается не так остро и с менее значительными последствиями.

В данной главе я представляю интегративную модель терапии эмоциональных схем ревности. Здесь и в главе 11 я объясняю возникновение ревности особенностями эволюционной адаптации. Ревность – итог родительского вклада в потомство, в то время как зависть – неотъемлемый компонент в иерархии доминирования.

Эмоциональные схемы по работе с ревностью

Принятие ревности

Как говорилось ранее, целью терапии эмоциональных схем является работа с принятием сложных эмоциональных состояний. Некоторые люди полагают, что ревновать недопустимо, так как ревность свидетельствует о наличии серьезного психологического расстройства. Например, молодая женщина ревнует своего молодого человека из-за его встречи с бывшей девушкой: «Что со мной не так? Я ревную, злюсь. Он говорит, что эта встреча ничего не

значит, что они просто друзья, но я знаю, у нее планы на моего молодого человека. Я ей не доверяю. Зачем им встречаться?» Потом она начинает отрицать собственные чувства: «Я не хочу, чтобы парни болтали про меня, будто я не уверена в себе». Пациентка полагает, что ревновать может только неуверенная в себе женщина с заниженной самооценкой, что для ревности не может быть оправданий и всегда нужно держать себя в руках.

Терапевт: Значит, то, что вы ревнуете, означает, что с вами что-то не так и для вашей ревности нет оснований?

Пациентка: Да, что со мной не так? И все же я не понимаю, зачем он с ней встречался.

Терапевт: Интересно, ваши подруги тоже ревновали бы своих мужчин к бывшим?

Пациентка: Конечно. Моя подруга Жанин сказала: «Что это с ним? Он же с ней расстался. Я была бы в бешенстве».

Терапевт: Значит, вы не одна такая?

Пациентка: Возможно. Но что мне делать – ревновать или нет?

Терапевт: Вы имеете право на эти чувства. Это ваши чувства. То же самое испытывает множество людей. Может, стоит принять тот факт, что вы ревнуете. А еще подумать, как иначе воспринимать подобные ситуации, чтобы не создавать себе проблем.

В результате пациентка начинает понимать, что и другие люди испытали бы ревность в похожей ситуации, что в этом нет ничего странного. Напротив, ревность – довольно распространенная реакция.

Профессор психологии Дэвид Басс, занимающийся эволюционной психологией, как-то признался, что, будучи студентом колледжа, думал: «Если моя девушка захочет заняться сексом с другим, это будет ее выбор; это ее дело. Какое право я имею ей это запрещать?» Затем, когда у него и правда появилась девушка, он изменил точку зрения (Buss, 2000; Buss, Larsen, Westen & Semmelroth, 1992; Buss & Schmitt, 1993). Эволюционная модель ревности основана на «теории родительского вклада в потомство». Так, человек будет более обязательным в отношениях (нести ответственность, заботиться о детях и т. д.), если есть генетическое родство (Trivers, 1971, 1972). Например, мы более обязательны по отношению к своим биологическим детям, чем к чужим. Наш вклад – в том, чтобы передать собственные гены дальше и позаботиться о сохранении потомства. Ревность в данном случае выступает как механизм защиты генетического вложения. Если женщина изменяет партнеру и вступает в интимные отношения с разными мужчинами, рано или поздно у ее партнера возникнет вопрос, кто стал биологическим отцом ее детей и о своем ли потомстве он заботится. Его отцовский вклад под угрозой. Если мужчина беспорядочен в связях, у женщины возникают сомнения насчет того, будет ли он нести обязательства по отношению к своему потомству. Каждый участник диады вносит свой родительский вклад и несет обязательства. Третья сторона всегда представляет угрозу и может быть изгнана ревнивым партнером, при этом неверного партнера, вероятно, ждет наказание.

В терапии принять ревность поможет знание о том, что в первобытный период, когда беспорядочные связи были нормой, а чувство ревности еще не сформировалось, была велика вероятность потратить ресурсы на воспитание чужого потомства. Ревность, таким образом, направлена на защиту ресурсов. Некоторые данные свидетельствуют о том, что ревность не связана с угрозой стабильности отношений, в других – может говорить о значительно большем вкладе со стороны ревнующего партнера (Sheets, Fredendall & Claypool, 1997). Иногда вызвать ревность у партнера – значит получить подтверждение его заинтересованности. Наконец, чаще всего интерес вызывает не объект и предмет ревности, а поведенческая реакция человека на собственную ревность как свидетельство наличия у него определенных личностных проблем. Человек может ревновать, отказываясь разбираться в себе, обвиняя партнера и лишая его своего внимания.

Чувство ревности проявляется не только в романтических отношениях, но и в дружбе, в работе. Друг может ревновать друга из-за того, что тот больше времени проводит в другой компании. В любом случае ревность возникает там, где значимые отношения и интересы одной из сторон оказываются под угрозой. Например, студент колледжа ревнует своего друга к общению с другими студентами; он боится, что, потеряв друга, будет вынужден проводить время один. Это не похоже на модель родительского вклада в потомство, но и в данной ситуации ревность возникает из опасения, что усилия, затраченные на выстраивания отношений одной из сторон, пропадут зря, а бонусы достанутся третьей стороне. Вместе с тем неважно, возникла ревность в романтических, дружеских или деловых отношениях, поскольку методы терапии эмоциональных схем при работе с ней универсальны.

Принять ревность как естественное эмоциональное состояние помогут похожие примеры из музыкальных и литературных произведений, кинофильмов, телевизионных передач и даже из мифологии. Классическими примерами являются трагедия Шекспира «Отелло» и мифы Древней Греции (богиня Гера ревнует Зевса, бога неба и своего супруга, к Ио, дочере бога реки Инаха). В иудаизме даже Всевышнему не чужда ревность, ведь данное религиозное течение признает лишь одного Бога. В связи с этим возникает вопрос: «Если даже Бог ревнив, почему нельзя тебе?»

Признать свое право на ревность

Вместо того чтобы при работе с ревностью сразу приниматься за разбор дисфункциональных и иррациональных мыслей пациента, терапевту стоит сначала продемонстрировать понимание его чувств по отношению к ситуации. Например, терапевт может сказать пришедшей на прием женщине: «Я понимаю, почему вы ревнуете своего партнера к его бывшей девушке. Вас беспокоит то, что он может увлечься кем-то другим. А я знаю, что верность и обязательства для вас очень важны. Ваша ревность вполне оправдана» или «Многие

«Многие почувствовали бы себя так же в подобной ситуации». Терапевт способен помочь пациенту признать важность своих чувств: «Очень важно не критиковать себя, а признать свое право на ревность». Но это не значит постоянно мучить себя поисками причин своего поведения.

Критерии оценки в терапии эмоциональных схем и ревность

Многие критерии оценки в терапии эмоциональных схем, описанные ранее, можно использовать в работе с ревностью. Как уже было сказано, важно признать свое право на

эмоции, ведь довольно часто люди думают, что ревность продлится вечно, что она не поддается контролю, что ее нужно немедленно остановить, так как в ней нет смысла, она недопустима и неприемлема. Некоторые люди даже испытывают чувство вины или стыда.

Все страхи усиливаются при мысли: «Если я боюсь, значит, это и правда опасно». Так и в случае с ревностью кажется, что чем интенсивнее эмоции, тем реальнее угроза. Подобные эмоциональные рассуждения лишь закрепляют ревность как реакцию и приводят к тому, что мысли о ней запускают соответствующие эмоции, и наоборот. Однако несмотря на то, что человек при оценке реальности ориентируется на свои эмоции, у него может возникнуть встречное убеждение, что он не должен терпеть невыносимые эмоции (Leahy, 2002, 2007a). В итоге появляется мысль, что если ревность не поддается контролю, это плохой знак. Человек начинает отрицать наличие амбивалентных чувств к партнеру либо у партнера к нему. В этой ситуации можно использовать следующие критерии оценки.

Длительность. Может ли ваше чувство ревности подниматься, утихать или даже пропадать само собой? Уходит ли чувство ревности, если вы на что-то отвлекаетесь? Если бы вы знали, что ваше чувство ревности временно, вам стало бы легче?

Например, пациент может обнаружить, что он меньше мучается от ревности, если занят работой, общением с друзьями либо чем-то еще.

Контроль. Вы считаете, что ваше чувство ревности не поддается контролю. Многие думают, что погасить чувство ревности можно, если потребовать объяснения у партнера.

Терапевт может спросить: «Есть ли взаимосвязь между чувством ревности и проблемным поведением? Например, можно ли испытывать чувство ревности и не устраивать допрос своему партнеру, не пытаться его наказать? Можно ли чувствовать одно, а вести себя при этом иначе?»

Единодушие. Если ревность – универсальная эмоция и связана с эволюционной адаптацией, значит ли это, что вы не одиноки, испытывая это чувство?

Осознание, что ревность – универсальная эмоция, помогает принять и признать свое право на нее.

Принятие. Если бы вы признали за собой право иногда испытывать чувство ревности, не пытаясь критиковать себя и не желая немедленно избавиться от этого чувства, вам бы это помогло? Что если сказать себе: «Да, иногда я ревную. Это приходит и уходит». Принять чувства в себе не означает, что эти чувства должны быть приятными. Признать – значит согласиться с тем, что эти чувства имеют право на существование.

Ключевые установки, предубеждения и сценарии поведения

В некоторых случаях ревность возникает у людей при наличии определенных установок и убеждений насчет себя и других. Человек может считать себя непривлекательным, неправильным, неудачником или требующим особого подхода. Другие воспринимаются как не вызывающие доверия, отвергающие, ненадежные, склонные к манипуляциям и недостой-

ные. Например, человек, убежденный в своей сексуальной непривлекательности, чаще всего будет испытывать чувство ревности (Dolan & Bishay, 1996). Убеждения насчет других могут выглядеть так: «Мужчинам нельзя доверять», «Женщины склонны к манипуляциям». Человек может иметь предубеждения насчет отношений типа: «Моему партнеру не должен нравиться никто, кроме меня», «Я должен знать, о чем думает и что чувствует мой партнер», «Если у нас возникнут разногласия, мой партнер меня бросит» или «Я пропаду без этих отношений».

В результате подобных установок мысли и чувства человека развиваются по определенному сценарию. Склонный к ревности человек, скорее всего, будет воспринимать любую нейтральную информацию как угрозу отношениям, уходить в когнитивные искажения и делать неправильные выводы («Он ей нравится»), относить что-либо на свой счет («Он читает газету, потому что больше не считает меня привлекательной и интересной»), прогнозировать («Она хочет меня бросить») или обобщать («Он всегда так делает»). Избирательные негативные мысли на свой счет приводят к неутешительным выводам: «Со мной скучно», «Я становлюсь старой и непривлекательной», «Я обуза».

В традиционной когнитивной психотерапии используются техники по работе с автоматическими мыслями, предубеждениями и глубинными установками (Leahy, 2003a). Это может быть отслеживание характерного содержания своих мыслей, выявление логических несоответствий, изучение затрат и выгод, оценка достоверности, разыгрывание ролей, совет другу, выработка более адаптивного поведения (Leahy, 2003a; Leahy, Beck & Beck, 2005; Young et al., 2003).

Например, при работе со склонностью делать неправильные выводы и относить происходящее на свой счет пациента можно спросить, по каким признакам он определил, что его партнер заинтересовался третьей стороной и что их отношения не приведут ни к чему хорошему. Если пациент склонен прогнозировать наихудший исход, стоит поинтересоваться, как часто он оказывался прав и почему он уверен, что партнер потеряет к нему интерес.

Концептуализация случая

Как в когнитивно-поведенческой психотерапии, так и в терапии эмоциональных схем на первом этапе работы терапевту и пациенту важно установить терапевтический альянс (J. S. Beck, 2011; Kuyken, Padesky & Dudley, 2009; Needleman, 1999; Persons, 1993). На рис. 10.1 дана

рис. 10.1 дана общая схема концептуализации случая. Согласно ей, чувство ревности представляет собой эволюционный защитный механизм, необходимый для адаптации в определенных ситуациях. Данная эволюционная модель помогает признать «нормальность» ревности, придать ей значимость и принять право на существование. На схеме указаны значимые события детства и самостоятельной взрослой жизни пациента (например, брак родителей был под угрозой либо распался, измена/предательство во взрослых отношениях пациента), а также общекультурные ценности, лежащие в основе сексуальности, гендерных ролей и романтических отношений. Внутренние установки насчет своей личности находят отражение в мыслях по поводу собственной непривлекательности и уязвимости либо уязвимости и подверженности манипуляциям. Можно определить, откуда взялись некоторые внутренние установки в сфере отношений, например, такие: «Женщины (мужчины) не должны дружить с мужчинами (женщинами)» или «Самое главное в человеке – внешность».

Ситуационные триггеры могут быть нейтральными (посещение вечеринки), придуманными (чувство тревоги, когда партнер на работе) или провоцирующими (партнер ужинает с бывшей возлюбленной). Все эти факторы могут сформировать определенные когнитивные, эмоциональные, поведенческие и межличностные копинг-стратегии в ситуациях возможной угрозы отношениям. Например, партнера можно подвергнуть допросу или потребовать у него подтверждения привязанности; можно просматривать почту и переписку на телефоне, критиковать и высмеивать предполагаемого соперника, отмалчиваться, жаловаться, угрожать, уходить из дома, унижать партнера и т. д. Задача терапевта – понять причину такого поведения пациента. Например, чего он хочет добиться, критикуя партнера и лишая его общения, и чем чревато подобное поведение.

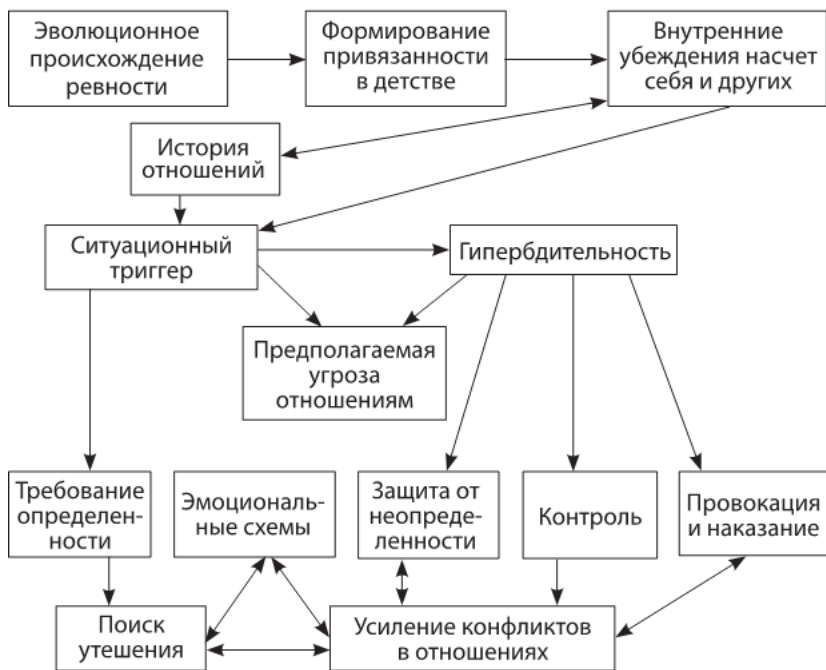


Рис. 10.1. Концептуализация случая ревности

Концептуализация случая ревности была проведена на примере работы с женщиной, переживающей по поводу того, что ее партнер теряет к ней интерес. Терапевт объяснил адаптационное значение ревности в рамках эволюции как механизма защиты родительского вклада в потомство, проведя параллель с ревностью как универсальной стратегией защиты собственных интересов. Внутренние убеждения пациентки насчет себя содержали следующие мысли: «Со мной скучно» и «Я мало забочусь о наших отношениях». Внутренние убеждения насчет партнера: «Он всегда на коне» и «Он почти безупречен». При разборе истории ее семьи выяснилось, что отец и мать пациентки были верны друг другу, но мать была обеспокоена своим внешним видом и постоянно требовала подтверждения своей привлекательности у всех, включая дочь. Так обнаружили следующие предубеждения пациентки и ее родственников: «Женщина обязана прилагать усилия, чтобы удержать мужчи-

ну» и «Женщина без мужчины – ничто». Пациентка постоянно устраивала сцены своему партнеру, критиковала других женщин и обижалась.

Ценность концептуализации случая в том, что используются разнообразные критерии оценки в терапии эмоциональных схем и есть целевые объекты для интервенции. Например, концептуализация случая помогает найти смысл в ревности и ввести ее в рамки нормы, а также донести до пациента мысль, что он не одинок; выявляет триггеры и автоматические мысли; разоблачает травмирующие схемы поведения; помогает отделить ревность как эмоцию от компенсаторного поведения в состоянии ревности; определяет ревность как состояние выраженного беспокойства; наглядно демонстрирует, как ревность может поставить отношения под угрозу.

Давайте подробно изучим элементы концептуализации и возможные интервенции по каждому пункту.

Ревность и ценности

Возникновению ревности способствует потребность человека в моногамии и соблюдении обязательств: «Если бы ты не был заинтересован в отношениях, ты бы не ревновал».

Терапевт: Иногда ревность говорит о том, что для человека крайне важны отношения, в которых есть верность, обязательства, честность и доверие. Это так?

Пациентка: Да, конечно.

Терапевт: Значит, тот факт, что вы ревнуете, означает, что отношения важны для вас. Вы серьезно относитесь к этому вопросу.

Пациентка: Это так.

Терапевт: Что если бы ваш партнер сказал вам: «Я думаю, каждый из нас волен делать все, что хочет. Если ты хочешь встречаться с кем-то еще, я не против». Если бы он и правда так сказал, что бы вы подумали?»

Пациентка: Я бы решила, что он говорит о себе, и не смогла ему доверять.

Терапевт: Значит, вы хотели бы, чтобы ваш партнер вас ревновал? Это означало бы для вас, что вы ему небезразличны?

Пациентка: Да. Если он не ревнует, ему нельзя доверять. Значит, я ему не важна.

Терапевт: Получается, у ревности есть как положительные, так и отрицательные стороны. Важно понять, что в ревности есть смысл, ведь она свидетельствует о значимости доверия и верности обязательствам.

Пациентка: Теперь мне гораздо легче принять себя такой.

Ревность и непродуктивные копинг-стратегии

Терапевт может помочь пациенту разделить чувство ревности и непродуктивное поведение: «Можно ли ревновать спокойно? Можно ли сделать так, чтобы чувство ревности не отразилось на поведении?» Ревнуя, человек считает, что он вправе вести себя определенным образом, контролировать партнера и требовать у него объяснений. Все это входит в понятие непродуктивных копинг-стратегий и осложняет ситуацию (Borkovec, Newman & Castonguay, 2003; Erickson & Newman, 2007). Сюда можно отнести и унижение потенциальных соперников, открытый конфликт с партнером и установление контроля над его действиями, подчинение партнеру, угрозу разрыва отношений, требования доказательств верности или злоупотребление веществами.

Терапевт: Вы можете описать ваши действия в момент ревности?

Пациентка: Иногда я устраиваю ему проверки, чтобы узнать, что он чувствует к кому-либо. Я могу спросить: «Ты считаешь ее привлекательной?» Или требую подтверждения его чувств ко мне: «Ты думаешь, я красивая?»

Терапевт: Значит, вам нужно убедиться, что вы по-прежнему нравитесь ему, а другая женщина нет? Что еще вы делаете, чтобы справиться с ревностью?

Пациентка: Иногда я могу флиртовать с другими мужчинами. Например, я знаю, что нравлюсь одному коллеге, и принимаю его ухаживания. Я знаю, нечестно ревновать своего партнера и при этом заигрывать с другими, но я так делаю.

Терапевт: Похоже на способ защиты, будто вы готовите себе отходные пути на всякий случай. Или вам нужно убедиться в собственной привлекательности.

Пациентка: И то и другое.

Терапевт: Что еще вы делаете?

Пациентка: Иногда я обижаюсь. Могу не разговаривать. Когда он меня спрашивает: «Что-то случилось?» – отвечаю: «Нет».

Терапевт: Будто хотите наказать его, заставить переживать и чувствовать себя виноватым, испытать его. «Если бы я его интересовала, он бы спросил, что случилось».

Пациентка: Да, именно так.

Терапевт может обсудить последствия этих копинг-стратегий. Они укрепляют отношения? Они приводят к ссорам? Получает ли человек необходимую поддержку? Ревность часто говорит о неуверенности в отношениях, а непродуктивное поведение вредит им еще больше. Если ревнивый партнер обижается, наказывает, проверяет и устраивает сцены, у другого партнера может возникнуть сомнение, нужны ли ему такие отношения. Ревность в данном случае выступает в роли самоисполняющегося пророчества, которое говорит о том, что отношения и правда в опасности.

Ревность можно рассматривать как форму проявления излишней тревоги или беспокойства. Это значит, что человек по своей природе обладает тревожно-мнительным характером и подвержен навязчивым мыслям; убежден, что угрозы и характерные для него копинг-стратегии защищают от унижения и что появляющиеся сомнения насчет партнера нельзя оставить без внимания (Leahy, 2005d; Leahy & Tirsch, 2008). Для человека в состоянии ревности невыносима любая неопределенность в отношениях, с которой он стремится справиться, требуя у партнера признания, подтверждения верности либо устраивая ему проверки. Данное поведение редко приводит к удовлетворительным результатам и запускает новую волну недоверия (Dugas, Gosselin & Ladouceur, 2001).

В состоянии ревности, как и в состоянии тревоги, неопределенность пугает страшными и необратимыми последствиями. Пациент может изводить себя мыслями наподобие: «Я никогда не смогу быть уверен в верности партнера». (Dugas et al., 2004; Leahy, 2005d). Однако и к подобным мыслям можно привыкнуть, тогда у пациента пропадает желание при каждом сомнении подвергать партнера допросу и наказанию.

Кроме того, для ревности, как и для тревоги, характерно обостренное чувство неуверенности в себе; убежденность в том, что ревность защищает от неопределенности, что мысли о ревности не поддаются контролю и от них необходимо избавляться; ожидание чего-то нехорошего. Таковы метакогнитивные убеждения и стратегии в случае тревоги, беспокойства и злости (Papageorgiou, 2006; Papageorgiou & Wells, 2001b; Simpson & Papageorgiou, 2003).

При работе с ревностью, как и при работе с тревогой или беспокойством, терапевт может использовать разные когнитивно-поведенческие техники (Leahy, 2005a, 2009a; Leahy, Holland & McGinn, 2012). Пациенту можно предложить подумать, каковы его затраты и выгоды от ревности, тревоги или беспокойства; выделить себе специальное время в течение дня для тревожных мыслей («время для тревоги»); подумать, действительно ли ревность выступает средством защиты; оценить, насколько обоснованны и логичны автоматические мысли.

Например, женщина может осознавать, что ее ревность вызывает злость и беспокойство, приводит к ссорам. Однако в ревности для нее есть и преимущества: она готова ко всему; может вовремя удержать партнера от опрометчивого поступка; всегда сможет перестраховаться и найти для себя партнера на замену. Терапевт помогает пациентке разобраться, так ли много пользы в ревности. Например, подумать над целесообразностью поведения в состоянии ревности: «Что вы могли бы сделать уже сегодня, чтобы ваши отношения стали более крепкими и надежными?» Если пациентка переживает о надежности отношений, в «список дел на сегодня» необходимо включить перечень продуктивных действий. Скажем, быть более внимательной к партнеру либо, что тоже важно, к себе (встречаться с друзьями, заняться благотворительностью и др.) – это снижает напряжение. Однако бывают ситуации, когда продуктивные действия невозможны, и пациенту приходится признать нецелесообразность ревности («Ваше беспокойство в данном случае не принесет пользу»). Здесь терапевту следует объяснить пациенту, что в жизни нужно принять три вещи: неопределенность, невозможность все контролировать и свои эмоции.

Часто люди, подверженные ревности, не в состоянии принять неопределенность как экзистенциальную данность. Терапевт может поинтересоваться, каковы затраты и выгоды в принятии неопределенности. Например, выгодой может быть ослабление чувства тревоги и ревности, возможность наслаждаться текущим моментом, уменьшение количества ссор и

ослабление чувства недовольства собой. Однако для многих пациентов принять неопределенность означает быть не готовым к неприятным последствиям. Тогда терапевт отмечает, что ничто не может гарантировать, что плохое не случится, и интересуется у пациента, каким образом тревога и ревность помогают ему контролировать неопределенность. Более того, во многих сферах жизни пациент принимает неопределенность (встреча с людьми, прием пищи, выполнение новых заданий, путешествия). Терапевт может предложить пациенту подумать, в чем затраты и выгоды ослабления контроля, и назвать варианты поведения и ситуации, связанные с ослаблением контроля. Наконец, терапевт может предложить пациенту постараться принять свои эмоции, а не пытаться от них избавиться, что уменьшит тревогу и беспокойства.

Терапевт: Похоже, вы расстроены из-за своего чувства ревности и хотите избавиться от него либо дать ему волю. Почему бы вам не разрешить себе испытывать ревность? Например, вы можете сказать: «Да, я признаю, что ревную».

Пациент: Но ревность меня изводит.

Терапевт: Верно, но вам станет легче, если вы примете это чувство.

Пациент: Как мне это сделать?

Терапевт: Представьте, что у вас расстройство желудка, но вы знаете, что это неопасно. Можно сказать себе: «Мне будет некомфортно какое-то время, но все нормализуется».

Пациент: Я могу попробовать. Но это непросто.

Терапевт: Принять эмоцию – не значит действовать под ее влиянием. Вы можете сказать себе: «Да, я ревную, но мне необязательно это демонстрировать».

Пациент: Это может быть нелегко. Когда я ревную, мне обязательно надо высказаться.

Терапевт: Я знаю. Теперь спросите себя, пойдет ли вам это на пользу. Что плохого случится, если вы не станете нападать на партнера?

Пациент: Будет только лучше.

Терапевт: Теперь вы понимаете, что такое просто испытывать ревность и не демонстрировать ее. В ваших интересах не предпринимать никаких действий, а лишь наблюдать.

Некоторые люди, страдающие от ревности, полагают, что, сказав или сделав что-то, они смогут предотвратить измену партнера: «Он должен знать, что ему за это будет». На деле же такие пациенты прекрасно понимают, что их партнеры знают о возможных последствиях и что контроль с их стороны (наказание или лесть) только навредит отношениям. Другие люди считают, что эмоции надо открыто выражать («Я хочу, чтобы он (она) знал(а) о моих чувствах»), не особо заботясь о форме выражения. Сюда входят обвинения или оскорбления в адрес партнера, что вызывает ответную реакцию, ставит отношения под угрозу и усиливает ревность. При этом в паре обязательно должны обсуждаться границы и рамки до-

пустимого поведения. Ревность и защита собственных интересов оправданны, если партнер действительно был уличен в измене.

Ослабить чувство ревности и обезвредить мысли

Как любая сильная эмоция, ревность представляет собой соединение мыслей, чувств и убеждений. Например, как было сказано ранее, испытывающий ревность человек мыслит следующим образом: «Я ревную, значит, что-то происходит». Подобные рассуждения значительно усложняют чувства и переживания в состоянии ревности, что отражается на поведении. Чтобы растождествить мысли и эмоции, запускающие и сопровождающие чувство ревности, ослабить силу их воздействия на человека, терапия эмоциональных схем использует как метакогнитивный подход, так и подход, основанный на принятии (Hayes, Strosahl & Wilson, 2003; Wells, 2009).

Как уже говорилось, у ревности много общего с тревогой и беспокойством. Человек в состоянии ревности считает, что гипервыраженная реакция поможет справиться с неопределенностью либо предотвратит наихудший вариант развития событий (Wells & Carter, 2001; Wells & Parageorgiou, 1998). Таким людям свойственно выраженное чувство неуверенности в себе, постоянный анализ своих мыслей и воспоминаний, связанных с ревностью. Как и в случае с повышенной тревожностью, здесь мы имеем дело, во-первых, с восприятием ревности как способа защиты, во-вторых, с убеждением в том, что ревность нельзя контролировать. Человек старается совладать с ревностью, подавляя ее, требуя опровержения у партнера либо избегая ситуаций, которые могут заставить его ревновать (Wells, 2004).

Терапевт может обратить внимание пациента на то, что мысли не всегда отражают реальность, следовательно, любую навязчивую мысль (например, «моему партнеру нравится кто-то еще») не стоит воспринимать всерьез. Для работы с чувством ревности и мыслями существуют эффективные техники мета-когнитивной психотерапии (Wells, 2009). Например, техника безоценочной осознанности помогает пациенту наблюдать свои эмоции и мысли как бы со стороны. Ревность можно представить в виде телефонного звонка, на который можно не отвечать, или как поезд, проходящий мимо, или как плывущие по небу облака (см. Wells, 2009). Задача в том, чтобы признать у себя наличие этих эмоций и мыслей и просто наблюдать за ними, не предпринимая активных действий. Важно растождествить мысли, эмоции и поведение. Безоценочная осознанность позволяет не погружаться в мысли и чувства ревности и не стремиться от них избавиться (Parageorgiou, 2006; Parageorgiou & Wells, 2001b; Simpson & Parageorgiou, 2003). Такие мысли и чувства могут существовать параллельно с другими мыслями, действиями и чувствами, не переплетаясь с ними.

Обезвредить ревность можно, разделив ревность как эмоциональное состояние и ревность как черту характера. Например, утверждения типа «я ревную» и «я ревнивый человек» объединяют личность и эмоции. Отделить ревность как эмоцию можно, связав ее с определенной ситуацией: «Это вызывает чувство ревности» или «У меня появилась мысль о ревности». Все это позволяет понять, что ревность – лишь одна из многих человеческих эмоций, которой легко научиться управлять.

Терапевт: Когда вы говорите про себя: «Я ревнивый человек», вы преподносите это как неизменную и основную черту вашей личности. Но на самом деле вы – многообразие эмоций, мыслей и проявлений, меняющихся от ситуации к ситу-

ации. Правильнее было бы сказать: «Сейчас я испытываю чувство ревности» вместо «Я ревнивый».

Пациент: Не уверен, что понимаю вас.

Терапевт: Вы именно ревнивый человек или человек, который иногда может испытывать чувство ревности?

Пациент: Думаю, я действительно не так просто устроен и могу испытывать разные эмоции.

Терапевт: Значит, вы – нечто большее, чем просто одна эмоция. Вы переживаете массу разных эмоций: в разное время можете радоваться, проявлять любопытство, скучать, грустить, быть благодарным. Так?

Пациент: Именно так.

Терапевт: Представьте, что, испытывая чувство ревности, вы говорите себе: «Это я, а это чувство ревности. Я – не чувство ревности». Можете даже попробовать физически отделить от себя это чувство.

Пациент (*показывая пальцем*): «Это чувство ревности». Выглядит довольно странно.

Терапевт: Ревность отдельно от меня. Это не есть я. Я – не просто одна эмоция, у меня много разных эмоций. Теперь давайте по-другому. Укажите на себя и скажите громко: «Я ревнивый человек».

Пациент (*указывая на себя*): Я ревнивый человек.

Терапевт: Как вы себя чувствуете?

Пациент: Мне не очень приятно. Я будто критикую себя.

Терапевт: Что лучше – чувство ревности отдельно от вас или чувство ревности как ваша сущность?

Пациент: Отдельно.

Терапевт: Вы – гораздо больше, чем ваши чувства.

Техники растождествления помогают пациенту отделить себя от своих эмоций. Воспринимая эмоции как сопутствующие определенным ситуациям, пациент не отождествляет себя с ними. Личность человека гораздо сложнее, чем одна эмоция, будь то ревность или что-либо другое. Это понимание помогает также разделить ревность и непродуктивное поведение. Эмоции не должны управлять поведением. Выбор всегда за пациентом.

Потенциальная потеря не так велика

Возникновение чувства ревности часто свидетельствует о значимости отношений, потеря которых невозможна. Например, человек верит, что разрыв отношений обязательно сде-

лает его несчастным (это пример аффективного предсказания). Либо он уверен: «Если меня предадут, я больше никому не смогу доверять». В ходе работы с ревностью и страхом потери (рассматривается как ее следствие) важно отследить автоматические мысли и убеждения. Пациент может описать страх потери следующим образом: «Если все закончится, я буду раздавлен», «Я больше не смогу никому доверять», «Я непривлекателен» и «Я не смогу позаботиться о себе». С каждой из этих установок можно работать при помощи техник традиционной когнитивной психотерапии, например выявление преимуществ и недостатков подобных мыслей, техника «дай совет другу в такой же ситуации», разыгрывание ролей и техника когнитивного континуума.

Убеждения насчет исключительной значимости отношений в жизни человека можно проверить на истинность, предоставив пациенту самому найти преимущества свободной жизни без отношений, а также предложив ему вспомнить, чем была наполнена его жизнь до отношений. Ниже я предлагаю пример подобной работы.

Терапевт: Конечно, случиться может всякое, ни в чем нельзя быть уверенным. Что бы значила для вас измена Брайана?

Пациентка: Унижение. Я была бы раздавлена.

Терапевт: Похоже, вам тяжело об этом думать. Почему вы почувствовали бы себя неудачницей в случае его неверности? Его ложь и предательство изменили бы ваше мнение о себе?

Пациентка: Я об этом раньше не думала. Не знаю. Я потеряла бы отношения.

Терапевт: Да, это так, отношения закончатся. Но разве вы неудачница? Разве вы виноваты в измене партнера? Не лучше ли думать, что это его вина?

Пациентка: Да, это верно.

Еще один вариант работы с потенциальной потерей отношений позволяет рассмотреть затраты и выгоды жизни без них. Мы не собираемся обесценивать значимость отношений, скорее хотим показать, что и без них можно жить. Например, терапевт может спросить:

«Какие новые возможности способна дать жизнь без отношений?»

«Разве быть в отношениях – единственное, о чем стоит мечтать?»

«Чем была наполнена ваша жизнь до отношений?»

«Как вы справлялись с потерей других отношений?»

«Что имело бы ценность и смысл для вас в будущем?»

«Переживал ли кто-нибудь в вашем окружении измену? Что помогло с ней справиться?»

Работа с потенциальной потерей направлена на решение текущих проблем и планирование будущего. Преодоление таких проблем включает выработку нового поведения в случае разрыва отношений, например общение в Сети, встреча с друзьями, расширение круга об-

щения, новая работа или даже переезд. Терапевт может поинтересоваться, есть ли у пациента склонность превосходить свою эмоциональную реакцию на возможные события и проблемы: «Вы уверены, что будете чувствовать себя несчастным в случае разрыва отношений. Предсказывать свои эмоции для вас нормально и в других ситуациях?» Аффективное прогнозирование приводит к возникновению чувства беспомощности и безнадежности, усиливает чувство потери и подпитывает чувство ревности.

Снижение принудительного контроля и выработка более здорового поведения

Как говорилось в начале этой главы, ревность часто связана с деструктивным поведением. Например, человек в состоянии ревности стремится наказать партнера, устраивает ему допрос, следит, преследует, угрожает нанести себе вред, унижает потенциального соперника. Чаще всего партнер, подвергшийся принудительному контролю, предпочитает разорвать отношения, ведь находиться рядом с обвиняющим и преследующим человеком некомфортно и даже небезопасно. Ирония в том, что ревнивый человек больше всего боится потерять отношения, но именно действия в состоянии ревности приводят к тому, что отношения заканчиваются. Некоторые люди сами их прекращают, даже если для ревности нет видимых причин, поскольку устают от своей подозрительности.

Многие страдающие от ревности люди реагируют по схеме «эмоция-поведение»: «Я ревную, значит, должен что-то делать». Данная схема приводит к импульсивным реакциям и препятствует формированию здорового поведения.

Терапевт: Похоже, когда вы испытываете ревность, у вас не остается выбора, кроме как реагировать привычным способом. Будто ваши эмоции предполагают определенное поведение: «Я ревную, значит, должна выяснять, обвинять и нападать». Разве эмоции диктуют поведение? Или выбор все-таки за вами?

Пациент: Я никогда не думала, что у меня есть выбор. Я собой не управляю.

Терапевт: Да, я вижу. Вы просто следуете за эмоциями. А возможно ли не поддаваться эмоциям? Например, вы разозлились на кого-нибудь, но решаете воздержаться от ссоры.

Пациент: Да, у меня такое было. Даже с моим мужем.

Терапевт: Отлично. Что будет, если вы решите не поддаваться эмоциям и не будете реагировать импульсивно?

Пациент: Думаю, мы с мужем будем меньше ссориться.

Пациент: Думаю, мы с мужем будем меньше ссориться.

Терапевт может обсудить с пациентом, как управлять своей ревностью, а также типичное поведение под влиянием эмоций. Например, можно попросить пациента рассмотреть конкретное действие (например обвинение), его затраты и выгоды, варианты альтернативного поведения (например спокойный разговор, разумные рассуждения или смена темы разговора) и другие способы трактовки событий. Придя к выводу, что эмоция (ревность) необязательно должна сопровождаться конкретными действиями (обвинениями), пациент может начать работать над своей схемой эмоционального реагирования («Мои эмоции мне

неподвластны»). Терапевт может спросить у пациента, что произойдет, если он решит отказаться от контролирующего поведения. Например, если в состоянии ревности не станет допрашивать или обвинять, будет ли это значить неизбежную измену партнера? Что на самом деле произойдет? Многие думают, что вездесущий контроль способен предотвратить неверность, это гарант стабильных отношений, а совсем не обязательства партнеров по отношению друг к другу.

Разрывая схему «эмоция-поведение», пациент обретает опыт использования контроля над собой. Если он решает отказаться от контролирующего поведения, можно обратить его внимание на более адекватные способы общения в отношениях. Если в них часто присутствует ревность, следует остановиться на вариантах непродуктивного поведения либо (в некоторых случаях) обсудить, зачем объект ревности ведет себя таким образом, чтобы вызвать ревность.

Терапевт: Невозможно сохранить хорошие отношения, постоянно контролируя, обвиняя и угрожая. Однако в отношениях подобное поведение встречается довольно часто. Правда в том, что чувства между людьми могут затухать и разгораться сами по себе, без участия третьей стороны. Если отношения важны вам обоим, вы оба стараетесь ради них, зачем кому-то их разрывать? А если есть желание разорвать отношения, значит, в них что-то не так. Надо подумать, что тут можно исправить.

Пациент: Может, нам реже ссориться?

Терапевт способен помочь пациенту избавиться от деструктивного поведения (уход от прямого разговора, презрение, обструкция, критика, навешивание ярлыков и чтение мыслей) и сменить его на продуктивное поведение (разделение интересов, поощрение, навыки активного слушания, совместная деятельность, уважение к чувствам партнера). Пациент таким образом получает шанс отслеживать свои прежние реакции и делать выбор в пользу нового, более здорового поведения. Приходит понимание, что доверительные отношения с партнером строятся не на контроле. Выработывая новую модель поведения, пациент должен выбирать действие, противоположное привычному. Например, вместо того чтобы критиковать партнера, можно его похвалить и поощрить. Практиковать упражнение с «противоположным» действием можно в течение нескольких недель. После этого терапевт может обсудить с пациентом, насколько изменилось его переживание чувства ревности и стал ли он больше доверять своему партнеру.

Укреплять навыки заботы о себе

Довольно часто у партнера, склонного к ревности, в отношениях страдает чувство собственной идентичности. Таким образом, угроза потери отношений воспринимается еще драматичнее. Эмоциональное состояние ревнующей стороны напрямую зависит от действий и мыслей партнера: «Я не знаю, что буду делать без нее», «Я – тот, кто я есть, только благодаря отношениям».

Терапевт: Похоже, ваши эмоции полностью зависят от действий, слов и настроения партнера. Вы будто растворились в отношениях, и вам кажется, что, потеряв их, вы потеряете себя.

Пациентка: Да. Я и правда не знаю, кто я есть сама по себе.

Терапевт: Поэтому чувство ревности вы переживаете так тяжело. Но кроме ревности вы испытываете и массу положительных эмоций, которые не связаны с отношениями. Можно сказать себе следующее: «Я получаю эмоции из разных сфер жизни. Что позволит мне испытать те эмоции, которые я хотела бы испытать?»

Пациентка: Я хотела бы больше общаться с друзьями. Я люблю свою работу. Все это приносит мне удовольствие.

Терапевт: Очень хорошо. Подумайте, что еще дарит вам положительные эмоции. Может, это то, что вы делали раньше или чем давно хотели заняться. Хорошо иметь надежные отношения, но важно и не забывать о себе.

Таким образом, терапевт обращает внимание пациента на самого себя, собственные цели и ценности. Он может посоветовать пациенту больше общаться с друзьями, посвящать время своим интересам, работе, общественной деятельности. Это ослабит зависимость от партнера и снизит общее напряжение. Ведь зацикленность на отношения приводит к ревности, отчаянию и злости. «Если я потеряю отношения, я потеряю все» – эта мысль и порождает чувство ревности. Получая удовольствие из других источников, пациент ослабляет зависимость от отношений, страх потери перестает его изводить.

Вывод

Ревность – чувство, убивающее и разрушающее отношения. Она зародилась в процессе эволюции как механизм защиты родительского вклада в потомство. Ревность – чувство, присущее всем людям, но ее причины и поведенческая реакция у каждого свои. Терапия эмоциональных схем предлагает такие способы работы с ревностью, как принятие ревности; растождествление мыслей о ревности (ревность как эмоция и поведение в состоянии ревности); выбор пациентом наиболее продуктивного поведения. Концептуализация случая ревности в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии помогает выявить внутреннюю предрасположенность к ней; получить представление о формировании привязанности в детстве и опыте социальных контактов; обсудить схему эмоционального реагирования «мысль – действие – соответствие действительности»; определить, обусловлено поведение чувством ревности или личностными особенностями. Ослабить зависимость от партнера пациенту поможет разработка программы заботы о себе и собственных интересах. Следующая глава посвящена зависти – еще одной эмоции, способной привести к деструктивному поведению.

Глава 11

Зависть

Ненависть – активное чувство недовольства, а зависть – пассивное; нечего удивляться, что зависть быстро переходит в ненависть.

И. В. Гёте

Рассмотрим ситуацию: один из сотрудников крупной фирмы не получил долгожданного повышения. Его возмутили этот факт и то, что его старания остались незамеченными. Кроме того, он задумался, что сделал не так. Разговор с получившим повышение коллегой его расстроил, разозлил и заставил почувствовать собственную беспомощность. Успех коллеги вызвал чувство унижения и злость, усилил переживания по поводу неудачи, несмотря на то, что коллега был довольно хорошим работником и всегда нравился ему как человек. Затем к указанным выше чувствам присоединилось чувство вины и стыда. Из-за этих сложных переживаний стало невозможно общаться с когда-то приятным человеком. Испытывая неловкость в присутствии других сотрудников, он стал меньше разговаривать, тяжело переживая «поражение». Жена была недовольна тем, что муж стал уделять меньше внимания ей и трем детям, поскольку он жаловался на неудачи в работе, даже находясь в кругу семьи.

В этой главе я разберу терапию эмоциональных схем зависти и расскажу, какую пользу можно извлечь из этого, казалось бы, негативного чувства.

Хотя понятия «ревность» и «зависть» часто взаимозаменяемы, между этими эмоциональными состояниями есть существенная разница, о чем говорилось в начале главы 10. Приведенная здесь модель зависти (как и модель ревности в предыдущей главе) представляет собой интегративную когнитивно-поведенческую модель с отсылкой к эволюционной теории, в рамках которой зависть рассматривается как механизм адаптации. Она исследует зависть, учитывая такие факторы, как роль иерархии доминирования; недостаток ресурсов; сверхвыраженная потребность в признании; утверждение своего социального статуса, от которого зависит самооценка; чувствительность к соперничеству; признание ценности приобретений; «лестница» или «гонки» как метафора жизни; желание обесценить заслуги других. Говоря кратко, зависть – это злость и выраженное беспокойство по поводу своего социального статуса.

Природа зависти

Как говорилось ранее, мы завидуем кому-то, если воспринимаем его успех как подтверждение нашего поражения. Выделяют депрессивную зависть (когда человек чувствует себя неудачником по сравнению с другими) и враждебную (когда человек стремится обесценить успехи другого). Как правило, наша зависть обращена к людям с похожими способностями, которые обладают чем-то очень ценным и значимым для нас. Например, профессор колледжа завидовал коллеге, который недавно выпустил книгу, поскольку так же высоко оценивал свои возможности профессионального роста. Успех коллеги заставил его почувствовать недовольство собой и желание любым способом обесценить достижения соперника. Например, можно убедить себя, что тема публикации неоригинальна и в работе недостаточно эмпирических данных, можно выразить сомнение в компетентности и профессионализме коллеги либо убедить себя в том, что время собственного успеха близко.

Обычно мы не испытываем зависть к людям, чьи достижения не входят в сферу наших интересов. Так, я не буду завидовать титулу самого лучшего игрока в Главной лиге бейсбола, поскольку я не профессиональный бейсболист и никогда не войду ни в одну из главных лиг. Это за пределами моих интересов. Но я испытаю зависть, если у кого-то из коллег будет много интересных публикаций, поскольку мы занимаемся одним делом. Мы завидуем тому, чего желали бы для себя.

Одной из сторон зависти является злорадство или радость в связи с неудачей объекта зависти. Например, завистливому профессору будет приятно узнать, что научное сообщество отвергло работу коллеги из-за недостоверности данных. Проведенные исследования на тему зависти и злорадства показали, что *злорадство* – смесь зависти и враждебных чувств (Brigham, Kelso, Jackson & Smith, 1997; Smith et al., 1996), оно чаще всего возникнет, если объект зависти имеет схожие качества и способности (van Dijk, Ouwerkerk, Goslinga, Nieweg & Gallucci, 2006). Для зависти характерно избирательное внимание, то есть в фокусе внимания оказываются исключительно достижения объекта зависти (Hill, DelPriore & Vaughan, 2011). Здесь есть одно преимущество: если объект зависти действительно более успешен, это может вызвать желание усовершенствовать собственные навыки. Однако чем больше внимания уделяется успехам объекта зависти, тем меньше усилий прилагается для работы над собой. Чужие заслуги подрывают веру в свои возможности. Эта модель характерна для депрессивной зависти.

Существует также белая зависть (когда человек стремится сам добиться лучших результатов) и черная (когда целью ставится обесценивание успехов другого) (Salovey & Rodin, 1991; Smith & Kim, 2007). Белая зависть (восхищение) мотивирует прилагать усилия и добиваться результата, в то время как черная (злость и враждебные чувства к тому, кто лучше) обнаруживает худшее в человеке (van de Ven, Zeelenberg & Pieters, 2011). Van de Ven и его коллеги (2011) выяснили, что черная зависть возникала у людей, считающих себя заведомо неспособными добиться значительных успехов.

Более того, мужчинам и женщинам свойственно испытывать зависть к состоятельным людям, только женщинам важна еще и физическая привлекательность объекта зависти (Hill et al., 2011). Хотя зависть является стимулом для человека добиваться большего (van de Ven, Zeelenberg & Pieters, 2009), гораздо чаще она выступает в роли источника депрессии, тревоги, недовольства и злости.

Кроме того, возникновение определенного типа зависти связано с тем, насколько достижимым воспринимается желаемый результат с субъективной точки зрения. Еще одно исследование показало, что белую зависть испытывали люди, считавшие себя достойными и способными получить предмет своей зависти, а черную – люди, не представляющие для себя такой возможности (van de Ven, Zeelenberg & Pieters, 2012). Зависть сопровождается неприятными переживаниями, когда сравнение себя с другими показывает, что у человека не хватает ресурсов для достижения требуемого результата (Crusius & Mussweiler, 2012).

Сара Хилл и Дэвид Басс рассматривают зависть в контексте эволюции. Они считают ее следствием «позиционного искажения» (положение субъекта в иерархической системе оценивается относительно других субъектов, а не является абсолютной точкой отсчета). Например, человек согласится и на небольшое вознаграждение при условии, что оно выше либо равно тому, что получили другие, и не согласится даже на объективно большую компенсацию, если ее размер меньше, чем у других. Концепция справедливости или справедливого распределения благ предпочтительнее абсолютного и независимого распределения (Hill & Buss, 2006). Предполагаемая эволюционная роль зависти – обращать внимание человека на гарантирующее успех поведение и перенимать его (Buss, 1989; Gilbert, 1990, 2000b) либо довольствоваться тем, что имеешь. Терапия эмоциональных схем использует эволюционную модель зависти, чтобы помочь пациенту принять это чувство и извлечь из него пользу.

Зависти подвержены даже маленькие дети. При изучении реакции испытуемых на победу и поражение в конкурентной ситуации Штайнбайс и Зингер (2013) обнаружили, что дети в возрасте от 7 до 13 лет получали больше удовольствия от победы, если кто-то проигрывал, и сильнее расстраивались из-за поражения в случае выигрыша другого ребенка. Зависть больше распространена среди детей, делающих выбор в пользу материальных ценностей (Froh, Emmons, Card, Vono & Wilson, 2011). Сьюзан Фиске, профессор Принстонского университета, обнаружила, что если чужой успех вызывает злость, стыд, унижение, падение самооценки и чувство несправедливости, то к чужим неудачам относятся с презрением и без чувства сожаления. Подобное «отношение к силе» является частью социальной конкуренции. По словам Фиске, «власть развращает»: приобретая власть над кем-то, легко начать презирать и унижать этих людей.

Теперь давайте рассмотрим зависть с позиции интегративной терапии эмоциональных схем. Как говорилось ранее, модель концептуализации случая включает эволюционную теорию, рассматривает «преимущества» белой зависти, выделяет значимость социального соперничества и предлагает эмоциональные схемы работы с завистью, формируя эмоциональный опыт.

Структура эмоциональной схемы зависти

При работе с завистью не ставится задача полностью избавиться от этого чувства, поскольку зависть – естественное эмоциональное состояние, свойственное каждому. Вместо этого целью является работа с тем влиянием, которое зависть оказывает на человека, например ослабить чувство вины и стыда, снизить чувство неловкости, воспринимать зависть в себе и в других как нормальное состояние, не жаловаться и не подвергать сомнению свои способности и достоинства, перестать бояться сравнений и конкуренции.

Принять зависть

Хотя чувство зависти свойственно почти всем людям, чаще всего оно сопряжено с чувством вины и стыда. Считается, что завидовать недостойно, поэтому признаться в зависти довольно сложно. Редко кто готов сказать: «Я завидую». Чаще можно слышать: «Они этого не заслужили». Не признавая в себе чувство зависти, человек оказывается в сложной ситуации, испытывает неловкость и отчужденность. На своих мастер-классах, посвященных зависти, я просил поднять руки участников, которые когда-либо испытывали зависть, и почти все это сделали. Возможно, терапевтам легче признаться в зависти, чем остальным людям, но ситуация подтверждает тот факт, что зависть свойственна всем.

С точки зрения эволюционного развития может возникнуть вопрос: «Что хорошего в зависти?» В этом контексте стоит рассмотреть роль зависти в иерархии доминирования среди животных, живущих группами. В чем преимущество более высокого положения в иерархии доминирования? Самую раннюю модель иерархии доминирования в 1967 году предложил Дж. Прайс. Он отметил, что укреплению чьего-либо доминирующего положения способствуют нестабильность иерархической структуры сообщества, тенденция к появлению конкуренции, а также скудность ресурсов и отсутствие порядка. Среди живущих группами животных доминантный самец имеет доступ ко всем самкам, присваивает лучшие пищевые ресурсы и обладает высокими шансами на выживание. Таким образом, стремление к доминированию оправданно, а доминирующее положение какого-либо члена сообщества постоянно оспаривается другими его представителями.

Stevens and Price (1996), Sloman, Price, Gilbert, and Gardner (1994) разработали модель депрессии на базе роли человека в социальной структуре. Они предположили, что потеря статуса приводит к депрессивному поведению (избегание, потеря сексуального влечения, пониженное настроение, заторможенная двигательная активность), что снижает шансы человека в борьбе за лидерство, выполняя своеобразную защитную функцию. Человек, проигравший в борьбе с доминантной фигурой, в целях самосохранения предпочитает не проявлять агрессию и подчиниться. Проведенные исследования (Gilbert & Allen, 1998; Johnson, Leedom & Muhtadie, 2012) показывают, что потеря статуса в социальном сообществе действительно может приводить к депрессии. Эксперименты над крысами, утратившими доминантное положение, показали, что стресс сопровождался потерей веса и увеличением уровня смертности, а также снижением агрессии, частоты спариваний, потерей аппетита и снижением двигательной активности (Blanchard & Blanchard, 1990). С изменением позиции в иерархии доминирования отмечалось изменение уровня серотонина в крови зеленых мартышек (вер-веток) (McGuire, Raleigh & Johnson, 1983). Повышение уровня серотонина после приема прозака позволило некоторым из группы испытуемых мартышек поднять статус в иерархической структуре (Raleigh, McGuire, Brammer, Pollack & Yuwiler, 1991). Tse and Bond в 2002 году обнаружили, что люди, принимавшие препараты избирательной блокады обратного нейронального захвата серотонина, воспринимались членами сообщества как занимающие более высокое положение, их поведение оценивалось как более активное.

Теория о социальном статусе говорит о том, что даже предполагаемая потеря положения вызывает депрессивную реакцию. Избавить себя от переживаний можно, обесценив заслуги другого. Таким образом, зависть (особенно враждебная) может рассматриваться как попытка защитить себя от депрессии подчинения с помощью оспаривания и обесценивания успехов окружающих. С другой стороны, многие люди испытывают депрессивную зависть как результат утраты статуса. Некоторым свойственна как депрессивная, так и враждебная зависть – в зависимости от личного отношения к более выгодному положению другого человека. Зависть может выступать в качестве механизма адаптации, если помогает человеку бороться за свое положение в иерархической структуре. Данный подход к зависти как к эволюционному способу адаптации и борьбы за статус в социуме является значимым элементом модели эмоциональной схемы, что очень важно обсудить терапевту и пациенту в процессе совместной работы.

Особое внимание следует уделить триггерам, запускающим зависть. Например, в приведенном выше примере будет ли профессор завидовать успеху коллеги? А если работа окажется неудачной, станет ли профессор соперничать коллеге из-за того, что его работу незаслуженно отвергли? Триггеры, запускающие зависть, заставляют человека сравнивать себя с другими и часто не в свою пользу. Это вызывает тревогу, недовольство и злость. Часто появляется соблазн обесценить заслуги другого, чтобы снизить напряжение от сравнения. На рис. 11.1 изображен весь этот цикл.





Рис. 11.1. Цикл возникновения чувства зависти

Терапевт способен помочь пациенту выявить неадаптивные стратегии совладания с чувством зависти. К ним относятся жалобы на несправедливость; стремление обесценить заслуги объекта зависти; избегание общения с объектом зависти; злоупотребление алкоголем; переедание и другие варианты деструктивного поведения. Некоторые полагают, что, критикуя себя по причине завистливого поведения, могут избавиться от зависти, но это лишь усиливает депрессивное состояние. Модель эмоциональной схемы помогает принять (на данный момент) чувство зависти и осознать свое право на это чувство. Конечно, признать чувство зависти – не значит справиться с ним.

Давайте рассмотрим самые интересные интервенции для выработки более эффективной реакции на зависть.

Признать свое право на зависть

Важной частью работы с завистью в терапии эмоциональных схем является признание сопутствующих болезненных и противоречивых чувств. Терапевт может сказать: «Похоже, зависть заставляет вас испытывать неприятные чувства. Все мы время от времени испытываем данное чувство, это состояние нам хорошо знакомо, и оно довольно некомфортное. Какие чувства помимо зависти вы испытываете?»

Затем терапевт может вместе с пациентом изучить природу таких чувств, как грусть, тревога, злость, неловкость, обида и безнадежность. Очень важно помочь пациенту научиться без осуждения принимать зависть, ведь многие люди при этом испытывают смущение и неловкость. Терапевт может подтвердить, что обычно зависть сопровождается грустью, злостью, тревогой и стыдом, что это «нормальное переживание чувства зависти». В частности, чувство стыда возникает, когда успех другого воспринимается как принижение собственных заслуг. При этом снова можно подчеркнуть, что зависть свойственна всем, однако «всем нам когда-то говорили, что завидовать нехорошо». Именно поэтому так сложно признаться в этом, и мы начинаем подвергать сомнению чужие достижения. Признав тот факт, что «я завидую», человек обращает свое внимание на чувства, которые у него вызывает успех другого, и может подумать над истинными причинами своей реакции. Зависть не будет доставлять столько неудобств, если научиться разбираться с ней открыто.

Зависть и поведение

Зависть – очень сложное эмоциональное состояние, в котором бывает нелегко признаться, поскольку часто ее считают «уделом неудачника». Как говорилось ранее, принять и признать зависть необходимо, это облегчит ее проживание как естественного эмоционального

состояния. Выражать зависть считается социально неприемлемым («Ты будто ей завидуешь»), такая реакция сопровождается критикой и осуждением. Но если зависть – универсальное чувство, свойственное всем, механизм адаптации в условиях иерархии до-

минирования и конкуренции, то это необходимо признать для успешного совладания с данным состоянием.

Если человек уверен: «Я нехороший, потому что завидую», – бывает полезно признать зависть как часть человеческой природы, эмоцию, способную в определенных обстоятельствах помочь усовершенствовать свои навыки и отнестись к объекту зависти не как к сопернику, а как к примеру для подражания. Более того, проблема заключена не в зависти как таковой, особенно если человек перестает отвергать это чувство, и даже не в поведении, которое сопровождает зависть (избегание общения, критика и отвергание). Часто зависть сопровождается как негативные, так и положительные эмоции, хотя в фокус внимания человека, испытывающего зависть, попадают исключительно негативные чувства.

Спутниками зависти являются злость, грусть, тревога, сожаление, беспомощность, а результатом – постоянные жалобы, беспокойство, тревожность, потребность в поддержке, самокритика, избегание общения и суицидальные намерения. Среди положительных эмоций можно выделить любопытство, благодарность, упорство, воодушевление, удовлетворенность. Объект зависти всегда вызывает смешанные чувства. Если им становится близкий человек, неизбежно отчуждение и чувство вины («Что со мной не так?»).

Нужно разделить зависть как эмоцию и поведение под влиянием зависти. Важно не поддаваться импульсивным и необдуманным реакциям, принимать зависть как естественное эмоциональное состояние, из которого можно извлечь пользу. Сказав себе: «Я могу испытывать зависть, и я могу использовать это чувство в своих интересах», – человек получает свободу в выборе действий. Пациент может время от времени напоминать себе: «Да, я завидую, но у меня есть выбор, как себя вести».

Ключевые установки, предубеждения и сценарии поведения

Возникновению чувства зависти, как правило, способствуют ключевые установки насчет себя, других и природы соперничества. Человек, подверженный зависти, часто находится под влиянием следующих убеждений: «Я непривлекателен, неважен, неуспешен, неспособен» и «Я должен стараться изо всех сил, чтобы добиться определенного положения в обществе, победить в конкуренции и получить заслуженное признание». Для состояния зависти характерно большое разнообразие автоматических мыслей и когнитивных искажений: личностные («У него все хорошо, поэтому у меня все плохо»); прогнозирующие («После того как ее повысят, меня будут считать неудачником»); оценивающие («Он выиграл, а я проиграл»); предсказывающие («Она будет и дальше преуспевать, а меня ждут неудачи»); ограничивающие («Ты либо победитель, либо проигравший»); обесценивающие («Единственное, что ценится, – победа»); обобщающие («У меня ничего не получится») и катастрофические («Проигрывать нельзя»). От того, как человек воспринимает сам себя (например, «со мной не хотят общаться») и как он относится к конкуренции, зависит, что попадет в фокус его внимания и, соответственно, тип зависти. Например, при враждебной зависти человек будет обращать внимание на свои недостатки в сравнении с чужими достоинствами, при этом игнорируя сильные стороны своей личности, которые, несомненно, имеются.

В основе враждебной и депрессивной зависти лежит негативная оценка собственной личности в сравнении с успешными другими. Ниже приведены умозаключения, на которых базируется депрессивная зависть:

«Он более востребован, чем я».

«Если он более востребован, значит, я нет».

«Меня не принимают».

Теперь давайте рассмотрим варианты установок при депрессивной и враждебной зависти, а также поведенческие реакции:

Депрессивная зависть. «Я неудачник. Я всегда буду изгоем. Ничего не изменится».

Поведение – отказ от общения, жалобы, самокритика.

Враждебная зависть. «Он обманщик. Люди не представляют, какой он на самом деле жулик. Он не должен быть таким успешным».

Поведение – сарказм, вредительство, пассивно-агрессивное поведение, обида, избегание.

Основные виды предубеждений, лежащие в основе зависти:

«Все, что ты делаешь, должно подвергаться оценке».

«Очень важно сравнивать себя с другими».

«Если у кого-то получается лучше, чем у меня, значит, я неудачник».

«Если я проиграл, значит, я бесполезен».

«Не выношу несправедливость».

«Если я буду обесценивать чужие успехи, смогу чувствовать себя лучше».

«В мире должна быть справедливость, и мои хорошие дела должны быть вознаграждены».

«Некоторые люди достойнее остальных».

«Есть победители и проигравшие».

«Проигрывать ужасно. Если ты проиграл, значит, тебя не будут ни любить, ни уважать».

С каждым из этих убеждений можно работать при помощи стандартных когнитивных техник. Например, представление «В мире должна быть справедливость, и мои хорошие дела должны быть вознаграждены» является стандартным заблуждением. Можно подумать, в чем его затраты и выгоды («Такое представление действительно вам помогает или больше расстраивает?»). Пациенту можно предложить альтернативную установку: «В жизни много несправедливости, как и в любой игре. Но разве это значит, что не стоит играть?»

рать?» Задача – помочь пациенту примириться с неопределенностью и неоднозначностью жизни.

Потребность в сравнении и оценке

Люди, испытывающие чувство зависти, считают необходимым постоянно сравнивать себя с окружающими и выносить оценочные суждения. Это вызывает чувство тревоги и недовольства собой (если человек сравнивает себя с теми, кто более успешен) либо чувство презрения и страх не удержать свои позиции (при сравнении с менее успешными другими). Согласно теории социального сравнения, соперничество мотивирует, позволяет перенять модель более успешного поведения, дает представление о социальных нормах, формирует самооценку и влияет на ощущение самоценности (Ahrens & Alloy, 1997; Festinger, 1957; Suls & Wheeler, 2000; Wood, 1989). Таким образом, сравнение себя с более успешными людьми мотивирует, в то время как сравнение с теми, кто в чем-то уступает, укрепляет самооценку (McFarland & Miller, 1994). Терапевт может поинтересоваться: «Что вы получаете, сравнивая себя с другими?» Например, один пациент признался, что сравнение себя с членами своей команды вызывает у него желание упорнее трудиться. Несомненно, у каждого человека есть эталоны и примеры для подражания, но постоянное сравнение себя с другими и недовольство своими результатами приводит к депрессии, жалобам, избегающему поведению и нежеланию сотрудничать. Терапевт может посоветовать пациенту принимать более активное участие в совместной деятельности, тщательно выполнять свою работу и стремиться улучшать результаты, то есть речь идет о выборе между продуктивной деятельностью и отрицательным сравнением.

Таким же образом можно работать и с потребностью пациента обесценить чужие заслуги для достижения более комфортного самоощущения: «Почему вы думаете, что будете чувствовать себя лучше? Или зависть заставляет вас ощущать злость, тревогу и депрессию? Что если обращать больше внимания на положительные стороны соперничества, а не на негативные? Какие конструктивные действия доступны вам сейчас?»

Обсудить важность социального сравнения можно следующим образом: «Что плохого в сравнении себя с другими? На что вы рассчитываете? Если вы будете больше думать о ваших личных достижениях и ценностях, а не о конкуренции, что это даст? Что вы потеряете, если будете больше думать о личных достижениях, а не о соперничестве?»

Терапевт может помочь пациенту больше *наблюдать и замечать*, а не оценивать и сравнивать. Например, пациент может сказать: «Я заметил, что босс похвалил Сару» вместо «Сара лучше меня» или «Я не справляюсь». Или он может осознать, что «многие люди, и я в том числе, делают хорошую работу». Даже такое оценочное высказывание, как «Сара справилась лучше меня» можно заменить на «Сара подготовила отчет, а я встретился с клиентом». Терапевт может попросить пациента отслеживать каждое оценочное суждение. Вместо оценивания можно обращать внимание на действия: «поговорил с клиентом», «спросил, как Том провел выходные», «был на совещании». Отказываясь от оценочных высказываний в пользу наблюдения за ситуациями, действиями и поведением людей, человек подвергает сомнению необходимость в социальном сравнении как источнике мотивации и вырабатывает более продуктивный способ реагирования.

Концептуализация случая

На рис. 11.2 показана схема концептуализации случая зависти, на базе которой терапевт может организовать работу с пациентом по основным направлениям. Концептуализация строится на эволюционной модели иерархии доминирования и преимуществах доминирующего положения. Эволюционная модель предполагает недостаток ресурсов как причину

возникновения доминирования. Вопрос в том, что, по мнению пациента, является преимуществом доминирующего положения.

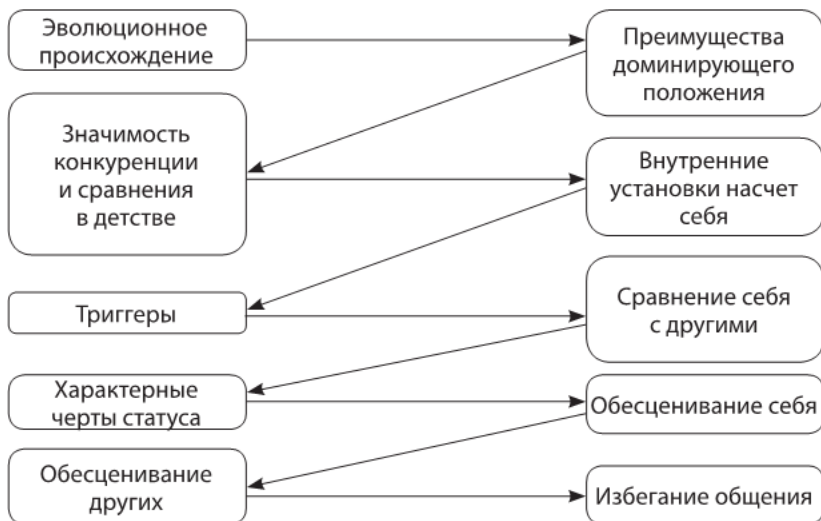


Рис. 11.2. Концептуализация случая зависти

Кроме того, терапевт и пациент могут обсудить роль доминирующего статуса в рамках родительской семьи. Например, стремились ли родители пациента достигать наивысших результатов в спорте, физической привлекательности, интеллектуальных видах деятельности, отстаивании своей точки зрения либо в утверждении своего социального статуса? Какие требования к личностным качествам предъявлялись среди сверстников, когда пациент был ребенком? Уступал ли пациент в чем-либо сверстникам либо братьям и сестрам? Если да, как он с этим справлялся, например избегал общения, работал над собой, искал единомышленников либо смирялся? Чья поддержка была особенно важна? Какие внутренние установки насчет себя и других сформировались? Например, склонен ли пациент считать себя слабым, неспособным, непривлекательным, странным, беспомощным, изгоем, а других – оценивающими, отвергающими, соперничающими, унижающими, принимающими или воспитывающими?

Каковы триггеры, запускающие у пациента тревогу по поводу своего положения и зависть к другим? Испытывает ли пациент зависть, когда недоволен собственными успехами, и заставляет ли его это сравнивать себя с другими? Испытывает ли пациент зависть к чужим достижениям? Кто эти люди? Сравнение, как правило, в пользу пациента или нет? В его понимании самооценność зависит от социального статуса (например, «Я не справляюсь. Я отстаю. Я неудачник»)? С точки зрения пациента, мир – иерархическая система и гонка по вертикали? Социальный статус важнее всего в жизни (например, важнее семейной жизни, дружбы, спокойного сна, здоровья и эмоционального благополучия)? Если кто-то достиг успеха, значит ли это, что пациент потерпел поражение? Может ли быть так, что Я-концепция и самооценность человека не зависят от социального статуса? Как пациент воспринимает чужой успех – отстраняется, критикует, реагирует саркастически, критикует себя или ищет поддержки? Свойственно ли пациенту обесценивать чужие достижения, ища подтверждение того, что «более успешные люди» получили признание незаслуженно?

Концептуализация случая использовалась при работе с пациентом, чувствовавшим тревогу, злость и неловкость в присутствии более успешных коллег. Терапевт объяснил, что борьба за лидерство и доминирующий статус присутствует во многих сообществах и что это обусловлено недостатком ресурсов в рамках эволюционного развития. Тем не менее в рамках современного общества подобные условия неактуальны. Пациент, о котором идет речь, рассказал, что для его матери всегда был важен социальный статус. Она принимала активное участие в жизни сына, решая за него, чем ему заниматься и с кем дружить. В результате мальчик был изгоем в компании сверстников, которые смеялись над ним из-за гиперопеки матери. Мальчик обратил внимание на учебу, которая давалась ему довольно

ему довольно легко, но ему так и не удалось избавиться от ощущения, что его не принимают, считают скучным и не хотят общаться. Он решил, что его отвергают из-за недостатка индивидуальности, что сделало его малообщительным и тревожным. Из-за заниженной самооценки ему было сложно идти на контакт с людьми и успешно сотрудничать в рабочем коллективе. Он видел один выход – «стать лучше всех». Триггером для его зависти послужили заслуги коллег по проекту, что автоматически заставило почувствовать собственную никчемность. Это была депрессивная зависть, сопровождаемая беспомощностью, сожалением, самокритикой и грустью, а также злостью из-за «несправедливости системы», которая не позволяла ему продемонстрировать все, на что он способен. Результатом стали мрачные размышления: «Почему я? Не понимаю, почему меня не принимают? Есть ли у меня здесь перспективы? Меня никогда не примут и не оценят». Концептуализация случая позволила использовать большинство техник, приведенных в этой главе.

Зависть и ценности

Человек испытывает зависть, когда нечто значимое и ценное для него принадлежит кому-то другому. Например, если игра в теннис не входит в сферу интересов человека, титул лучшего игрока, присужденный не ему, не станет предметом зависти. Однако финансовое благополучие как символ определенного социального статуса, мерило удачи или неудачи и как составная часть системы ценностей, не доступное на данный момент, несомненно, будет вызывать зависть. Ощущение собственной самодостаточности, как правило, зависит от системы ценностей. Если для человека ценностью является популярность и востребованность, не имея этого, он будет чувствовать себя несчастным. Во время работы с пациентом терапевту стоит выяснить, что для него важнее всего в жизни (например, популярность, финансовый успех, признание либо физическая привлекательность). Какие еще ценности он может назвать? Какова его иерархия ценностей?

Терапевт: Похоже, для вас имеет большое значение положение в рабочем коллективе. Ваша должность помогает вам чувствовать себя состоявшимся человеком?

Пациент: Для меня это очень важно.

Терапевт: Осознавать свои цели – правильно. Но что еще в жизни для вас важно? Например, что важнее – благосостояние вашей семьи или ваши отношения с женой и детьми?

Пациент: Жена и дети, конечно, важнее, но я так много работаю, а меня до сих пор не повысили.

Терапевт: Как насчет вашего физического и психического здоровья? Где его место в вашей системе ценностей?

Пациент: С этим сложно. Я много работаю, переадаю и, как считает моя жена, злоупотребляю алкоголем.

Терапевт: А что насчет дружбы?

Пациент: Со многими друзьями я перестал общаться.

Терапевт может объяснить пациенту, что в равной степени важно уделять внимание всем значимым аспектам жизни, не пренебрегая ни одной из ценностей в пользу другой (или других): «Подумайте, какие еще сферы вашей жизни нуждаются в вашем внимании: отношения с близкими, с друзьями или что-то еще? Ничем нельзя пренебречь».

Можно предложить пациенту взглянуть на некоторые свои ценности под другим углом. Например, значимость профессионального роста рассмотреть не как символ определенного социального статуса, а связать с добросовестным и ответственным отношением к работе как личностной характеристикой: «Лучше каждый день получать удовольствие от качественно выполненной работы, чем жить в надежде добиться определенного положения». Например, пациент, чей случай был рассмотрен выше, осознал, что важнее добросовестно выполнять свою работу здесь и сейчас и получать от этого удовольствие, чем переживать из-за должности, которую он хотел бы занять, но пока не получил. Смысл в том, чтобы научиться извлекать пользу из имеющихся обстоятельств.

Другой взгляд на успех и неудачу

Для завистливого человека мир представляется в черно-белом цвете: «Я либо победитель, либо проигравший». Успешность или неуспешность он считает постоянной характеристикой личности, которую нельзя изменить. Задача терапевта – донести до пациента иную точку зрения: в разное время и в разных ситуациях один и тот же человек может как добиваться успеха, так и терпеть неудачи. Для этого терапевт может использовать технику когнитивно-го континуума.

Терапевт: Похоже, вы считаете, что человеку в жизни доступна одна из двух ролей – победитель или проигравший. Мне интересно, так ли это на самом деле. Представьте, что вы обратились к врачу, и он вам говорит: «Ваши анализы в норме, вы абсолютно здоровы. Однако кроме этого обследование показало, что вы неудачник». Это звучит правдоподобно?

Пациент (смеется): Нет, это звучит глупо.

Терапевт: Но вы именно это постоянно говорите о себе. Что если произвольно выбрать 10 сфер вашей жизни и оценить каждый поступок по шкале от 0 до 100? Например, вы поработали с клиентом – ваши впечатления?

Пациент: Да, я доволен результатом. Некоторые клиенты любят работать со мной.

Терапевт: На сколько баллов вы оцените вашу работу с пятью последними клиентами?

Пациент: Где-то между 80 и 90. У меня неплохо получилось, но могло быть и лучше.

Терапевт: Наверное, с каждым из этих клиентов вы взаимодействуете по разным вопросам. Вы можете оценить вашу работу по каждому из этих направлений. Теперь вы можете признать, что каждый день и с разными клиентами добиваетесь разных результатов?

Пациент: Да. С кем-то работать легче, с кем-то сложнее, да и проекты бывают разные.

Пациент: Да. С кем-то работать легче, с кем-то сложнее, да и проекты бывают разные.

Терапевт: Если вы достигаете разных результатов в разное время и по разным причинам, стоит ли относиться к себе так однозначно?

Пациент: Нет, думаю, все сложнее.

Терапевт: Это значит, что и жизнь человека, которого вы считаете успешным, совсем не так проста?

Пациент: Да, что-то может не получаться и у него. Вполне вероятно, что в чем-то я лучше. Ситуации бывают разные.

Терапевт: Думаю, вам стоит запомнить эти слова: «Ситуации бывают разные».

С помощью техники когнитивного континуума можно помочь пациенту иначе относиться к неудачам в своей жизни, при этом не испытывая разочарования. Из любой ситуации можно извлечь что-то важное и полезное для себя.

Зависть как форма пассивной агрессии

Зависть представляет собой продолжительное эмоциональное состояние. Люди, испытывающие это чувство, склонны к мрачным размышлениям о «несправедливости этого мира», их переполняют обида и недовольство; они воспринимают чужой успех как напоминание о собственных неудачах. Например, мужчина, чей случай разбирался выше, даже находясь в кругу семьи, не перестает сетовать на судьбу из-за того, что повышение получил не он, а коллега. Такие переживания носят как депрессивный, так и агрессивный характер. Мужчина чувствует себя проигравшим и униженным одновременно, доводит себя до отчаяния мыслями о собственном поражении. Агрессивный характер этих переживаний выражается в желании отомстить. Находясь в плену негативных мыслей, завистник отстраняется от людей и жизни в целом.

Как говорилось ранее, справиться с тревожными мыслями помогают интегративные методы когнитивно-поведенческой психотерапии. Работа осуществляется по следующим пунктам: 1) целенаправленное отслеживание мрачных мыслей и сопутствующих им реакций; 2)

выявление затрат и выгод; 3) что полезного можно извлечь из этого состояния («Смогу ли я добиться поставленных целей?»); 4) если это состояние непродуктивно, возможно ли перестать все контролировать, смириться с несправедливостью и неопределенностью происходящего; 5) выделить себе специальное время в течение дня для переживаний (с использованием техник когнитивно-поведенческой психотерапии);

б) спросить себя: «Какие мысли вызывает у меня чужой успех?»;

7) спросить себя: «Что мне делать с этими мыслями?».

Например, некоторые люди полагают, что чужой успех обычно не заслужен, говорит об их личном поражении и что с этим нельзя смириться; что окружающие их недооценивают. При работе с подобными установками можно рассмотреть затраты и выгоды, предложить альтернативную интерпретацию. Так, для работы с установкой «Если кто-то выиграл – значит, я проиграл» можно предложить вопросы: «Значит ли это, что все, что вы делаете, не имеет никакой ценности? Что полезного вы делаете? Вы считаете, для человека в жизни возможна лишь одна из двух ролей: победителя или проигравшего, то есть все или ничего? Попробуйте каждый вечер отмечать свои достижения за день».

С установкой «Все считают меня неудачником» можно работать так: «Вы умеете читать мысли? Откуда вы знаете, о чем думают люди? Вы тоже постоянно думаете о других и о том, что они делают? Если вы не думаете об окружающих, о чем тогда думаете? Вы считаете, что все, чего добиваются другие, обязательно имеет к вам отношение? Почему вы полагаете, что чужие достижения должны отражаться на вашем самовосприятии?»

Установка «Я не могу радоваться, когда у других дела лучше, чем у меня»: «Это значит, что нельзя радоваться жизни, если у других дела идут лучше? Есть ли в вашем окружении люди, которые счастливы и без новой должности? Что вас расстраивает больше: чужой успех сам по себе или то, что вы принимаете его на свой счет; ваша зависимость от чужого мнения или недовольство собой? Попробуйте найти себе дело по душе и каждую неделю отмечайте свои успехи».

Справиться с мрачными переживаниями можно с помощью осознанного отношения к происходящему. Например, использовать техники осознанного дыхания и наблюдения. Кроме того, как было сказано ранее, для работы с навязчивыми мыслями полезно применять технику безоценочной осознанности – воспринимать свои мысли как телефонный звонок, на который можно не отвечать, или как поезд, проходящий мимо (Wells, 2009). Кроме того, человек может переключить внимание на любое занятие, которое доставляет ему удовольствие в настоящий момент. Например, вместо того чтобы мучать себя размышлениями о чужом успехе, заняться чем-нибудь приятным и полезным: спортом, общением с детьми, чтением книги, прогулкой на свежем воздухе. Можно переключить внимание на другие проекты. С навязчивыми мыслями легче справиться, если их вовремя отследить и знать, как с ними работать.

Восхищение и подражание вместо зависти

Как упоминалось ранее в данной главе, белая зависть может побуждать к совершенствованию своих навыков: вместо того чтобы переживать и завидовать, можно признать и принять это чувство, постараться извлечь из него пользу. Например, человек может признать,

что *в настоящий момент* завидует чужому успеху. Акцент на настоящем моменте говорит о том, что данное эмоциональное состояние временное. Следующим шагом будет трансформация зависти в чувство восхищения способностями и достижениями другого человека: «Меня восхищает, как ему (ей) удастся заключать столь выгодные сделки». Уметь восхищаться другими людьми важно для получения собственного опыта и дальнейшего развития личности. Восхищение приносит больше пользы, чем зависть; оно помогает извлекать из чужого опыта самое ценное для себя. Следующим этапом может быть подражание. Спросите себя: «Как я могу этому научиться, чтобы добиться большего?» В этом смысле завидовать полезно.

Например, вместо того чтобы завидовать повышению коллеги, можно отметить для себя те качества и навыки, которые помогли ему получить новую должность. Использовать опыт коллеги для получения необходимых знаний и навыков гораздо правильнее, чем жаловаться на несправедливость и отказываться от общения с объектом зависти.

Получать удовольствие от жизни вместо гонки за статусом

В своей книге «Иметь или быть» (1976) Эрих Фромм противопоставляет два способа существования человека. Один ориентирован на достижения, установление контроля, приобретение и доминирование (модель «иметь»), другой – на получение удовольствия от жизни и общение (модель «быть»). Для модели «иметь» важны конкурентоспособность, приобретение определенного статуса в иерархической системе и выбор в диапазоне «победитель-проигравший». Это неизбежно влечет неудовлетворенность, страх потерять статус, а также зависть. Люди, выбравшие данный способ существования, могут при желании изменить свое решение в пользу модели «быть» (вероятно, частично), суть которой заключается в наслаждении жизнью, осознанности, общении, благодарности и получении удовольствия от простых вещей. Например, терапевт предлагает пациенту рассмотреть другой способ существования.

Терапевт: Есть два способа существования в этом мире. Один ориентирован на достижения и приобретения, другой – на получение опыта и общение. Например, если вам важны впечатления, вы будете слушать музыку, делиться воспоминаниями с женой, играть с детьми, купаться в прохладной воде или прогуливаться в лесу. Что вы об этом думаете?

Пациент: У меня это не очень получается. Я слишком переживаю за свою работу.

Терапевт: Теперь ясно, с чем стоит поработать. Представьте, что вы играете с детьми. Какие впечатления вы получите?

Пациент: Большую часть своего времени я занят работой. Но я люблю играть со своей дочерью. Ей шесть лет, и мне нравится смотреть, как она дурачится, играя в мяч. И как смеется. Она очень много смеется.

Терапевт: Вспоминая об этом, что вы чувствуете?

Пациент: Мне очень хорошо, но также я испытываю чувство вины, потому что провожу с ней мало времени. С другими детьми тоже.

Терапевт: Значит, стоит уделять этому больше времени, не так ли? Попробуйте взглянуть на мир глазами вашей дочери – наслаждайтесь настоящим моментом, уделяйте время удовольствиям, радуйтесь простым вещам, будто все для вас впервые. Что вы об этом думаете?

Пациент: Будто впервые? Что это значит?

Терапевт: Ну, вы любите музыку. Представьте, что впервые слышите ваше любимое произведение. Вы будете слушать очень внимательно, можете испытать трепет и чувство восхищения.

Пациент: Когда-то так и было.

Разница между Я-концепцией и статусом

Зависть и озабоченность собственным статусом часто приводят к тому, что мнение человека о себе складывается, исходя из занимаемого в обществе положения. Например, «Я – управляющий директор», «Я – директор школы» или «Я – начальник цеха». Пациент, который считает, что «Я ничего из себя не представляю, потому что меня не повысили», уверен, что новая должность отразит суть его личности. Терапевт может проверить это убеждение следующим образом: «Если без повышения вы ничего из себя не представляете, а с новой должностью ваша личность наполняется смыслом, значит ли это, что до повышения вы как личность не существуете? То есть начальство повысило “пустое место”? Разве человек, получивший повышение, может быть “пустым местом”?»

Затем терапевт может попросить пациента перечислить все, чем он занимался и чему научился за предыдущие два года.

Терапевт: Можете перечислить ваши роли в жизни? Например, муж, отец, брат, друг, член сообщества, тренер детской команды, учащийся, спортивный болельщик, книголюб, сторонник здорового образа жизни, занимающийся духовными практиками...

Пациент: Я много чем занимался. Не знаю, с чего начать.

Терапевт: Начните с семьи. Какие у вас общие увлечения?

Пациент: Я играю в футбол с сыном. Мы катаемся на велосипедах по выходным. Смотрим вместе фильмы, разговариваем, смеемся. Я помогаю детям с домашним заданием.

Терапевт: Тогда, учитывая разнообразную жизнь, все ваши впечатления и опыт, продолжаете ли вы считать, что положение в обществе важнее всего?

Пациент: Нет, конечно. Смысл в том, чтобы просто жить.

Терапевт: Вспоминайте об этом всякий раз, когда вас посетит мысль о том, что без повышения вы «пустое место».

Чувство зависти основано на убеждении, что люди делятся на две категории – успешные и неудачники. В противоположность этому мнению можно предложить идею всеобъемлющей человеческой природы. У всех людей независимо от статуса много общего.

«Знаете ли вы людей, у которых меньше денег, чем у вас, и не таких успешных, как вы? Давайте поразмышляем. Есть ли у них родители? Чем они увлекались, когда были детьми? Есть ли у них друзья? Как они отмечают праздники? О чем разговаривают со своими детьми? Над чем они смеются? О чем плачут? Вы чем-то похожи на них?»

Терапевт может донести до пациента, что и менее успешных людей есть за что любить и уважать. Например, человек с высшим образованием, переживавший из-за репутации в университете, с удовольствием вспомнил о любимых с детства людях: «Я вырос в Бруклине, тогда это было совсем не круто. Мы жили бедно; мои родители были иммигрантами, сбежавшими от нацистского режима. Помню своего деда, который проводил со мной больше времени, чем отец. Да, я любил их». Научиться проще относиться к вопросу статуса можно, общаясь с людьми разного уровня образования и достатка, являющимися представителями разных национальностей и культур.

Далее терапевт может предложить пациенту каждый день выражать сочувствие и доброе расположение по отношению к людям более низкого положения. Поскольку статус разъединяет, а сочувствие, наоборот, объединяет. Например, одна пациентка очень переживала из-за потери положения. Терапевт предложил ей каждый день подавать бездомным на улице, смотреть им прямо в глаза и желать удачи. В результате она призналась, что это был удивительный опыт, который помог ей осознать, насколько лучше ей живется, чем многим другим людям, и что ей было чрезвычайно приятно принять участие в их судьбе. Согласно терапии эмоциональных схем, одни эмоции могут вытеснить другие. В данном случае доброта и сострадание вытеснили зависть.

Выражаем признательность и благодарность

Итак, признательность и благодарность за то, что имеешь и чего нет и, возможно, никогда не будет у многих других, могут вытеснить зависть. Положительные эмоции позволяют избавиться от стереотипного взгляда на жизнь и изменить свое мироощущение (Fredrickson, 2004). Признательность – это выражение благодарности обстоятельствам за те блага, которые имеет человек. Благодарность – это чувство признательности за оказанную услугу. Пациенту можно предложить выразить признательность за то, что присутствует в его жизни: работа, друзья, дети, партнер, физическое здоровье и др. Кроме того, он может подумать о людях, которые были в его жизни и которых он хотел бы поблагодарить: родителей, учителей, друзей. Каждый день пациент может писать слова благодарности кому-то из них, даже если человека уже нет в живых. Зависть заставляет сожалеть о том, что человек потерял или чего у него никогда не было, а благодарность позволяет осознать, как много у него есть. Завидовать и испытывать благодарность одновременно трудно. Терапевт может работать с выражением благодарности по схеме, указанной в главе 9, для работы с ценностями. Благодарность не дает развиваться чувству соперничества в непрекращающейся гонке за признанием. Это чувство позволяет человеку ощутить целостность: он – это то, что у него есть, его опыт и эмоциональные переживания.

Действуем от обратного

Техника использования противоположного действия в диалектической поведенческой терапии (Linehan, 1993, 2015; Linehan et al., 2007) – мощное средство работы с завистью. Например, негативные переживания по поводу себя и других, вызванные завистью, можно трансформировать в пожелание любви и добра объекту зависти. Это разновидность буддийской практики развития доброты под названием метта бхавана – пожелание любви и добра себе, друзьям, прохожим, врагам и всем разумным существам. В случае зависти это сначала может показаться невозможным. Однако переход от злости и депрессивной зависти к эмпатии, состраданию и пожеланию добра помогает человеку справиться с беспокоящими его эмоциями, добиться внешнего и внутреннего благополучия (Ameli, 2014; Fredrickson, 1998, 2013; Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008; Hawkey & Cacioppo, 2010).

Терапевт: Я вижу, вас одолели злость, грусть и обида. Это, должно быть, очень тяжело. Чтобы помочь вам справиться с эмоциями, я могу предложить технику пожелания любви и добра себе и другим. Нельзя одновременно испытывать сострадание, желать добра, завидовать и злиться. Если вы не против, давайте начнем с себя. Закройте глаза и скажите: «Да будет мне счастье. Да будет мне здоровье. Да буду я в безопасности. Да будет мне мир и покой».

Пациентка: Да будет мне счастье. Да будет мне здоровье. Да буду я в безопасности. Да будет мне мир и покой.

Терапевт: Теперь оставайтесь в этом состоянии и следите за своими ощущениями. Как вы себя чувствуете?

Пациентка: Мне хорошо и спокойно.

Терапевт: Отлично. Теперь подумайте о том, кого вы любите, и медленно повторяйте: «Да будет тебе счастье. Да будет тебе здоровье. Да будешь ты в безопасности. Да будет тебе мир и покой».

Пациентка: Хорошо, я думаю о своем муже. Да будет тебе счастье. Да будет тебе здоровье. Да будешь ты в безопасности. Да будет тебе мир и покой.

Терапевт: Теперь подумайте о том, кому вы завидуете. Представьте лицо этого человека и медленно, с чувством повторяйте: «Да будет тебе счастье. Да будет тебе здоровье. Да будешь ты в безопасности. Да будет тебе мир и покой».

Пациентка: Это непросто. Ладно... Да будет тебе счастье. Да будет тебе здоровье. Да будешь ты в безопасности. Да будет тебе мир и покой.

Терапевт: Следите за дыханием и с каждым выдохом продолжайте посылать ему любовь и добро. Прочувствуйте это всем своим существом.

Пациентка: Я стараюсь.

Терапевт: Хорошо. Теперь, наполнившись любовью и добром, направьте поток снова на себя и повторяйте: «Да будет мне счастье. Да будет мне здоровье. Да буду я в безопасности. Да будет мне мир и покой». **Пациентка:** Да, я это чувствую.

Некоторые пациенты уверены, что нет необходимости справляться с чувствами, мыслями и реакциями, сопутствующими зависти. Для многих зависть – источник мотивации и возможность стать более конкурентоспособным. Есть люди, для которых это просто чувство, а на чувства повлиять нельзя. Согласно другой точке зрения, мучительное чувство зависти – наказание за несоответствие требованиям, действующим в обществе. Люди отказываются работать с завистью, потому что это означало бы смириться с несправедливостью и позволить проявлять ее по отношению к себе. Наконец, есть мнение, что зависть придает силы для отвоевания незаслуженно отнятого положения в иерархической системе.

Мы уже рассмотрели мотивационный аспект зависти. Иногда все действительно так, но это тот случай, когда человеку кажется, что без чувства зависти невозможно двигаться к цели. А на самом деле можно упорно трудиться лишь потому, что полученный результат приносит радость, удовольствие и заставляет гордиться собой. Здесь идет речь не о зависти: движимый исключительно завистью, человек не получит удовольствия ни от процесса, ни от результата и тем более, если кто-то рядом добьется большего.

Утверждение «Я имею право завидовать, потому что я так чувствую» подразумевает, что работать с чувствами невозможно. В этом случае терапевт может спросить: «Бывало ли так, что ваши негативные чувства менялись? А позитивные? Что изменится в вашей жизни, если вы будете меньше завидовать?» Зависть заставляет людей чувствовать себя несчастными. Терапевт может спросить: «В чем смысл быть несчастным? Может, стоит перестать жалеть себя и постараться сделать все, чтобы наполнить свою жизнь смыслом?»

Некоторые люди настойчивы в нежелании работать с завистью. Злорадствуя по поводу чужих неудач, человек получает удовольствие. Но это удовольствие сомнительное. Фокусируясь на негативных мыслях, таких как соперничество с «врагом», человек не может наслаждаться результатом. Признав, что зависть разрушительна, человек отказывается от соперничества и ставит перед собой более адекватные цели. Например, сконцентрироваться на выполнении своей работы или посвятить время семье. Терапевт может в шутку поинтересоваться: «Какое пожелание вам нравится больше: “Желаю тебе прекрасно провести время с семьей” или “Желаю тебе почаще мечтать о чужих неудачах”?»

Вывод

Зависть бывает белой и черной, депрессивной или враждебной. Многие не готовы признаться в том, что испытывают это чувство. Люди переживают из-за несправедливости, страдают от осознания собственного поражения, чувствуют беспомощность, вынуждены избегать общения, испытывают желание показать всем, на что они способны. Зависть разрушает личность, заставляет портить отношения с коллегами, друзьями и членами семьи. Терапия эмоциональных схем помогает пациенту научиться извлекать пользу из чувства зависти. При работе с завистью можно использовать комплексный подход, который включает терапию эмоциональных схем, когнитивные и метакогнитивные модели, техники когнитивной поведенческой терапии и терапии принятия и ответственности. Все это поможет пациенту справиться с навязчивыми мыслями и переживаниями.

Глава 12

Эмоциональные схемы при работе с парами

Мешать соединенью двух сердец

Я не намерен. Может ли измена

Любви безмерной положить конец?

Любовь не знает убыли и тлена.

У. Шекспир. Сонет 116

Женатый мужчина, о котором говорилось в главе 4, обратился за помощью, потому что жена считает, что у него проблемы с выражением гнева: «Если бы она слушала, о чем я ей говорю, проблем бы не было. Сколько раз мне нужно повторять свою просьбу? Знаю, я не должен кричать на нее, но только в этом случае она обращает на меня внимание». Как он реагировал, когда она с ним заговаривала? «Почему бы ей сразу не перейти к сути? Я человек дела. Если у тебя проблемы, я их решу». Пациент считает, что выходит из себя, потому что у них с женой разные стили общения.

Терапия эмоциональных схем предлагает супругам относиться с большим вниманием и уважением к эмоциям друг друга. Ошибочные убеждения мужа по поводу эмоций его жены либо ее способа их демонстрировать можно распределить по категориям: длительность («Если она разойдется, это надолго»); контроль («Она расстраивается и не может взять себя в руки. Ей следовало бы лучше владеть собой»); отсутствие понимания («Не пойму ее. Она должна быть довольна»); отсутствие обоснования («Она реагирует не так, как все»); логичность («Она должна говорить понятно и по существу»); обвинение («Проблема в ней – она все усложняет»); отсутствие принятия («Терпеть не могу ее угрюмость»); отсутствие смысла («Я не желаю слушать ее жалобы. В них нет смысла») и способ выражения («Ей бы все говорить и говорить, а я хочу проблему решить»).

Подобные стили общения в близких отношениях отдаляют партнеров и увеличивают риск возникновения депрессии. В своем исследовании мы использовали 14-факторную Шкалу схем взаимоотношений и эмоций (RESS; см. главу 4, рис. 4.2). Мы опросили более 300 взрослых людей, находящихся в свободных отношениях либо в браке. Этот несложный опросник позволяет понять, как партнеры реагируют на эмоциональные трудности друг друга. Суммарный балл данного опросника выявляет около 36 % несовместимости по Шкале взаимной адаптации в паре (DAS). Таким образом, данный тест гораздо лучше измеряет степень удовлетворенности отношениями, чем тесты на депрессию и индивидуальные эмоциональные стили.

В данной главе я расскажу, как неверная оценка эмоций другого может привести к проблемам в паре: неуважению, пренебрежению, отказу от общения либо сверхконтролю. Я объясню, как правильно идентифицировать эмоции другого, изменить свои установки насчет эмоций окружающих, и поделюсь адаптированными схемами эмоционального взаимодействия. Кроме того, рассмотрю ситуации, когда люди не хотят принимать эмоции партнеров, поскольку считают, что проблема партнера их не касается; покажу, что с пониманием относиться к эмоциям партнера – значит развязать ему руки. Я познакомлю читателя с техниками принятия, осознанности и сострадания, а также с точки зрения терапии эмоциональных схем разберу заблуждения партнеров по поводу эмоций друг друга, например сверхобщение, чрезмерное требование рациональности, навешивание ярлыков, чрезмерное увлечение решением проблем и желание одержать верх в споре.

Эмоциональные схемы и дисфункциональные стили реагирования

Как было показано в приведенном ранее примере, человек может иметь ряд негативных установок по поводу эмоций партнера, что в целом влечет за собой неудовлетворенность отношениями. Как эти установки влияют на поведение? Как заблуждения насчет эмоций партнера порождают презрение, сарказм, желание отстраниться либо критиковать, избегание, нежелание обсуждать общие проблемы или разделять чувства? Люди, ориентированные на решение проблем с помощью логики и фактов, часто отстраняются от эмоций, считают их неконструктивными и излишне демонстративными. Человек с отрицательными установками насчет эмоций партнера не сможет проявить сочувствие, а будет их критиковать и подавлять. Как ни странно, к собственным эмоциям эти люди относятся довольно бережно, а чужие воспринимают как помеху на пути к желаемой цели. Ситуация, приведенная в начале этой главы, иллюстрирует данную проблему. В ходе дальнейшей беседы мужчина пожаловался на то, что жена не считается с ним («так же как и мой отец»), что ее заботят только собственные интересы и потребности. Такая политика двойных стандартов встречается довольно часто.

Терапевт и пациент рассмотрели особенности эмоциональных схем реагирования супруга на эмоции его жены и ее стиль общения, проследили, как одни негативные установки породили другие и отразились на его поведении (например, желание контролировать и подавлять эмоциональные реакции жены). Убеждение мужа насчет нескончаемости жалоб и переживаний жены («Если она разойдется, это надолго») привело к следующему выводу: «Я терпеть не могу ее постоянные жалобы, это может продолжаться до бесконечности. Если я прямо сейчас что-нибудь не сделаю, она никогда не остановится». Он считает, что его жена жалуется всегда, по поводу и без, называет ее «жалобщицей», не способной решать семейные проблемы. Более того, он чувствует, что не в состоянии ничего изменить, и это приводит его в отчаяние («Это будет продолжаться вечно»). Чувство беспомощности порождает гнев и желание любым способом «остановить жалобы». Поскольку жена не контролирует свои эмоции и не может сама с ними справиться («Она не в состоянии взять себя в руки. Она должна научиться лучше владеть собой»), муж считает, что должен контролировать ее сам либо заставить жену контролировать себя. Но уверенность в том, что жена не ценит его старания, заставляет мужа разочароваться в своих благих намерениях. Он уверен, что внимательное отношение к эмоциям жены способствует ее нескончаемым жалобам, поэтому эмоции надо держать под контролем или подавлять.

Пациент считает эмоции своей жены необъяснимыми («Не пойму ее. Она должна быть довольна»), поэтому относится к ним снисходительно, с презрением и сарказмом, что в свою очередь заставляет жену снова жаловаться, теперь уже на реакцию мужа. Признав право жены на переживания, муж как бы признает, что в какой-то степени виноват в ее проблемах, а это унижительно и невыносимо. Он и правда считал, что жалобы жены на трудности с детьми и домашним хозяйством адресованы ему и выражают ее недовольство бытом, который он организовал для нее. Воспринимал эмоции жены как беспочвенные (отсутствие обоснования), поэтому обесценивал и осуждал их: «Другие жены были бы благодарны. Ей всего мало». Чувства жены оскорбляют мужа, он больше не хочет слышать о ее проблемах, что приводит к отчуждению в отношениях. Эмоции должны быть логичными («Она должна говорить понятно и по существу»), иначе они могут накрыть с головой и привести к неадекватному поведению. Главное в общении – решать проблемы, используя факты и логику, а эмоции этому мешают.

Итак, эмоции жены продолжительны во времени, их нужно контролировать, в них должна быть логика, а еще с эмоциями не хочется считаться («Не хочу слышать ее жалобы. В них нет смысла») и их сложно выдерживать («Ей бы все говорить и говорить, а я хочу проблему решить»). В супружеских отношениях эмоции часто игнорируются. Есть мнение, что они мешают реалистично смотреть на вещи и решать проблемы. Признать справедливость эмоций супруги означает согласиться с ее претензиями и принять их на свой счет. С точки зрения мужа, в его рассуждениях есть логика и смысл. Только вот отношения между супругами при этом не становятся лучше: растут непонимание, обида и отчужденность.

Каждый критерий оценки терапии эмоциональных схем можно рассмотреть и в рамках когнитивно-поведенческой терапии. Например, такие критерии, как необходимость контроля над эмоциями, их длительность, отсутствие смысла, неадекватность ситуации и неодобряемость, подлежат рассмотрению с точки зрения затрат и выгод. Обычно убеждение о длительности эмоций вызывает чувство беспомощности и безнадежности, о неадекватности ситуации – приводит к непониманию и отчуждению, а убеждение в том, что эмоции невозможно понять, заставляет искать в действиях партнера признаки психического дисбаланса. В чем преимущества таких убеждений? Возможно, они оправдывают нежелание партнера взаимодействовать и тратить свои силы на то, чтобы понять супруга и при необходимости что-то изменить в себе или в своих отношениях.

Терапевт может попросить пациента представить, что, действуя под влиянием своих убеждений, он сможет заставить партнера не испытывать «нежелательных эмоций». Например, поискать, что хорошего и плохого в продолжительности эмоций («Они никогда не меняются? Какие еще эмоции испытывает ваш партнер?»), в невозможности их контролировать («Ваш партнер в состоянии что-либо контролировать в жизни? Как он с этим справляется? Ваш партнер психически не здоров? Что другие люди думают о вашем партнере?»), в неадекватности ситуации («Другие люди тоже расстраиваются, злятся, тревожатся, смущаются? Ваш партнер испытывал эти чувства? Какие эмоции вызывает у вас наш разговор?»). Убеждение насчет того, что в эмоциях должна быть логика, тоже можно рассмотреть с точки зрения затрат и выгод, аргументов «за» и «против». Есть ли логика в действиях осуждающего партнера?

Многие полагают, что отношения всегда должны быть легкими, без конфликтов и проблем, то есть супруги должны во всем соглашаться друг с другом. Подобная точка зрения приводит к тому, что любые несогласие партнера, его выраженная эмоциональная реакция и «нелогичное» поведение осуждаются и вызывают раздражение. В подобных ситуациях я считаю полезным «сделать ненормальное нормальным».

Терапевт: Вы жалуетесь на то, что у вашего мужа есть комплексы и он часто поддается эмоциям. А вы пытаетесь заставить его изменить свои чувства. Почему его эмоциональность вас раздражает?

Пациентка: Он говорит нелогичные, даже откровенно глупые вещи. Не знаю, у него столько комплексов.

Терапевт: Их у всех достаточно, разве нет? Многие находятся в поиске кого-нибудь без комплексов. Но они есть у всех, поэтому стоит искать человека, способного ужиться с нашими комплексами.

Пациентка (смеется): Да. Думаю, и со мной не так все просто, верно?

Терапевт: Со всеми так. Что вы теперь об этом думаете? Несколько лет назад была очень популярна книга «Я – ОК, ты – ОК». Мне сложно судить, я слишком хорошо знаю людей. Я бы выразил это иначе: «Я не ОК, ты не ОК, но это ОК».

Пациентка (смеется): Похоже на мой брак.

Терапевт: Да, но вы не можете смириться с тем, что ваша жизнь не ОК. Иногда стоит принять тот факт, что мы все немного странные. Другими словами, мы можем сделать «ненормальное нормальным» и принять жизнь как она есть. Кто захочет быть «нормальным», когда можно быть живым, естественным и настоящим! Простых людей не бывает, но каждого можно постараться понять и принять.

Пациентка: В этом есть смысл.

Пациентка: В этом есть смысл.

Терапевт: Важно понять, что никто из нас не обязан соответствовать чьим-либо ожиданиям. Так проще принимать и прощать людей, строить с ними отношения. Может, ваши комплексы, условно говоря, – лишь ручная кладь, а не пять огромных чемоданов претензий и обид.

Эмоциональные схемы в отношениях помогают выявить автоматические мысли, установки и условные правила. Например, мужчина в приведенном выше примере склонен к предсказаниям («Она будет жаловаться вечно»), навешиванию ярлыков («Она жалобщица»), личным претензиям («Она не ценит то, как много я работаю»), драматизированию («Ее жалобы никогда не закончатся»), преувеличению («Она все жалуется и жалуется»), обесцениванию («Конечно, она много чего делает, зато я должен слушать ее жалобы»), черно-белому мышлению («Все, что она делает, это жалуется, она постоянно жалуется») и предъявлению требований («Она не должна так много жаловаться»). Эти автоматические мысли лежат в основе заблуждений о выражении эмоций и жалоб: «Если она все время жалуется, значит, она не ценит то, что имеет, и то, что я делаю для нее»; «Этому нужно положить конец»; «Если мужчина содержит семью, жене не на что жаловаться»; «Если она жалуется на меня, я должен защищаться» и «Моя жена должна говорить логично и по существу».

Личные убеждения этого человека по поводу эмоций не позволяют ему предположить, что они сигнализируют о потребностях человека. Напротив, мужчина воспринимает эмоции как помеху при решении проблем, считая логику, факты и конкретные действия единственным стоящим инструментом: «Если мы не решаем проблему, тратим время зря». Все люди по-разному понимают, в чем суть общения. Для одних (чаще всего мужчин) общаться нужно только с целью решить проблему, в то время как для других (чаще всего женщин) общение – обмен впечатлениями и эмоциями (Tannen, 1986, 1990, 1993). Впервые понятия «коммуникация» и «функциональность» противопоставил друг другу американский социолог Толкотт Парсонс, выделив две роли человека в рамках семьи (и группы) – инструментальная и экспрессивная. Первая ориентирована на выполнение задачи, вторая – на выражение и обмен эмоциями (Parsons, 1951, 1967; Parsons & Bales, 1955). Хотя значимость этих ролей меняется в зависимости от культурных ценностей общества, чаще всего люди выбирают для себя одну из двух ролей: одним ближе инструментальная (решение проблем, выполнение задач, использование фактов и логики), другим важнее эмоциональный аспект (обмен эмоциями и впечатлениями). При близком контакте носителей этих ролей будут преследо-

вать непонимание и конфликты. Конечно, обе роли важны, но еще важнее уметь сочетать и то и другое, что улучшит взаимодействие.

Неформальное общение часто предполагает вклад каждого участника, например обмен анекдотами, любыми впечатлениями или мнениями, не связанными с решением какой-либо проблемы, то есть приятное времяпрепровождение («Я выслушаю тебя, а ты выслушаешь меня, и нам будет хорошо вместе»). Зацикленность человека на обмене полезной информацией, решении проблем и разговорах по существу заставляет его обесценивать эмоциональную сторону, обмен впечатлениями, интересными историями и другими «не стоящими внимания рассуждениями». Два разных взгляда на суть общения приводят к возникновению двух полярных точек зрения: общение – это исключительно обмен фактами либо только эмоциями и впечатлениями. Исследования на данную тему показали, что в большинстве случаев неформальное общение не имеет определенного практического значения (Dunbar, 1998).

Неформальное общение играет большую роль в супружеских отношениях. Эмоциональная привязанность продлевает жизнь в браке. С эволюционной точки зрения фактор эмоциональной близости укрепляет отношения с целью заботы друг о друге, продолжения рода, воспитания детей, социализации и сплоченности в рамках группы (Bowlby, 1973, 1980). Чувство привязанности способствует выработке окситоцина – гормона, который вызывает желание любить и заботиться, обладает успокаивающим и противотревожным эффектом (Olf et al., 2013). Исследования уровня окситоцина в крови живых существ разных видов, включая человека, показали, что данный гормон отвечает за чувство привязанности, помогает создать пару, стимулирует выработку грудного молока у матери, вызывает потребность в тактильном контакте и способствует формированию родительских чувств по отношению к детям (Love, 2014).

Необходимым компонентом любых отношений (особенно супружеских) являются прикосновения. Исследования, проведенные Тиффани Филд и ее коллегами, показали, что прикосновения чрезвычайно важны при выхаживании недоношенных младенцев, а взрослым людям помогают облегчить боль, увеличивают внимательность, снижают депрессивный настрой и укрепляют иммунитет. На начальном этапе исследования Филд наблюдала за рожденными раньше срока младенцами, которые находились в инкубаторах и были лишены тактильного контакта. Основываясь на данных более ранних исследований на тему привязанности и прикосновений, Филд и ее коллеги прописали этим детям «терапию прикосновениями» – персонал или мать ребенка должны были в течение дня несколько раз поглаживать младенца. Было замечено, что в результате терапии прикосновениями такие дети на 47 % прибавили в весе и на шесть дней раньше выписывались из больницы (Field et al., 1985; Scafidi et al., 1990). Год спустя эти дети все еще опережали сверстников в физическом и умственном развитии. Было обнаружено, что терапия прикосновениями облегчала боль у страдающих артритом, а также в послеоперационный период. Терапия массажем снижала уровень стресса и тревоги у ВИЧ-положительных мужчин, оказывала укрепляющее действие на иммунитет (Ironson et al., 1996). Такой же эффект массажной терапии отмечался у женщин с раком груди: через пять недель терапии повысился уровень дофамина, увеличилось количество здоровых клеток и лимфоцитов (Hernandez-Reif, Field, Ironson, et al., 2005). Положительное воздействие массажной терапии было отмечено и в случае работы с детьми (в возрасте 2,5 лет), больных церебральным параличом: улучшились моторные функции и снизилась спастичность мышц (Hernandez-Reif, Field, Largie, et al., 2005).

Прикосновение – неотъемлемая часть общения. По типу прикосновения можно определить эмоциональное состояние собеседника, испытывает он гнев, страх, отвращение, любовь, благодарность или симпатию. Наблюдая прикосновения людей со стороны, можно сказать, какие отношения их связывают (Hertenstein, Keltner, App, Bulleit & Jaskolka, 2006, p. 531): «Симпатию выражают через похлопывания и поглаживания, злость – толчками и сжатием, отчаяние передается через отталкивание и отстранение, благодарность – это рукопожатия, страх – вздрагивание, любовь – поглаживания».

Терапевт, практикующий терапию эмоциональных схем, должен оценить, в какой степени прикосновения присутствуют в жизни супругов (объятия, поцелуи, поглаживания), а также выяснить, насколько они готовы их дарить и принимать (Dunbar, 2012). Терапевт может поинтересоваться у каждого из партнеров, как обстояли дела с прикосновениями в их жизни: «Вас в детстве часто обнимали и носили на руках? Как вы относились к прикосновениям?»

Роль прикосновений в жизни человека огромна, поэтому данному компоненту эмоционального опыта стоит уделить внимание. Отношение человека к прикосновениям зависит от его эмоционального опыта и модели привязанности, зародившейся в детстве.

Работа с эмоциональными схемами в межличностных отношениях и неадаптивными копинг-стратегиями

Схемы эмоционального реагирования пациента на эмоции партнера и его заблуждения насчет того, что эмоции нужно контролировать, рассмотренные выше, являются причиной неадаптивного поведения. Такое поведение одного партнера, скорее всего, вызовет отрицательную реакцию у другого, тем самым заставив первого еще раз утвердиться в своем мнении о том, что эмоции вредят отношениям. Это повлечет за собой презрительное отношение к партнеру, саркастические замечания в его адрес, отвергающее поведение, игнорирование, отказ от общения, попытки обесценить и подавить эмоции партнера и навязывание своего взгляда на решение проблемы. Подобные стратегии поведения сами по себе представляют проблему в отношениях, усиливая эмоциональную реакцию партнера, заставляя его защищаться либо нападать.

Как реагировать на эмоции партнера

В любых отношениях могут возникать сложности и недопонимание, если у партнеров разные стили эмоционального реагирования, стратегии и стили поведения в конфликтной ситуации. Одному важно говорить о своих чувствах, для другого это напрасная трата времени. Один из партнеров привык опираться на логику и факты, другой более всего ценит доверительность и открытость в выражении чувств и эмоций. Задача терапии эмоциональных схем – помочь партнерам осознать эти различия и найти общий язык для гармоничного общения.

Отношения и ценности

На первом этапе работы с парой необходимо прояснить ценности и цели каждого из партнеров. Чаще всего та или иная реакция на ситуацию возникает под влиянием определенного триггера в виде автоматических мыслей, предубеждений и внутренних установок (например, «я не такой, как надо», «я непривлекательный», «я заслуживаю большего», «меня

используют»). Терапевт может задать ряд вопросов каждому, чтобы помочь понять, какими человек хотел бы видеть свои отношения: «Как ваш партнер должен воспринимать ваши отношения: что думать и как чувствовать? Для вас важно, чтобы ваш партнер чувствовал, что его уважают и о нем заботятся, что он (она) для вас на первом месте, что его (ее) вклад в отношения ценят и что он (она) может довериться вам и чувствовать свою защищенность?» Конечно, список ценностей в каждом случае будет разным, но при его составлении важно делать акцент на чувствах, уважении, признательности, благодарности и других положительных качествах. Это позволит партнерам почувствовать себя ближе друг к другу и создаст атмосферу доверия.

Осознанность

В отношениях важно относиться к чувствам, мыслям и поведению партнера внимательно, бережно, с пониманием, непредвзято, без осуждения и оценивания. Такой осознанный подход позволит вовремя отследить свой триггер, сконцентрироваться на происходящем в данный момент и отреагировать адекватно ситуации. Например, вместо того, чтобы сказать или сделать что-то «на автомате», можно сделать шаг назад и посмотреть на происходящее как бы со стороны. Это позволит не попасть под влияние слов и действий партнера, уберечь от импульсивной реакции.

Отследить свои триггеры

Управлять своими чувствами возможно, если знать, какие триггеры запускают те или иные эмоции и с какими эмоциями справиться сложнее всего. Например, если женщина полагает, что часто испытывает гнев, то предугадывая и отслеживая подобные ситуации, она убеждает себя от последствий нежелательной реакции. Что чаще всего заставляет злиться: если партнер не ценит ее профессиональные достижения, слишком занят собой, не желает участвовать в воспитании детей либо контролирует каждое ее действие? Зная свои триггеры, можно обсудить их с партнером и выработать стратегии поведения, которые позволяют избежать непонимания и конфликтов в паре.

Отследить триггеры партнера

Знать триггеры партнера так же важно, как и свои. Например, жена знает, что ее муж ревнив и нервничает, когда она уезжает в командировку. Супруги могут обсудить, к каким категориям относятся мысли, запускающие ревность мужа (предсказание, драматизирование, чтение мыслей, личные претензии), и какое поведение за этим следует (допрашивание, требование оправданий, отказ от общения). Жена может отследить свою автоматическую реакцию на ревность мужа, например защита, навешивание ярлыков («Ты ненормальный»), нападение или извинения, и понять ее целесообразность. Таким образом супруги найдут оптимальный выход из ситуации и избегут конфликта (см. главу 10).

Понять разные стили эмоционального реагирования друг друга

Как обсуждалось выше, у каждого человека свой стиль эмоционального реагирования: кто-то предпочитает говорить о чувствах, переживаниях и близости, а кто-то выбирает разговоры «по существу», не любит демонстрировать чувства и более сдержан. Часто люди склонны воспринимать реакцию партнера на свой счет, рассматривают ее как угрозу отношени-

ям, свидетельство отчуждения или способ манипуляции. Например, если одному из партнеров важно описывать свои чувства, другому стоит быть более терпеливым. Если же вместо этого сказать: «Давай ближе к делу», – такое действие вызовет недовольство и возмущение. В этой ситуации, во избежание конфликта и непонимания, партнеры могут признать разные стили реагирования и не принимать поведение друг друга слишком близко к сердцу.

Выделить время и место

Человеку нужно время, чтобы осознать свои чувства и выразить их, а также чтобы эти чувства принять. Как говорилось ранее, партнеры по-разному относятся к выражению чувств: кому-то нужно время, чтобы высказаться, а кто-то нетерпелив. Некоторые люди хотят, чтобы их партнеры высказывались «ближе к делу», не любят «тратить время зря», полагая, что общение должно быть строго по существу. Эмоции для них неинформативны и бессмысленны. Согласно другой точке зрения, эмоции стоят того, чтобы впускать их в свою жизнь и уделять им достаточно внимания. Дело в том, что эмоции непостоянны и привязаны к ситуации, следовательно, их не нужно контролировать или подавлять.

Кроме того, партнеры могут договориться, в каких случаях и в какой степени эмоции уместны. Например, женщина, переживающая смерть отца, может слишком погрузиться в свое горе, а ее партнер не предпримет ничего, чтобы помочь ей справиться с ним. Терапевт может сказать следующее: «Прямо здесь и сейчас твоя жизнь наполнена разными смыслами и обязательствами, найдется в ней место и для переживания утраты. Воспоминания об отце всегда будут вызывать грусть и навсегда останутся в твоём сердце».

Жизнь человека настолько многогранна, что вместит в себя и радость, и печаль. Это сосуд, наполненный водой: «Представь, что твоя жизнь – океан, в который постоянно поступает вода из рек, новых и старых. Одна из рек – твоя печаль. Не сопротивляйся горю, прими его, и оно найдет свое место». Терапевт должен донести до пациентов, как важно быть открытым новому опыту, позволить эмоциям быть здесь и сейчас и признать их право на существование.

Сфокусированное сочувствие

Пол Гилберт (2009), клинический психолог, основатель такого психотерапевтического направления, как терапия, сфокусированная на сострадании, ввел понятие «сострадательный ум». Для него характерны принятие, любовь и доброта, безоценочность, желание облегчить страдания и боль другого. Чувство сострадания вызывает выработку окситоцина и ассоциируется с принятием. Когда человека критикуют, ему довольно сложно дарить любовь и доброту. Чтобы понять, что из себя представляет сострадательный ум, можно подумать о ком-то в своей жизни, кто всегда дарил любовь и заботу: представить себе его лицо, волосы, фигуру, голос и глаза, излучающие сострадание, а затем впустить этот образ в себя. Удерживая в памяти приятные воспоминания и ощущения, обиженный человек может мысленно направить луч сострадания обидевшему его партнеру, тем самым ослабляя свои негативные чувства. Можно написать письмо сострадания партнеру с пожеланиями мира в душе и благополучия. Не все, однако, готовы отдаться чувствам и мыслям о сострадании, считая это уделом слабых и глупым занятием. Тем не менее именно сострадание способно помочь справиться с нетерпимостью и осуждением.

Действие сострадательного ума хорошо иллюстрируют детско-родительские отношения. Мужчина средних лет рассказал, что до сих пор злится на мать за ее эгоистичное и манипулятивное поведение. Терапевт попросил рассказать о детстве и молодости матери. Оказалось, что она не смогла получить образование, потому что должна была присматривать за братьями. Кроме того, его бабушка покончила с собой, когда матери было 12 лет, так что на ее плечи легла забота о семье. Рассказывая о матери, пациент понял, насколько нелегкой была ее жизнь, и почувствовал к ней жалость. Во время сессии терапевт исполнял роль матери пациента, а пациент направлял ей свое чувство сострадания. В конце концов пациент смог простить свою мать. И хотя в их отношениях все еще присутствовали сложности, общаться стало легче. Техника «сострадательный ум» позволила пациенту иначе воспринимать свою мать – сочувственно и без осуждения.

Гибкая система реакций

Эмоции партнера часто захватывают врасплох и заставляют реагировать привычным, но неэффективным способом. Здесь терапевт помогает расширить диапазон реакций. Обсуждение можно начать следующим образом: «Когда ваш партнер расстроен и жалуется вам, что вы обычно делаете?» Ответ поначалу может быть вполне безобидный («Я стараюсь его выслушать»), но затем выясняется, что реакция была несколько иной («Я говорю ему, что он повторяется»). Пациенты бывают удивлены, когда узнают, что способны контролировать свои навязчивые мысли, а также сознательно выбирать, как реагировать на чувства партнера: «Я так понимаю, вы всегда одинаково реагируете на жалобы партнера. Вы не думали, что есть и другие варианты? Что если попробовать отреагировать иначе? Например, пусть у вас будет на выбор несколько техник: не принимать на свой счет, оценить последствия, найти объяснение, попробовать разобраться вместе, принять чувства партнера, помнить о его положительных качествах, проявить сострадание. Конечно, из этого списка каждый раз можно выбирать что-то одно».

Имея возможность выбирать подходящую реакцию, человек в силах прогнозировать нужный результат. Иметь выбор – значит быть более гибким и эффективным.

Детальная проработка критериев эмоциональных схем

При работе с парой в рамках терапии эмоциональных схем можно отдельно разбирать каждый критерий, рассмотренный ранее в данной главе: с позиции психологических теорий, когнитивной оценки, ролевых упражнений и поведенческих экспериментов. В каждом случае терапевт может воспользоваться стандартными опросниками когнитивного подхода, расспрашивая пациента о затратах и выгодах какого-либо убеждения, аргументах «за» и «против». Примеры на эту тему приведены в главе 4 и в начале данной главы.

Длительность: «Если она разойдется, это надолго».

Терапевт: Вы считаете, что вашей жене бывает сложно успокоиться. Что вы чувствуете, когда думаете об этом?

Пациент: Много чего, в первую очередь отчаяние. Еще это меня расстраивает и злит. Ей бы стоило взять себя в руки.

Терапевт: Значит, вам не все равно, как чувствует себя ваша жена.

Пациент: Да, я переживаю за нее, но слушать ее жалобы изо дня в день невыносимо.

Терапевт: Значит, вас приводят в отчаяние ее бесконечные жалобы. Что вы ей говорите, когда она начинает жаловаться?

Пациент: Я говорю ей, что она опять жалуется, но она продолжает. И еще жалуется, что я ее не слушаю.

Терапевт: Значит, когда вы делаете ей замечание, это не помогает. Давайте разберем вашу мысль о том, что жена не может успокоиться и это будет продолжаться вечно. В чем преимущества и недостатки данного убеждения? Сначала разберем недостатки.

Пациент: Я в отчаянии, меня это злит. Кажется, ничего нельзя с этим поделать.

Терапевт: У вас появляется чувство беспомощности и безнадежности. А в чем преимущества вашего убеждения насчет эмоций жены?

Пациент: Их нет. Не знаю. Вероятно, что-то и можно сделать.

Терапевт: Хорошо. А что насчет бесконечности ее эмоций? Бывало ли так, что одна эмоция вашей жены сменяла другую и что она испытывала много разных эмоций?

Пациент: Вы попали в точку. Она очень эмоциональный человек, и в основном с ней легко и весело.

Контроль: «Она расстраивается и не может взять себя в руки. Ей бы следовало лучше владеть собой»

Терапевт: Вы полагаете, что ваша жена не владеет собой. Что произойдет, если ее эмоции совсем выйдут из-под контроля?

Пациент: Я боюсь, что не смогу справиться с ее эмоциональностью.

Терапевт: На что это будет похоже, как вы думаете?

Пациент: Не знаю. Я не думал об этом.

Терапевт: Хорошо. Что вы делаете, когда видите, что ее эмоции вышли из-под контроля?

Пациент: Я стараюсь убедить ее иначе относиться к ситуации, пытаюсь образумить. Я хочу решить проблему, а ей бы только жаловаться.

Терапевт: Итак, вы попытались ее образумить и сконцентрироваться на решении проблемы. Что было дальше?

Пациент: Она расстраивается еще больше и говорит, что я ее не слушаю.

Терапевт: Может, не стоит пытаться контролировать и изменить ее, а просто выслушать и постараться понять?

Пациент: Она этого и хочет. А если она станет еще больше жаловаться?

Терапевт: Не знаю. Вы уже пробовали так?

Пациент: Нет.

Терапевт: Вы попробовали брать под контроль ее эмоции, и это не сработало. Но вы еще не пробовали дать ей высказаться и выразить все, что у нее накопилось. Вы и правда боитесь, что все станет хуже?

Пациент: Да, выслушать ее до конца я еще не пробовал.

Отсутствие понимания: «Не пойму ее. Она должна быть довольна»

Терапевт: Вы считаете, что для выражаемых чувств у вашей жены нет оснований. Почему вы так думаете? Разве в чувствах нет смысла?

Пациент: Она расстраивается по пустякам, например из-за работы по дому. Не понимаю, зачем жаловаться. Просто возьми и сделай – я так считаю.

Терапевт: Похоже, вы не понимаете, почему она переживает из-за работы по дому. Если бы вы спросили у жены, что ее расстраивает, как думаете, что она сказала бы?

Пациент (с сомнением): Может, она хочет, чтобы я понял, почему она так чувствует.

Терапевт: То есть ей важно, чтобы ее поняли. Но, похоже, для вас это не является весомой причиной.

Пациент: Я знаю, что выгляжу глупо. Я знаю.

Терапевт: Общаться можно с разной целью. Это может быть и желание добиться понимания, потребность поделиться впечатлениями, просто раскрыться.

Пациент: Если бы это пришло мне в голову раньше, я бы так не злился. **Терапевт:** Бывает ли такое, что и вам хочется быть понятым?

Пациент: Да, довольно часто.

Терапевт: Удалось ли вам почувствовать себя понятым во время нашего разговора? **Пациент:** Да.

Терапевт: Как вам это ощущение?

Пациент: Замечательно.

Отсутствие обоснования: «Она реагирует не так, как все»

То, что пациенту кажутся странными эмоции жены, можно приравнять к таким критериям, как навешивание ярлыков, личные претензии, обвинение, отстранение и обесценивание партнера. Убеждение, что нужно быть «как все», основано на идеализированном представлении одного партнера о том, какими должны быть отношения. Мнение другого партнера при этом не учитывается.

Терапевт: Похоже, вы считаете эмоции вашей жены несколько странными, не такими, как у других людей в похожей ситуации. Что это за уникальные чувства?

Пациент: То, как она расстраивается по любому поводу. Она переживает по пустякам.

Терапевт: Я понимаю, иногда она бывает огорчена. Но, по-моему, это часть человеческой натуры. Ведь вы тоже расстраиваетесь, когда рассказываете о жене.

Пациент: Вы правы. Я огорчен. Но она расстраивается из-за мелочей.

Терапевт: Но в жизни каждого из нас полно досадных мелочей, которые ее портят: шум, дорожные пробки, ожидание лифта и многое другое.

Пациент: Верно. Я терпеть не могу ждать лифт.

Терапевт: Значит, ваша жена мало чем отличается от всех нас. Любой человек может огорчиться, выйти из себя и начать нервничать.

Пациент: Думаю, теперь это будет меня меньше расстраивать.

Логичность: «Она должна говорить понятно и по существу»

Логичность не является основной характеристикой неформального эмоционального общения, которое предполагает «взаимные поглаживания», обмен анекдотами, опытом и впечатлениями.

Терапевт: Вы сказали, что вас расстраивает отсутствие логики и смысла в поведении жены. Почему вас это так беспокоит?

Пациент: Я думал, вы как когнитивный терапевт должны меня понять. Она говорит бессмысленные вещи.

Терапевт: Ну, лично я довольно часто говорю своей жене бессмысленные вещи. Мы все такие, разве нет?

Пациент: Вообще-то вы правы. И со мной такое бывает. Но она-то должна быть логичной.

Терапевт: Не знаю. Общение может быть просто обменом впечатлениями. Это значит быть самим собой. Как вы реагируете, когда, на ваш взгляд, в ее рассказе нет логики?

Терапевт: Не знаю. Общение может быть просто обменом впечатлениями. Это значит быть самим собой. Как вы реагируете, когда, на ваш взгляд, в ее рассказе

нет логики?

Пациент: У меня пропадает желание продолжать разговор.

Терапевт: Однако лучше, что вы можете сделать для своей жены в этой ситуации, – выслушать ее и показать, что вам не все равно.

Обвинение: «Проблема в ней – она все усложняет»

Убеждение в том, что проблема в партнере, свидетельствует о наличии серьезных разногласий и сопровождается чувством беспомощности, отстранением.

Терапевт: Вы часто обвиняете свою жену, называете ее нелогичной и чересчур эмоциональной, и это вас расстраивает. Вам нравится обвинять ее?

Пациент: Не очень. Но проблема в ней.

Терапевт: Думаю, мы все иногда создаем проблемы другим людям. Все зависит от того, что считать важным. Если для вас важны логика и следование правилам, жена будет доставлять вам проблемы. Но ведь она просто человек со своими мыслями, чувствами и реакциями. Постарайтесь принять то, что она имеет право не оправдывать ваши ожидания.

Пациент: Думаю, тогда я буду меньше злиться. Но ее слова иногда выводят меня из себя.

Терапевт: Иногда такое бывает. Можно попробовать понять, что заставляет ее говорить такие вещи. Но разве обвинения решат проблему?

Пациент: Нет.

Отсутствие принятия: «Терпеть не могу ее угрюмость»

Есть мнение, что принять эмоции партнера – значит потакать ему, это лишь усугубляет проблему. Принятие в первую очередь подразумевает признание права партнера на свои чувства, без осуждения и желания их изменить: «Если я принимаю то, что тебе грустно, я не буду отгораживаться от твоей грусти. Я буду сопереживать и не стану мешать тебе». Научиться принятию несложно.

Терапевт: Интересно, смогли бы вы принять то, что ваша жена иногда говорит слишком эмоционально и не по существу, просто выражает свои чувства?

Пациент: Это сложно. Мне хочется ей помочь, чтобы она почувствовала себя лучше.

Терапевт: Вы хотите ее поддержать, потому что любите. Она не чужой вам человек, поэтому вам трудно принять ее чувства. Но вы сможете ей еще больше, если попытаетесь понять и принять ее чувства.

Пациент: Боюсь, если я приму ее чувства, она даст им волю.

Терапевт: В отношениях двух любящих людей важно быть рядом, когда это необходимо. Ваша жена нуждается в чем-то, и вы можете это с ней обсудить. Вероятно, ей нужны ваша поддержка и внимание.

Пациент: Она бы с вами согласилась.

Терапевт: Говорят, покупатель всегда прав.

Пациент (*смеется*).

Отсутствие смысла: «Я не желаю слышать ее жалобы. В них нет смысла»

Наше исследование RESS показало, что готовность партнеров разделять чувства друг друга и видеть в этом смысл – необходимая составляющая стабильных отношений. Но дело в том, что наличие смысла в эмоциях признается не всегда. Эмоции партнера выглядят лишенными смысла, не похожими на эмоции других людей, не поддающимися контролю и продолжительными во времени. В этой главе я еще буду рассматривать причины, которые не позволяют партнерам признать наличие смысла в эмоциях друг друга.

Терапевт: Похоже, ваша жена ищет вашего сочувствия, хочет поделиться своими чувствами, убедиться, что вы переживаете за нее.

Пациент: Да, но стоит ли потакать ее жалобам?

Терапевт: Я понимаю, что вы имеете в виду: «Если я буду ее выслушивать, она будет жаловаться еще чаще». А что если своими жалобами она просто привлекает ваше внимание?

Пациент: Это так. Это меня и смущает. Я не хочу, чтобы она погружалась в отрицательные эмоции.

Пациент: Это так. Это меня и смущает. Я не хочу, чтобы она погружалась в отрицательные эмоции.

Терапевт: Интересно то, что жалобы – это выражение потребности быть услышанным. Человек будет жаловаться до тех пор, пока не получит желаемого. Например, дети будут действовать взрослым на нервы, пока те не обратят на них внимания.

Пациент: Это и правда интересно. Я ведь и кричу на нее, потому что думаю, что она меня не слышит.

Терапевт: Подумайте об этом. А если она вам скажет: «Знаю, я много жалуюсь, и тебе тяжело это слушать. Но я очень благодарна тебе за терпение» – как вы будете себя чувствовать?

Пациент: Намного лучше.

Терапевт: Может, вам обоим стоит найти смысл в переживаниях друг друга?

Способ выражения: «Ей бы все говорить и говорить, а я хочу проблему решить»

Выражение эмоций не всегда продуктивно, и это может приводить к ссорам. Если эмоции одного партнера слишком сильные, у второго возникает желание их подавить. В результате более эмоциональный партнер чувствует себя непонятым и отвергнутым.

Терапевт: Вы чувствуете раздражение и отчаяние, когда ваша жена начинает говорить вам о своих чувствах. Что первое приходит вам в голову?

Пациент: Что она никогда не остановится.

Терапевт: Это было бы ужасно. А что вы ей при этом говорите?

Пациент: Это меня злит. Я говорю: «Ты опять? Хватит жаловаться! Другие люди столько не жалуются».

Терапевт: И что происходит дальше?

Пациент: Она начинает злиться на меня, продолжая при этом жаловаться. Это злит меня еще больше.

Терапевт: Почему бы не дать ей выговориться, а потом сказать: «Я вижу, тебя что-то беспокоит. Расскажи мне о своих чувствах, а я постараюсь тебя понять».

Пациент: Ей бы это понравилось. А что если она будет продолжать жаловаться?

Терапевт: Знаю, вы этого боитесь. Вам обоим стоит обсудить правила слушающего и говорящего. Например, она говорит в течение 10 минут, а вы просто слушаете. При необходимости можно уточнить, правильно ли вы ее понимаете.

Пациент: Да, но она обвиняет меня.

Терапевт: Слушать нелегко, поэтому стоит разработать правила. Она может говорить о том, чего ждет от вас, например, хочет, чтобы вы помогли ей с детьми, но ей нельзя называть вас, скажем, эгоистом.

Пациент: Думаю, мы обязательно попробуем.

Сценарий «победитель-проигравший» и эмоциональные схемы

Довольно часто во время ссор в паре каждый из партнеров стремится доказать другому свою исключительную правоту. Общение происходит в форме защиты и обвинений в попытках определить, кто прав, а кто виноват. При этом один из партнеров принимает на себя роль жертвы, а другой выступает в роли тирана. В подобных ситуациях партнеры воспринимают эмоции друг друга негативно («У тебя нет права быть разочарованным, огорчаться, злиться и т. д.»); отказываются считаться друг с другом («Если я поддержу ее, то признаю ее правоту» или «Если я поддержу его, он будет постоянно жаловаться»); считают проявление чувств пустой тратой времени («Зачем мне это? Если бы она так не злилась, проблем бы не было»); относятся к отношениям как к борьбе за власть, где один должен быть слабым, а другой сильным; считают необходимым опираться на факты и логику, а не на взаимопонимание и заботу друг о друге; стремятся во что бы то ни стало «установить истину». Таким

образом, целью любого разговора становятся соперничество партнеров, поиск правды, демонстрация силы и установление контроля.

Например, муж назначил жене встречу у входа в парк в 15:00, а она пришла в 15:30. В течение десяти минут жена пыталась убедить его, что встреча была назначена на 15:30. На протяжении всего разговора они выясняли, кто виноват, припоминали друг другу прежние ошибки, приводили «факты», обвиняли друг друга в рассеянности. В этом примере наглядно представлены негативные эмоциональные схемы, взаимные обвинения и борьба за власть внутри пары. При этом партнеры не желают слушать доводы и разделять чувства друг друга. Неадаптивные убеждения и установки в борьбе за лидерство внутри пары выглядят следующим образом:

«Необходимо установить факты».

«Эмоции отвлекают от фактов, логики и решения проблемы». «Если я приму точку зрения партнера, признаю свою неправоту».

«Если я не прав, меня будут критиковать и обвинять за все подряд».

«Очень важно выиграть спор и доказать, что я прав».

Пока партнеры действуют в рамках сценария «победитель-проигравший», объяснить им важность эмоций, взаимного уважения, сочувствия, безоценочного отношения друг к другу довольно сложно. В своей работе терапевт может использовать серию вопросов и техник.

Затраты и выгоды сценария «победитель-проигравший»

Определив тип взаимодействия партнеров как соперничество, терапевт может предложить рассмотреть затраты и выгоды сценария «победитель-проигравший». Например, в главе 4 женатый мужчина определил свой выбор в пользу «логики и фактов» тем, что так легче получить результат; логика надежнее эмоций; в семье будет порядок; факты и логика вносят больше ясности, чем эмоции жены. Затраты сценария «победитель-проигравший» он видит так: будет больше ссор; оба партнера недовольны; упор делается на прежние ошибки; это вредит эмоциональной и сексуальной близости; оба партнера разочарованы и рассержены, не чувствуют уверенности друг в друге. Оценив затраты и выгоды, мужчина сделал вывод, что упор на факты чаще усугубляет конфликт и не способствует решению проблемы.

Определить, в чем заключается победа

В любом конфликте важно понять, в чем заключается победа и какую цель преследуют партнеры. Можно провести параллель с военным конфликтом, где без четко поставленной цели нельзя достичь договоренности. Разбирая спор супругов по поводу встречи в парке, терапевт построил разговор с мужем следующим образом.

Терапевт: Вам кажется необходимым обязательно выиграть этот спор. Какой аргумент будет решающим? Какую реакцию жены вы хотели бы видеть?

Пациент (смеется): Даже не представляю. Наверное, чтобы она со мной согласилась. Но этого не будет.

Терапевт: Ясно. Давайте представим, что она признала свою ошибку насчет времени. Что дальше?

Пациент: Думаю, мы перестанем спорить.

Терапевт: И что потом?

Пациент: Возможно, она расстроится и обидится.

Терапевт и пациент пришли к выводу, что демонстрация силы, попытка установить контроль или подавить партнера не укрепят отношения. Желание победить в споре, стремление контролировать эмоции партнера лишь усугубляют конфликт. В отношениях не должно быть победителя и проигравшего. Важны взаимопонимание, забота, принятие, близость и согласие.

Что значит иметь другую точку зрения

Часто иметь другую точку зрения означает проблему, с которой нужно немедленно разобраться. Несогласие воспринимается как отсутствие уважения, способ манипуляции, желание показать свою силу, недоверие к партнеру или даже как угроза отношениям.

Терапевт: Вас расстраивает, что ваша жена с вами не соглашается. Почему вас так беспокоит то, что у нее другая точка зрения?

Пациент: Она относится ко мне снисходительно, как к ребенку.

Терапевт: Ясно. Я вижу, вам это неприятно. Давайте представим, что она и правда относится к вам снисходительно. К чему это может привести?

Пациент: Я перестану себя уважать, а уважение важно для меня.

Терапевт: То есть если она думает иначе, значит не уважает, поэтому вы не можете себя уважать. Но какая здесь связь?

Пациент: Я об этом не думал. Наверное, ее одобрение и согласие важны для меня.

Терапевт: Если бы вы меньше зависели от ее одобрения, вы меньше злились бы и позволили бы ей иметь свое мнение, даже если бы, на ваш взгляд, оно было неправильным?

Пациент: Думаю, да. Я бы оставил ее в покое.

Счастье = логика: да или нет?

Для некоторых людей стабильные отношения – это соперничество, основанное на стремлении партнеров при помощи логики и фактов убедить друг друга в своей исключительной правоте. При этом эмоциональные переживания и потребности игнорируются.

Терапевт: Похоже, вы считаете, что, убедив партнера в своей правоте при помощи фактов и логики, вы укрепите отношения. У вас это уже получалось?

Пациент: Мы не ссорились бы, если бы у нас все было хорошо.

Терапевт: Значит, если бы ваша жена признала вашу правоту, ссоры бы не было. Но разве возможно, чтобы два человека всегда были солидарны? У вас случаются разногласия с друзьями и коллегами?

Пациент: Конечно, но меня это не беспокоит.

Терапевт: Наверное, потому что это не очень близкие люди. Как вы думаете, для крепких отношений важнее логика или близость, доверие, забота?

Пациент: Да, но и факты важны.

Терапевт: Как вам такие слова: «У нас с женой отличные отношения и великолепный секс, потому что мы приводим одни и те же факты»?

Пациент (*смеется*): Такого не может быть. Это звучит глупо.

Терапевт: Когда между вами есть тепло и доверие, что происходит?

Пациент: Мы очень это ценим и доверяем друг другу.

Терапевт: Тогда что важнее, факты и логика или забота и сочувствие?

Пациент: Забота и сочувствие.

Слушать партнера и уважать его чувства важнее, чем решить проблему

Сценарий «победитель-проигравший» предполагает нацеленность на решение проблем и прояснение ситуации. Ценящий логику муж часто говорил своей жене: «Изложи факты». Другими словами, он хотел прояснить ситуацию, чтобы понять суть проблемы и найти решение. У жены сложилось впечатление, что у мужа нет времени выслушать ее и постараться понять.

Терапевт: Я заметил, как вы сказали: «Изложи факты». Вы будто торопитесь прояснить ситуацию, как на деловой встрече. По вашему мнению, что при этом почувствовала ваша жена?

Пациент: Наверное, она почувствовала, будто я не хочу слышать о ее чувствах и пытаюсь ее контролировать. Она мне это уже говорила.

Терапевт: Ясно. И все же что она чувствует? Она обижена, огорчена, расстроена или злится?

Пациент: Думаю, все вместе. Я знаю это. Но ведь я хочу прояснить ситуацию, чтобы понять, что сделать. А ей бы все жаловаться, и от этого все только хуже.

Терапевт: Так вы хотите помочь ей и думаете, ваш метод сработает?

Пациент: Нет, получается только хуже.

Терапевт: Попробуйте делать все постепенно. Сначала найдите время и выслушайте ее, просто внимательно слушайте. После того как выслушали, вы можете понять, что ее расстраивает, и предложить свою помощь в решении проблемы. Возможно, ей просто нужно, чтобы ее выслушали.

Пациент: Просто слушать тяжело.

Терапевт: Да, для вас это непросто. Но вы умеете справляться с трудностями, например на работе. Однако далеко не все ее проблемы на самом деле являются проблемами.

Пациент: Вы правы. Да. Иногда ей просто нужно выговориться.

Терапевт: Если использовать ваши слова, ее проблема в том, что ей надо выговориться. Так что, выслушав ее, вы решите проблему.

Каждый имеет право на свою истину

Люди, убежденные в том, что человеку в жизни доступны лишь две роли (победителя либо проигравшего) и что для всех существует одна «правда», стремятся во что бы то ни стало (иногда настойчиво) донести эту истину до других. Однако вариантов развития межличностных отношений гораздо больше, ведь каждая сторона привносит в отношения неповторимую индивидуальность, свои потребности, а также уникальный жизненный опыт. Например, человек, выросший с контролирующей матерью, будет крайне чувствителен к разным просьбам, поскольку станет воспринимать их как попытку партнера доминировать и демонстрировать власть. Другой человек будет относиться к любой форме проявления чувств как к стремлению нарушить его личные границы и в результате отталкивать партнера, тем самым пресекая любую возможность физического взаимодействия. Для одного человека критериями оценки собеседника являются невербальные способы выражения чувств, для другого важны вербальные характеристики партнера. Таким образом, выстраивая

зона, выстраивая терапевтическую сессию на базе эмоционально-ориентированного подхода совместно с диалектическим поведенческим подходом, нужно донести до клиента мысль, что в отношениях не существует единственно верного варианта развития событий, что гораздо важнее разобраться и понять, как видит ту или иную ситуацию каждый участник.

Терапевт: Такое впечатление, что временами вы слишком прямолинейны в оценке событий, для вас будто существует только ваша правда, иных вариантов вы не признаете. Но что если ваша жена видит данную ситуацию иначе и то, что истинно и очевидно для вас, не является таковым для нее?

Пациент: Я вас не понимаю. Правда всегда одна.

Терапевт: Конечно, нас этому учили в школе. Но, с другой стороны, у каждого человека свой взгляд на вещи, своя история и травматический опыт, потребности и желания. И каждый воспринимает происходящее в зависимости от того, какая из перечисленных составляющих актуальна в конкретный момент времени.

Пациент: Тогда получается, что факты не имеют значения?

Терапевт: Каждый человек оценивает факты, исходя из текущего состояния и того, что важно для него в данный момент. Например, если вы сейчас посмотрите вокруг, на что обратите внимание в первую очередь?

Пациент: Я вижу синюю картину на стене и экран вашего компьютера.

Терапевт: Да, эти вещи здесь присутствуют. Впрочем, как и множество других, которые мы с вами тоже видим: книги, газеты, мои дипломы на стене, лампы, окна, свет и тень. Представьте на минуту, что ваша жена выделяет из всего многообразия предметов в комнате нечто другое, то, что для нее важнее в данный момент.

Пациент: И как нам тогда договориться?

Терапевт: Может, вам это и не требуется. Вероятно, то, что вам действительно необходимо, это признать, что у каждого есть свой личный опыт, ожидания и потребности, а также то, что вы в состоянии это принять. Например, когда вдвоем смотрите фильм, вы во всем соглашаетесь друг с другом?

Пациент: Нет. Иногда мы сходимся во мнении, но, бывает, она обращает внимание на что-то, а я этого даже не заметил.

Терапевт: Так и в жизни. Разные ожидания, опыт, точки зрения. То, что очевидно для вас, необязательно является очевидным для нее.

Индивидуальные различия не вредят отношениям

Довольно часто отношения между людьми считаются близкими, только если в них царят абсолютное согласие, единодушие мнений и духовная близость. Но на практике данная модель является идеализированной и нежизнеспособной. По-настоящему близкие отношения, кроме перечисленного, предполагают еще и реалистичный взгляд на партнера. Это союз двух взрослых людей, каждый из которых приходит в отношения со своим жизненным опытом, ценностями, знаниями, ожиданиями, своим взглядом на мир и уникальным способом самовыражения. Наряду с мнением, что истинная близость между людьми возможна лишь при тотальном совпадении во всем, также существует мнение, что конфликтность в паре будет неумолимо расти и отношения обречены на провал, если партнеры признают свою непохожесть, которая может со временем усилиться. Например, консервативный муж будет постоянно критиковать придерживающуюся либеральных взглядов жену.

Терапевт: Когда жена рассказывает вам о своих ожиданиях, связанных с политической деятельностью кандидата, похоже, вас это злит. С чем это связано?

Пациент: Не выношу, когда она не видит реальности, это неблагоприятно. Сколько можно ей объяснять?

Терапевт: Значит, вас расстраивает то, что она вас не слышит. Но я не понимаю, почему разница во взглядах является для вас проблемой? Почему это так беспокоит?

Пациент: Я знаю, прозвучит странно, но это заставляет меня думать, что мы – два абсолютно разных человека.

Терапевт: Но ведь так и есть – вы два разных человека. Однако, похоже, несовпадение ваших политических взглядов означает для вас, что между вами нет ничего общего?

Пациент: Да, это так: ты со мной либо против меня.

Терапевт: Если между вами нет ничего общего, что это для вас значит?

Пациент: Для меня это значит, что мы не являемся единым целым.

Терапевт: Итак, как я понимаю, отношения невозможны, если кто-то в паре имеет точку зрения, отличную от точки зрения партнера, и если партнеры в чем-то не похожи, они не составляют единое целое. Я понимаю, почему вас это беспокоит. Но неужели вы и правда думаете, что между вами нет ничего общего?

Пациент: Конечно, у нас много общего. Одни и те же ценности и взгляды почти на все, мы любим двух наших дочерей, нам обоим нравятся многие вещи.

Терапевт: Возможно, разногласия с женой напоминают вам то, как с вами общался отец, как он не принимал точку зрения, отличную от его собственной, и что вы себя при этом чувствовали маленьким и незначительным. Это так?

Пациент: Именно так. Но моя жена совсем не похожа на моего отца.

Перефразировать, признать и узнать больше

В стремлении одержать победу и доказать свое превосходство в паре один партнер может обесценивать или подвергать сомнению точку зрения другого, что усиливает разногласия в отношениях. Напротив, активное и эмпатичное слушание, признание права другой стороны на свое мнение и выражение искренней заинтересованности в том, о чем рассказывает партнер, позволяет наладить доверительное общение, когда никто не обвиняет и не защищается.

Как было сказано ранее, доминирующему партнеру активное слушание дается тяжело. Он боится, что другой партнер подавит его, унизит, будет постоянно изводить жалобами, не даст вставить слово и, в конце концов, победит. Справиться с этими страхами поможет уход от сценария «победитель-проигравший» в сторону понимания. Пока каждый из партнеров думает, что существует лишь его правда, им будет сложно услышать друг друга. Ниже дан пример работы с партнерами, придерживающимися разных политических взглядов.

Терапевт: Вам важно выиграть в этом споре, доказать партнеру свою правоту, используя факты и логику. Значит, вы выиграете, если ваш партнер проиграет, но это лишь усугубит конфликт. Почему бы вам не попробовать действовать иначе: стараться не победить, а понять. Вот тетрадь. Слушайте вашу жену очень внимательно и запишите, в чем заключается ее позиция и что она при этом чувствует. Если она скажет, что вы все поняли верно, значит, вы справились с заданием. Не нужно соглашаться с ее мнением – просто понять.

Пациент: Хорошо, я попробую. Значит, я должен просто понять?

Терапевт: Верно.

(Супруга излагает свою точку зрения, на почве которой возник конфликт.)

Пациент: Значит, ты считаешь, что он будет хорошим мэром, потому что займется благотворительностью? А как же налоги? Вдруг станет хуже?

Терапевт: Отлично, вы перефразировали ее слова насчет помощи бедным, но затем перешли к разглагольствованию. Ваша задача – не высказывать свое мнение, забыть про него на время, а постараться понять, о чем думает и что чувствует ваша жена. Вы записываете ее слова, а не высказываетесь сами.

Пациент: А у меня будет шанс высказаться?

Терапевт: Да, но позже. Сейчас вам нужно сказать, как вы поняли жену. Сначала попробуйте научиться внимательно слушать.

Научиться договариваться

Каждый из партнеров в соперничающих отношениях стремится доказать, что другой не прав, и часто не готов идти на компромисс. Научившись договариваться и принимать точку зрения друг друга, партнеры могут достичь взаимопонимания. Ниже дан пример работы с парой, у которой есть восьмимесячный ребенок. Жена жалуется, что муж уделяет им мало времени.

Терапевт: Я вижу, с появлением ребенка начались проблемы – и вас обоих это беспокоит. Пусть каждый выскажет свою точку зрения на ситуацию. Затем попробуйте согласиться друг с другом хотя бы по нескольким пунктам.

Муж (обращается к жене): Ты говоришь, что я провожу мало времени с тобой и Рэйчел, тебя это расстраивает. Думаю, ты права. Но я так устаю к концу дня, что у меня просто нет сил.

Терапевт: Итак, сначала вы озвучили претензию жены, затем высказались в свою защиту, что может привести к очередной ссоре. Постарайтесь сначала просто согласиться с женой.

Муж (обращается к жене): Ты права, я слишком занят на работе, поэтому уделяю мало внимания тебе и Рэйчел. Я понимаю, тебя это огорчает.

Жена: Да, ты будто не с нами.

Муж: Ты права. Иногда так и есть.

Терапевт: А теперь, Сюзан (жена), попросите Марва рассказать о том, что его беспокоит, и попробуйте в чем-нибудь согласиться с ним.

Муж (обращается к жене): Я целый день на работе, отвечаю на звонки. Мой начальник – сложный человек. Ты знаешь, как я боюсь потерять работу, ведь тогда

я не смогу содержать тебя и Рэйчел. Знаю, ты взяла отпуск по уходу за Рэйчел, и я ценю это. Но я очень переживаю из-за работы, и мне иногда сложно сконцентрироваться.

Жена (*обращается к мужу*): Я понимаю, что работа важна для тебя и что ты устаешь. Ты боишься потерять работу, но ты хороший работник...

Терапевт (*вмешиваясь*): У вас хорошо получилось перефразировать и согласиться, но затем вы стали будто разубеждать мужа. Сейчас важно научиться разделять точку зрения партнера. Ваша цель – понять мужа, а не переубедить его.

Жена (*обращаясь к мужу*): Ты говоришь, что не расслабляешься даже дома и тебе сложно переключиться на нас с Рэйчел.

Муж: Да. Но это не значит, что я не люблю вас. Просто беспокоюсь.

Терапевт: Как вы оба теперь себя чувствуете?

Жена: Намного лучше.

Жена: Намного лучше.

Муж: Я слишком много переживаю.

Структура обмена эмоциями

Несмотря на то что многие партнеры признают необходимость уважать чувства друг друга, не все понимают, как это делать правильно. У эффективного общения должна быть структура: как, когда и что сказать, какой при этом должен быть результат. Как показывает практика, обвинения, обесценивание и отстранение, высокомерие и соперничество приводят к конфликтам и дисфункциональным реакциям. Чтобы помочь партнерам научиться общаться более эффективно, терапевт может раскрыть им 10 способов быть услышанным (см. рис. 12.1). Эти рекомендации предназначены только для терапевтов и не подлежат публичному распространению.

Отказ выслушивать чувства партнера: причины не слушать

Многие техники когнитивно-поведенческой терапии направлены на изменение мыслей, поведения и способа общения, но применить их в реальной жизни бывает непросто. Ранее мы рассмотрели структуру одного из стилей обмена эмоциями – сценарий «победитель-проигравший» – и обсудили способы работы с ним для улучшения качества общения в паре. Нежелание выслушивать партнера и уважать его чувства имеет в основе ряд убеждений, которые надо обсудить с пациентом.

«Борьба за власть»

Как было сказано ранее, многие пары являются заложниками поведенческого сценария «победитель-проигравший». Считается, что более эмоциональный партнер лидирует в паре и часто выигрывает в споре. Порой мужчинам кажется, что активное слушание лишает их мужественности и превращает в «тряпку»: «Ты хочешь вытирать об меня ноги?» (см. так-

же «Гендерное мышление» ниже). Из-за этого убеждения мужчина старается захватить власть и установить контроль, обесценивает, унижает и критикует («У тебя отсутствует логика – одни эмоции»). При обсуждении целесообразности борьбы за власть внутри пары, аргументов «за» и «против» можно обнаружить внутренние установки или схемы. В частности, мужчина, не желающий чувствовать себя «тряпкой», рассказал о своем властном и грубом отце: «Он просто говорил, чтобы мы заткнулись и что от нас мало толка. Если же мы не слушались, бил нас. Я его очень боялся и терпел, пока он не ударил мою мать. Мне исполнилось 16, и я был уже сильнее его. Тогда я просто схватил его и швырнул о стену».

Таким образом, в данном случае нежелание принимать эмоции партнера объяснялось детским травматическим опытом мужчины, а именно его схваткой с отцом.

1. **Выберите удобное время.** Иногда мы хотим, чтобы нас выслушали немедленно. Но партнер может быть чем-то занят: смотрит телевизор, готовит ужин, отдыхает, работает или просто не в настроении. Зная привычки своего партнера, вы сможете найти подходящий момент для разговора. Например, «серьезный разговор» вряд ли стоит начинать перед сном или если ваш партнер только что вернулся с работы. Если вы начали говорить, а партнер вас не слушает, спросите: «Тебе сейчас удобно разговаривать?» А если обращаются к вам, будьте честными и объясните причину. Не язвите и не отмазывайтесь.
2. **Не уходите от темы.** Довольно часто, начав говорить об одном, человек увлечается и перескакивает на другое. В этой ситуации партнер теряет интерес и отвлекается, разговор не клеится. Чтобы получить желаемый результат, необходимо держаться в рамках первоначальной темы. Выражать свои мысли четко и ясно, не обрушивать на партнера поток информации, дать ему возможность подумать и ответить. Фокусируйтесь на главном. Можно договориться с партнером о времени, которое выделите разговору: «Мы можем потратить 10 минут и обсудить это с тобой?» Это сделает обсуждение более конкретным и результативным.
3. **Сделайте паузу и ждите реакции.** Иногда нам хочется высказать сразу все, что накопилось, без остановки, не давая партнеру вставить и слово. Не торопитесь, обдумывайте свои слова, делайте паузы и давайте высказаться партнеру: в разговоре должны участвовать двое. Если вы не уверены, что партнер вас правильно понял, спросите: «Ты можешь повторить, что я сказал(а)?» Если хотите знать мнение партнера, можно сказать: «Поправь меня, если я не прав(а)». Если вы хотите решить проблему, скажите следующее: «Я бы хотел(а) все-таки решить этот вопрос».
4. **Не драматизируйте.** Иногда кажется, что для того, чтобы быть услышанным, нужно слегка преувеличить. Иногда в этом и правда есть смысл, но если вы постоянно все преувеличиваете, на это перестанут обращать внимание. Лучше придерживаться фактов и не нагнетать ситуацию. Говорите спокойно, не уходите от темы, не торопитесь и не повышайте голос. Так больше шансов быть услышанным. Обдумайте, как и что вы хотите сказать, стоит ли приукрашивать факты.
5. **Не нападайте.** Вы не добьетесь результата, если будете критиковать и обвинять собеседника. Навешивание ярлыков («идиот», «кретин», «большой ребенок») или преувеличение («всегда ты так») — неверная тактика. Изложить свою точку зрения и настоять на своем можно иначе. Нужно делать это в более мягкой форме («ты бы мне очень помог(ла), если бы сделал(а) уборку») и вежливо («был(а) бы тебе очень признателен(на), если бы ты сходил(а) в магазин»). Это принесет больше пользы, чем фразы типа: «Таких эгоистов, как ты, еще поискать».
6. **Скажите партнеру, что вы хотите решить проблему или поделиться чувствами.** Иногда нам просто нужно выговориться. Это нормально, но и партнер должен об этом знать. Так, можно договориться, сколько времени пара выделяет на обмен чувствами, а затем переходит к решению проблемы либо меняет тему разговора.
7. **Слушать — не всегда значит соглашаться.** Иногда мы думаем, что собеседник обязательно должен с нами соглашаться и чувствовать то же, что и мы. Нам кажется, это единственное доказательство того, что нас слушают. Однако это не так. Слушать — значит слышать, понимать, принимать и перерабатывать информацию. Я могу слушать человека и при этом не разделять его точку зрения. Ты и я — два разных человека. Если я не соглашаюсь с тобой, это не значит, что ты

мне безразличен. Это значит, я тебя слышу. Но иногда партнер хочет, чтобы собеседник был согласен с ним на 100%. Это нереально и несправедливо. Мы должны признать, что все мы разные: в этом заключен огромный потенциал роста. Общаясь с тем, кто нас понимает и переживает за нас, но не согласен с нашим мнением, мы получаем возможность посмотреть на ситуацию с другого ракурса.

8. **Уважайте советы.** Если вы просите у партнера поддержки и совета, скорее всего, их и получите, совет уж точно. Это может вызвать у вас сарказм и недоверие. Однако партнер старается помочь.

хотя это, вероятно, не совсем то, что нужно. Но если вы хотите, чтобы вас слушали, должны уважать советы собеседника. Необязательно им следовать, но обязательно уважать собеседника. Примите его совет как пищу для размышления и не пытайтесь обесценить помощь.

9. **Если вы говорите о проблеме, предложите вариант решения.** Как я говорил ранее, вы можете хотеть лишь поделиться чувствами и мыслями. Но иногда полезно подумать о возможном решении вероятной проблемы. Некоторые люди любят сразу переходить к решению, а их собеседникам это кажется преждевременным. Если вы — инициатор разговора, попробуйте действовать следующим образом: описывая проблему, предложите ее возможное решение. Это будет лишь предположительное и предварительное решение, одно из многих. Если вы начнете думать над решением проблемы, это придаст сил. А когда приступить к решению (сейчас, позже или никогда) — решать вам.
10. **Цените того, кто ценит вас.** Инициатору разговора важно с уважением относиться к своему слушателю, не давить на него и не занимать все его время. Он должен поставить себя на место слушателя, которому непросто. Конечно, слушая, он может получать от этого удовольствие, но все равно делает это на благо партнера. Почему не поблагодарить его за это? Поблагодарите партнера за уделенное время и терпение. Цените того, кто ценит вас.

Рис. 12.1. Десять способов быть услышанным. Лихи (2010).

Использовано с разрешения

Презрительное отношение к партнеру или его мнению

Некоторые люди используют презрение или сарказм как средство наказать партнера за его жалобы. Например, один мужчина обычно реагировал на жалобы жены следующим образом: «Наверное, сегодня тот самый день месяца», «Принеси мне пива» и др. Своим поведением он хотел показать ей, как глупо она выглядит. Терапевт спросил у него, что при этом могла чувствовать и думать жена: «Наверное, она думает, что я идиот, ведь, честно говоря, так и есть. Я просто не знаю, что сказать, когда она начинает жаловаться». Он также заметил, что в ее жалобах слышит критику в свой адрес, что вполне оправданно. Однако если он с ней согласится, будет чувствовать себя униженным, испытает чувство вины, а жена этим воспользуется. Терапевт предложил вместо сарказма и самокритики реагировать иначе — проявить больше сочувствия. Мужчина неохотно согласился извиниться перед женой и обещал поработать над своим поведением.

Гендерное мышление

Некоторые мужчины, как в примере выше, считают, что выслушивать и разделять чувства партнера не по-мужски: мужчина должен быть сильным, не поддаваться эмоциям и являться лидером, а эмоции — удел женщин и женоподобных мужчин. В данной ситуации терапевт может вместе с пациентом поговорить о гендерном мышлении: «Гендерное мышление — это путь к счастью? Вы чувствуете себя настоящим мужчиной, сами себе нравитесь? Как бы вы отреагировали, если бы кто-то повел себя так же по отношению к вашей матери или дочери?» Понятие «гендерное мышление» можно заменить на «традиционное мышление».

Например, в разговоре с терапевтом-мужчиной разведенный мужчина будет описывать женщин исключительно как объект сексуального влечения, отпуская сальные коммента-

рии. Он станет демонстрировать свое пренебрежение и превосходство по отношению к женщинам из собственного окружения. Терапевт может просить, как столь неуважительное отношение к женщинам поможет ему выстроить доверительные отношения, а если подруга уже есть, как она при этом себя чувствует. Задумавшись на эту тему, пациент рассказал, что был несчастен в предыдущем браке: жена ему изменяла, и он узнал об этом на семейной терапии. Пережитое унижение, страх надвигающейся старости и повторения предательства со стороны женщины (которая, кстати, была моложе его) заставляли его изображать из себя «крутого мужика».

Здесь терапевт предлагает сменить тактику и стать «просто человеком» (сочувствующим и заботливым), отнестись к своему партнеру с уважением и любовью, при этом сохранив свое человеческое достоинство. Пациенту можно предложить относиться к другим людям так же, как он хотел бы, чтобы относились к нему или к его 23-летней дочери. Подобная человеко-ориентированная терапия помогла конкретному пациенту, поскольку он уважительно относился к людям, был в сущности хорошим человеком и нуждался в любви. Он отказался от стремления быть «крутым мужиком» в пользу быть «просто человеком» – сочувствующим, заботливым, таким, чтобы можно было гордиться собой.

Дисрегуляция эмоций

Некоторым людям настолько трудно слушать своих партнеров, что они вынуждены давать волю агрессии либо уходить от разговора. Исследования показали, что во время ссоры у человека и правда может ухудшиться самочувствие. Агрессивная реакция, впрочем, чаще свойственна мужчинам (Gottman & Krokoff, 1989). В результате подобной эмоциональной реакции (которую трудно сдерживать) человек стремится заставить партнера прекратить разговор или даже покинуть помещение. Эмоциональный накал так высок, что человек чувствует себя как в западне, из которой нет выхода.

В данном случае терапевт может констатировать проблему дисрегуляции эмоций, которая решается с помощью определенных техник. Сюда относится предвосхищение ситуаций, в которых эмоции могут выйти из-под контроля; отслеживание автоматических мыслей (например, «Это никогда не закончится»); безоценочная осознанность и наблюдение вместо оценивания и контроля; активное слушание и признание; выделение для чувств времени и места; поочередное выслушивание и отражение вместо стремления убедить и одержать верх; совместное решение проблемы как способ преодолеть разногласия. Эти техники позволяют человеку совладать со своими эмоциями и справиться с ощущением беспомощности в конфликтной ситуации. К другим техникам эмоционального регулирования можно отнести отвлечение внимания, выход из помещения на несколько минут («тайм-аут»), когнитивная реструктуризация, саморегуляция, действие наоборот, значимость момента, принятие и другие.

«Не хочу потакать жалобам»

Довольно распространено – даже среди некоторых терапевтов – убеждение, что, активно слушая и признавая эмоции партнера, человек потакает его жалобам. Способов охладить эмоциональный накал партнера много – это может быть сарказм, контроль, отстранение и др. Терапевт же способен привести в пример младенца, который плачет до тех пор, пока его не успокоят. Так и партнер будет жаловаться, пока его не услышат. Конечно, существует закон эффекта, согласно которому люди стремятся повторить тип поведения, которое поз-

воляет им удовлетворить свои потребности (потребность в выражении эмоций тоже существует до тех пор, пока «система» не разрядится, то есть пока эмоциональные потребности не будут удовлетворены).

В подтверждение этого в рамках сессии можно разыграть ситуацию конфликта: пациент играет роль жалобщика, терапевт активно слушает и поощряет его. Обычно жалобщик довольно быстро перестает жаловаться, когда видит, что его «понимают»: «Как только я увижу, что ты понимаешь меня, я прекращу жаловаться». Для сравнения терапевт может предложить разыграть другую сценку, в которой он обесценивает эмоции пациента. Этот пример показывает, что обесцениванием жалобы не остановить. Как только человек получает понимание и признание, он прекращает жаловаться.

«Проблемы необходимо решать»

Довольно широко распространено убеждение, что цель любого общения – решить проблему. Поэтому общение воспринимается как обмен фактами, постановка цели и решение поставленной задачи. При этом обмен эмоциями и впечатлениями воспринимается как бессмысленная

как бессмысленная трата времени и энергии. Однако, с точки зрения другого партнера, в процессе взаимодействия важно получить понимание, внимание и заботу. В случае неудовлетворения этих своих потребностей он будет чувствовать себя одиноко. Как ни странно, довольно часто нацеленный на решение проблемы партнер может сказать про себя: «Мне важны чувства моего партнера, поэтому я хочу решить проблему».

Терапевт может предположить, что обе задачи одинаково значимы – быть услышанным и решить проблему, но лишь тот, кто начал разговор, может решить, что важнее для него на данный момент. Если он увидит, что собеседнику не терпится перейти к решению проблемы, может сказать: «Я просто хочу поделиться с тобой своими впечатлениями, решение проблемы – совсем не то, что мне сейчас нужно». Партнеры могут обсудить, *стоит ли* решать проблему сейчас, позже или никогда, но окончательное решение все равно должен принимать инициатор разговора. Иногда проблема действительно есть, сформулировать ее можно как «услышать, что говорит партнер». Тогда решением будет «понять своего партнера».

Вывод

Эмоциональные схемы – одна из основных причин конфликтов между партнерами. В процессе взаимодействия они могут преследовать разные цели: добиться внимания, что достигается посредством жалоб и демонстрации своих чувств; решить проблему, обесценив эмоции другого через сарказм, отстранение или презрение. В основе этих дисфункциональных моделей поведения лежит убеждение, что выражение эмоций не имеет временных рамок; эмоции неадекватны вызвавшей их ситуации, поэтому их нужно контролировать; признавать право партнера на эмоции нельзя. А также заблуждения по поводу того, что выслушивание партнера, поощрение его на выражение эмоций или признание их правомерности превратят любое общение в паре в нескончаемый поток жалоб. Эмоциональные схемы способны помочь разобраться с этими убеждениями, а специальные когнитивно-поведенческие техники помогут наладить гармоничное общение.

Глава 13

Эмоциональные схемы в терапевтических отношениях

Психотерапия – это поиск смысла.

А. Маслоу

Уже при первом знакомстве с когнитивно-поведенческой психотерапией я поверил в действенность ее методов и техник, оценил рациональный подход. Мои личные устремления были направлены на достижение целей, решение проблем, рациональное мышление и выполнение поставленной задачи. Мне казалось, что я преуспел в искусстве спора, и гордился своей находчивостью, остроумием. В частной жизни я любил применять когнитивно-поведенческие техники, чтобы справиться с тяжелыми мыслями и одиночеством, преодолеть прокрастинацию, бороться с тревогой и профессионально развиваться. Я думал, что если эти техники помогли мне, значит, они помогут и другим.

Но мои пациенты показали, что я мыслил слишком узко, переоценивал значимость логики и личного опыта. Я им очень благодарен: они помогли мне понять самого себя. Кем я был? Еще учась в колледже, я мечтал стать драматургом и поэтом, искал смысл в трагедиях, произведениях Ницше, Кьеркегора и Сартра. Оглядываясь на свою молодость и студенческие годы, я прослеживаю диалектику своего развития. Меня волновали эмоциональные и экзистенциальные аспекты бытия, вызывала восторг строгость британской аналитической философии и ее способность вскрывать противоречия, основываясь на законах разума и логики. Мне кажется, развитие терапевтических отношений идет тем же путем. С одной стороны, терапевты стремятся извлечь максимум пользы из когнитивно-поведенческих техник, с другой – показать своим пациентам насыщенность, богатство и глубину их эмоционального опыта. Оба способа в равной мере значимы, действенны и ценны. Иногда терапевт напоминает возницу Платона: пытаюсь обуздать бешеную лошадь, стремящуюся унести в неизвестные дали, нужно понимать, куда она хочет попасть. Наши эмоции – отражение наших потребностей. Именно благодаря эмоциям мы понимаем, получили ли мы желаемое.

На данный вопрос можно взглянуть иначе. Пациенты приходят к терапевту, чтобы получить один из двух видов помощи – в том, чтобы «собрать себя воедино», либо наоборот – «разобрать себя на части». В любом случае задача терапевта – создать безопасное пространство, оказать пациенту поддержку и научить его заботиться о себе. Если уж пациенту нужно «разобрать себя на части», пусть он делает это в присутствии заботливого и надежного профессионала.

Не все терапевты придерживаются одинакового мнения насчет работы с эмоциями. Позвольте попросить вас, читателей-терапевтов, подумать над вопросами, приведенными на рис. 13.1, и решить, к какому типу терапевтов относитесь вы. Будьте честными! Не позволяйте разуму диктовать вам, что чувствовать. Какое поведение вы обычно замечаете за собой? Часто ли критикуете своих пациентов за отсутствие логики? Считаете ли вы, что не стоит тратить время на обсуждение эмоций? По вашему мнению, важнее быстро «поставить диагноз» или разобраться в переживаниях пациента? Необходимо ли с максимальной оперативностью изменить чувства и мысли пациента? Как вы себя чувствуете, когда пациент плачет во время сессии? Вам из-за этого неловко? Вы думаете, что не должны испытывать неловкость? Хотите ли вы, чтобы вашему пациенту стало лучше как можно быстрее? Вам

тяжело выдерживать страдания пациента? Вы сразу бросаетесь на помощь? Посещает ли вас мысль: «Он не должен так чувствовать»?

Теперь представьте, как бы ваши пациенты ответили на вопросы, представленные на рис. 13.2 (информация на рис. 13.1 и 13.2 только для частного пользования и распространению не подлежит). Как, по мнению ваших пациентов, вы реагируете на их эмоции? Они считают, вы отводите для них достаточно места и времени? По их мнению, вы склонны оспаривать то, как они чувствуют или думают? Считают ли пациенты, что вы склонны навешивать ярлыки, критиковать? Полагают ли они, что вы боитесь услышать от них что-то «неприличное»? По мнению ваших пациентов, вы хотите, чтобы они были эффективны и логичны в своих действиях, несмотря на внутренний разлад? Пациенты считают, что вы хотите, чтобы они «мыслили логически», «двигались к цели», «преодолевали трудности», «не поддавались эмоциям» или «чувствовали себя хорошо»?

Инструкция. Оцените себя как терапевта по каждому критерию эмоциональной схемы согласно шкале:

1 = Абсолютно неверно 2 = Отчасти неверно 3 = Немного неверно
4 = Немного верно 5 = Отчасти верно 6 = Абсолютно верно

1. Способность понять	Я помогаю пациентам разобраться в их эмоциях	_____
2. Признание ценности	Я даю пациентам возможность почувствовать мою заботу и понимание эмоций, которые они испытывают	_____
3. Чувство вины/стыда	Я заставляю пациентов почувствовать стыд и вину по поводу их эмоций	_____
4. Упрощенный взгляд на эмоции	Я помогаю пациентам понять, что иметь смешанные чувства — нормально	_____
5. Ценности	Я помогаю пациентам соотносить эмоции и ценности	_____
6. Контроль	Я часто думаю, что пациенты не в ладах со своими чувствами	_____
7. Нечувствительность	Я часто чувствую безразличие, когда пациенты говорят о своих чувствах	_____
8. Логичность	Я думаю, что у пациентов часто отсутствует логика	_____
9. Длительность	Я думаю, что негативным эмоциям пациентов нет конца	_____
10. Консенсус	Я помогаю пациентам понять, что другие люди чувствуют то же самое	_____
11. Принятие	Я принимаю и выдерживаю тяжелые чувства пациентов, не стараюсь повлиять на них	_____
12. Мучительные размышления	Я вновь и вновь пытаюсь понять, откуда у пациентов такие переживания	_____
13. Выражение	Я поощряю выражение чувств и разговоры о них	_____
14. Обвинение	Я критикую пациентов за то, что они сильно переживают	_____

Рис. 13.1. Шкала эмоциональной схемы терапевта

Теперь спросите себя, как бы вы хотели, чтобы пациенты думали о вашей реакции на их эмоции? В чем разница?

Инструкция. Оцените реакцию терапевта на ваши эмоции по шкале:

	1 = Абсолютно неверно	2 = Отчасти неверно	3 = Немного неверно
	4 = Немного верно	5 = Отчасти верно	6 = Абсолютно верно
1. Способность понять	Терапевт помогает мне разобраться в моих эмоциях	_____	_____
2. Признание ценности	Терапевт дает мне возможность почувствовать свою заботу и понимание эмоций, которые я испытываю	_____	_____
3. Чувство вины/стыда	Терапевт критикует меня и заставляет почувствовать стыд и вину по поводу моих эмоций	_____	_____
4. Упрощенный взгляд на эмоции	Терапевт помогает мне понять, что иметь смешанные чувства — нормально	_____	_____
5. Ценности	Терапевт помогает мне соотносить эмоции и ценности	_____	_____
6. Контроль	Терапевт думает, что я не в ладах с моими чувствами	_____	_____
7. Нечувствительность	Терапевт часто чувствует безразличие, когда я говорю о моих чувствах	_____	_____
8. Логичность	Терапевт думает, что у меня часто отсутствует логика	_____	_____
9. Длительность	Терапевт думает, что моим негативным эмоциям нет конца	_____	_____
10. Консенсус	Терапевт помогает мне понять, что другие люди чувствуют то же самое	_____	_____
11. Принятие	Терапевт принимает и выдерживает мои тяжелые чувства, не старается повлиять на них	_____	_____
12. Руминации	Терапевт вновь и вновь пытается понять, откуда у меня такие переживания	_____	_____
13. Выражение	Терапевт поощряет выражение чувств и разговоры о них	_____	_____
14. Обвинение	Терапевт критикует меня за то, что я сильно переживаю	_____	_____

Рис. 13.2. Как терапевт воспринимает мои эмоции

Как негативные эмоциональные схемы пациента влияют на процесс терапии

Представьте себе состояние пациента, который впервые пришел к вам на терапию. Пусть это будет женщина – муж высмеивает ее чувства и называет «сумасшедшей», в связи с чем она несколько лет не может выйти из депрессии. Женщина стыдится своих чувств, боится вновь подвергнуться унижениям, переживает, что ей «уже никогда не станет лучше», и не верит, что кто-то сможет ее понять и помочь. И вот она пришла к вам: ничего о вас не знает; вы для нее – авторитетная личность; возможно, чем-то напоминаете ей отца (мать) или супруга; она искренне ждет от вас помощи. Какой реакции на свои эмоции она может ждать? Не зная вас, она готова открыться и довериться. Как ей это сделать?

Эта женщина может считать, что в ее эмоциях нет смысла; что другие люди так не чувствуют; что ее тяжелые чувства вышли из-под контроля и им нет конца; что она обязана отдавать себе отчет в чувствах; что она подвергнется унижениям, потому что слишком эмоциональна, не контролирует себя, эгоистична, инфантильна, нелогична и даже вызывает неприязнь. Как ей, убежденной в своей ущербности и страдающей от этого, научиться доверять вам – незнакомому человеку? Как открыться?

Негативные эмоциональные схемы пациента могут оказать следующее влияние на терапевта и терапию:

- стыдно делиться своими чувствами;
- страшно дать волю чувствам;
- стыдно и страшно плакать;
- страшно испытать тяжелые чувства при попытке изменить поведение;
- страшно показаться неадекватным из-за переживания эмоций;
- есть уверенность в том, что существуют «хорошие» и «плохие» эмоции;
- есть уверенность в том, что эмоции отражают сущность человека (например, «если я чувствую злость, я злобный человек»);
- терапевт должен взять эмоции пациента «под контроль» либо «утешить» его;
- в «утешении» нуждается лишь слабый и жалкий человек.

Перечисленные негативные эмоциональные схемы могут затруднить процесс терапии, поэтому терапевту нужно с самого начала настраиваться на работу с убеждениями пациента по поводу эмоций. Скорее всего, он будет испытывать страх при работе с эмоциями, и ему придется трудно при выполнении некоторых заданий. Пациент будет избегать неприятных тем для разговора и болезненных воспоминаний, отказываться делиться травматичными и унижительными переживаниями – ведь это может вызвать сильные эмоции. Если пациент боится сталкиваться с эмоциями и делиться ими, он будет держать себя в руках, не позволит себе заплакать и даже может уйти из терапии.

У пациента могут сложиться убеждения и насчет реакции терапевта на его эмоции. Например, он может полагать, что терапевт критикует и отвергает эмоции, либо наоборот, что он будет требовать рассказывать ему о каждом чувстве, каждой мысли, каждом воспоминании. Пациент может думать, что он сам не в состоянии справиться с эмоциями, и возлагать эту обязанность на терапевта. Либо потребность в помощи и сочувствии может восприниматься им как свидетельство его личной слабости.

Ошибки терапевта и их влияние на процесс терапии

Как было сказано ранее, у терапевтов могут быть свои негативные схемы по поводу эмоций в терапии. В некоторых из них терапия представляет собой набор техник для механической работы с симптомами и отработки навыков поведения пациента. Подобная «механическая терапия» порой свойственна терапевтам-новичкам, которые избегают индивидуального подхода к пациенту с его переживаниями и опираются исключительно на техники, составляют планы и ведут протоколы встречи.

Процесс терапии может быть затруднен, если терапевт:

- не поощряет выражение эмоций;
- придает слишком много значения логике и поиску решения проблем;
- считает пациентов «лишенными логики»;

- не уделяет достаточно времени переживаниям пациента;
- не пытается определить, какие эмоции лежат в основе переживаний пациента;
- считает, что целью терапии является улучшение состояния пациента;
- дает понять, что испытывать тяжелые чувства – ненормально;
- считает, что у каждой проблемы есть решение.

Некоторые терапевты не желают иметь дело с эмоциями, предпочитая вместо этого составлять планы, решать проблемы, обращаться к логике и выполнять задания. Работа с эмоциями не должна сводиться к вопросу: «Как вы себя чувствуете?» Кроме чувств пациент должен описать свои физические ощущения, связанные с воспоминаниями, и образы. Следует обращать внимание на невербальные средства, такие как выражение лица и поза; интонации в голосе; паузы во время разговора; ситуации, когда пациент старается скрыть эмоции; ситуации, когда эмоции не адекватны теме разговора. Пациент приходит в терапию для того, чтобы раскрыть свои чувства и освободить эмоции, а не для того, чтобы научиться логически мыслить или исправить поведение. Люди обращаются за помощью к терапевту, так как им трудно справиться с эмоциями. Научить их это делать – первостепенная задача.

Терапевты, придающие слишком большое значение логике и поиску решений, гордятся тем, что их терапия опирается на эмпирические данные, которые они с удовольствием заносят в протоколы. Однако, как я помню, Аарон Бек, основатель когнитивной психотерапии, учил, что цель когнитивной терапии – помогать людям справляться с эмоциями. На видеозаписях показано, как сам Бек проводит терапию: бережно, с сочувствием и заботой, не торопясь. Он виртуозно и незаметно для наблюдателя вплетает техники в работу, помогая пациенту прислушаться к своим эмоциям. Бек не только гениальный когнитивный терапевт, его по праву можно назвать «терапевтом по призванию». Такой терапевт не боится эмоций пациента и уделяет им необходимое внимание. Радостно осознавать, что «терапевтов по призванию» довольно много во всех направлениях психотерапии.

Назвать пациента «лишенным логики» – значит подвергнуть его критике.

Я вспоминаю, как несколько лет назад один неопытный терапевт обратился ко мне за супервизией. Он хотел обсудить ситуацию с пациентом, настроенным слишком критично по отношению к себе, и я предложил ему ролевые упражнения, где исполнял роль пациента. Надо сказать, в этой роли я подвергся довольно жесткому выпадку со стороны терапевта за самокритичное мышление – он бомбил меня одной техникой за другой. После этого я спросил его: «Как, по вашему мнению, должен чувствовать себя пациент после ваших слов?» Он ответил: «Не знаю. Я об этом не думал». На что я сказал: «Если бы пациентом был я, то подумал бы, что вы считаете меня дураком, расстроился и разозлился, решив, что не получу от вас ничего, кроме критики. А я и так страдаю от чрезмерной самокритики». Мы всегда должны думать о том, что говорим пациенту и как он может расценить наши слова.

Еще одна проблема в терапии, когда терапевт не выделяет времени на то, чтобы пациент мог выразить эмоции. Например, иногда в рамках сессии у пациента возникает желание помолчать, чтобы осознать свои чувства и мысли, понять, стоит ли ими делиться. Многим терапевтам трудно выдерживать такое молчание, особенно если, по их мнению, сессия –

активная и непрерывная беседа. Тишина может быть своего рода триггером для терапевта, запускающим его чувство тревоги и беспокойства: «Ничего не происходит. Нужно что-то делать». Когнитивные терапевты и правда довольно часто чувствуют себя неловко, когда пациент молчит, поскольку данный вид терапии предполагает работу с техниками и психологические интервенции. Молчание пациента может стать своеобразной проверкой: «Посмотрим, позволишь ли ты мне быть самим собой» или «Интересно, станешь ли ты немедленно выяснять, что происходит». Если у терапевта возникает желание «разорвать тишину», значит, ему настолько некомфортно, что он стремится побыстрее «заполнить пустоту».

Естественно, молчание пациента не должно длиться бесконечно. Через какое-то время терапевт может поинтересоваться: «Я вижу, вы замолчали. Какие чувства вы сейчас испытываете?» Терапевт может поделиться парадоксальным наблюдением: «Я расцениваю ваше молчание как проявление доверия ко мне». Либо спросить: «Молчание – тоже часть общения, возможность побыть наедине со своими мыслями и чувствами. Интересно, как бы вы хотели, чтобы я вел себя: что сказал или сделал, пока вы молчите?»

Тишина может выражать опасения пациента: «Если я скажу что-нибудь, меня будут критиковать. Или просто не поймут». Терапевт может сказать: «Иногда мы молчим, потому что не уверены, что нас услышат или поймут. Вероятно, у вас когда-то был подобный опыт». Иногда молчание красноречивее слов: «Меня все равно никто не слышит». Молчание содержит информацию как для пациента, так и для терапевта.

Еще одной ошибкой терапевта может быть нежелание разбираться со всей гаммой чувств, лежащих в основе переживаний пациента. Терапевт может уделить слишком много внимания автоматическим мыслям пациента и не обратить внимания на сопровождающие их эмоции. Например, мужчину огорчало, что коллеги не слушали, когда он выступал на собраниях, возможно, не считая его предложения стоящими. Сначала это вызвало у него гнев, и он стал критиковать коллег. В процессе дальнейшей беседы выяснилось, что за гневом скрывалась тревога: «Я боюсь, что меня могут уволить, если работа не будет выполнена. Если я буду слушать только их, мы не справимся – и они обвинят меня». Разобраться с эмоциями можно с помощью правильно выстроенного разговора. Одна эмоция – это дверь, за которой скрывается много других, но пациент может не захотеть ее открывать.

Хотя основная задача психотерапии – помочь справиться с тяжелыми переживаниями, в стремлении «облегчить состояние пациента» есть опасность ограничиться общими разговорами, избегая обсуждения негативных чувств. Например, пациентка в состоянии развода

развода с мужем сказала мне: «Я не понимаю, почему так переживаю». Лечивший ее до меня терапевт обращал внимание лишь на поведение пациентки, недооценивая боль, которую причиняло ей расставание с мужем. Поэтому она не могла понять своих чувств. Она и сама обесценивала свои переживания, скрывая слезы за вежливой улыбкой. Я заверил ее, что у нее есть основания переживать, ведь речь шла о важных для нее вещах, о семье, которую она теряла: «Иногда нам плохо, потому что мы переживаем трудные времена. Это и происходит с вами сейчас, несмотря на то, что вы любите дочь, у вас много друзей, родители поддерживают вас – ведь рушится семья, которая вам очень дорога. Я знаю, вы испытываете много разных чувств, неприятных в том числе, и это будет продолжаться, пока вы не проживете этот период и не обретете себя вновь».

Мне было важно донести до пациентки, что необходимо разрешать себе испытывать тяжелые чувства: это говорит о ее неравнодушии и подчеркивает значимость теряемого объек-

та. «Не надо бояться тяжелых чувств. Ведь вы лишь человек».

Некоторые терапевты воспринимают болезненные чувства пациента как проблему. Например, «проблему» могут представлять гнев, тревога, страх, печаль, апатия, недоверие и другие эмоции. В результате у пациента появляется убеждение: «Эти чувства мешают мне жить». Напротив, согласно положениям терапии эмоциональных схем, негативные чувства не являются помехой нормальной жизни. Так, пациент может выступать перед большой аудиторией, несмотря на страх; может быть вежливым с людьми, даже испытывая гнев; может работать с людьми, которым не совсем доверяет.

В любой из перечисленных ситуаций можно действовать, опираясь на метод «как если бы», предложенный Джорджем Келли 60 лет назад. Келли описал его как «терапию фиксированной роли». Например, пациент играет роль уверенного в себе человека, чтобы собрать информацию, противоречащую его «конструкту». Предположим, если бы я был уверен, что не умею выступать на публике, я бы стал играть роль успешного оратора – действовать по принципу «как если бы» – и, выступая перед людьми, обращал бы внимание на то, как меня принимает аудитория. Этот метод аналогичен «обратному действию» в диалектической когнитивной психотерапии (Linehan, 1993, 2015). Метод «обратного действия» помогает людям от действий, продиктованных чувствами, перейти к действиям, направленным на достижение целей. Таким образом, с точки зрения терапии эмоциональных схем главная проблема заключается не в эмоциях, а в неправильном поведении под влиянием неадаптивных копинг-стратегий (избегание, бегство, самоповреждения или злоупотребление препаратами).

Наконец, ошибочным является поведение терапевта, который заверяет пациента, что у каждой проблемы есть решение и что задача терапии – его найти. Я вспоминаю, как несколько лет назад один опытный когнитивный терапевт сделал довольно спорное предположение: «Если у проблемы нет решения, это ненастоящая проблема». Такое сомнительное и пренебрежительное заявление представляет направление когнитивно-поведенческой психотерапии в довольно невыгодном свете, как нечто поверхностное и искусственное. Например, можно ли сказать человеку, потерявшему ребенка: «Если вашу проблему решить нельзя, это ненастоящая проблема»? Конечно, смерть ребенка – огромная проблема, которую, к сожалению, нельзя решить. Именно это делает данную проблему более чем настоящей. Иногда всем нам приходится учиться жить с настоящими проблемами, а не решать их. Порой нашим пациентам необходимо признать, что трудности, несправедливость, эмоциональные взлеты и падения, одиночество, прежние ошибки являются той реальностью, которую надо принять, с которой нужно смириться, делая при этом выводы. Такие проблемы не нуждаются в решении, они нужны, чтобы воспитывать в нас мужество и стойкость.

Конструктивный подход терапевта и его влияние на терапию

Терапевт может работать над ростом и развитием пациента, признавая при этом важность его эмоций. Поскольку основной запрос пациентов в терапии – научиться жить со своими эмоциями, ниже представлены полезные и конструктивные подходы к работе с эмоциями в терапии:

- показать, что эмоции – ключевой аспект терапии;

- продемонстрировать уважение к эмоциям пациента;
- расспросить пациента о многообразии переживаемых им эмоций;
- признать, что иногда терапия в рамках когнитивно-поведенческого подхода может не приносить желаемого результата;
- связать эмоции и ценности;
- убедить, что эмоции универсальны;
- признать, что иногда жизнь бывает «невыносимой»;
- признать, что иногда кажется, будто страданиям «нет конца», но со временем все проходит;
- признать, что можно испытывать противоречивые эмоции и что это нормально;
- предположить, что важны любые эмоции;
- признать, что все, сказанное выше, не всегда помогает.

Первая сессия – идеальный момент, чтобы уделить внимание как чувствам, так и мыслям пациента, подчеркнув при этом: «Цель терапии – помочь вам разобраться со своими эмоциями». В рамках терапии важно научить пациента жить в ладу со своими эмоциями и расширять их диапазон, учиться управлять эмоциями в повседневной жизни, отказаться от неадаптивных копинг-стратегий (например от избегания) и начать жить в соответствии со своими ценностями. Терапевт может обратиться к пациенту со словами: «Мне нужно знать ваше мнение насчет того, как будет протекать наша работа. Я надеюсь, вы будете говорить о своих чувствах. Мне важно знать, как будут меняться ваши чувства, а вместе с ними – ваша жизнь».

К сожалению, некоторые пациенты выбирают когнитивно-поведенческий подход, потому что думают, что о чувствах здесь не говорят. Например, один мужчина сказал: «Я думал, что в КПТ работают с мыслями и поведением. Почему тогда мы говорим о чувствах? Зачем обсуждаем, как относятся к моим чувствам родители? Я не хочу говорить о чувствах». Этому пациенту требовалась помощь в налаживании связи со своими чувствами. Ему было необходимо научиться доверять терапевту и понять, что иметь чувства – не стыдно и не унижительно, что чувства – важная часть любых взаимоотношений и что именно благодаря им человек понимает, удовлетворены ли его потребности. Такому пациенту необходимо научиться плакать – и он научился.

Важно обращаться к чувствам на каждом этапе терапии, ведь уважение к переживаниям пациента способствует созданию атмосферы доверия, позволяющей ему открыться. Терапевт должен уметь определять, какие чувства следует обсудить в первую очередь. Например, он может сказать: «Я вижу, это вас расстраивает», обращая внимание на невербальную реакцию пациента: «Я вижу грусть в ваших глазах и слышу печаль в голосе. Разделите вашу грусть со мной».

Одна моя пациентка на первой сессии рассказала, что за последние два месяца у нее умер отец, что молодой человек порвал с ней и что она потеряла работу. Из-за рыданий было

трудно разобрать ее слова. Она спросила: «Что со мной не так? Иногда я плачу без причины. Не знаю почему. Я себя не контролирую». Своего бывшего партнера она описала как холодного и расчетливого человека, относящегося к ней с пренебрежением. Ближе к концу сессии состоялся следующий разговор.

Терапевт: Вы считаете, что если плачете, с вами что-то не в порядке. Но вам есть из-за чего плакать: вы потеряли отношения, отца и работу. То, что было важно для вас. Вы расстроены, потому что все это имеет для вас большое значение. Вы говорите, что молодому человеку были безразличны ваши переживания, и будто вините себя за эмоциональность. Но ваши чувства реальны: голос дрожит, вы плачете, в ваших глазах печаль, а руки дрожат. Вы поглощены своими чувствами, вы настоящая.

Пациентка: Знаете, такая чувствительность мне не свойственна. Все равно спасибо.

Терапевт: Как бы вы могли сами убедить себя в том, что имеете право на эти чувства?

Пациентка: Не знаю, я просто так чувствую.

Терапевт: Вы могли бы сказать себе: «Я переживаю эти чувства и имею на них право, потому что я живой человек».

Терапевт может спросить и о других чувствах: «Похоже, вы расстроились [после какого-то события], и это понятно. А что еще вы почувствовали?» Работая в рамках эмоционально сфокусированной терапии, Дж. Гринберг и его коллеги предположили, что пациент может испытывать разные чувства, при этом чувство, которое он описывает как основное, на самом деле может оказаться не самым важным (см. Гринберг, 2002). Например, первой эмоцией пациента может быть печаль, но в процессе дальнейшего обсуждения выяснится, что скрывающиеся за ней тревога и чувство безнадежности беспокоят больше. В этом случае терапевт может спросить: «Если бы вы знали, что скоро у вас все наладится, как бы вы отнеслись к печали, которую испытываете сейчас?» В большинстве случаев при наличии уверенности в будущем печаль перестает сильно терзать пациента.

Я считаю необходимым предупреждать пациентов, переживающих сильные эмоции, о том, что в процессе нашей работы у них может возникнуть ощущение, будто методы когнитивно-поведенческого подхода неэффективны в решении проблемы и что это может затруднить установление между нами доверительного контакта. Любой человек чувствует себя спокойно, когда знает, что его ждет. Честность необходима, но действовать нужно аккуратно. Ведь если в нашей работе заранее сказать пациенту, что некоторые рекомендации могут вызвать недоверие и сомнение («Я хочу помочь вам справиться с вашими чувствами и научиться жить полноценной жизнью, но ход беседы может увести от обсуждения ваших чувств»), пациент, скорее всего, начнет подвергать сомнению процесс терапии.

рапии. В данной ситуации лучше сказать следующее: «Мы будем обсуждать ваши проблемы по мере их возникновения и работать над тем, что важнее для вас в конкретный момент». Это настроит пациента на возможные незапланированные изменения в ходе терапии.

Необходимо связывать эмоции пациента с его ведущими ценностями. Этот подход противоречит мнению о том, что цель терапии – избавить пациента от переживания эмоций. Например, молодая мать рассказала, что беспокоится о том, как ее ребенок будет чувствовать себя в детском саду: «Я знаю, что не должна переживать, но я переживаю». Терапевт: «Это нормально, когда мать беспокоится за своего ребенка. Задача не в том, чтобы перестать переживать, а в том, чтобы научиться воспринимать ситуацию иначе». Пациенту, пережившему разрыв с любимым человеком и страдающему от одиночества, можно сказать: «Вы страдаете от одиночества, потому что тоскуете без любви и заботы, ведь близкие отношения важны для вас». Неудовлетворенная потребность в близости доставляет много страданий. Наши эмоции сигнализируют о чем-то важном для нас, и к ним стоит прислушаться. Еще один способ примириться со своими эмоциями – осознать, что они свойственны всем людям: «Многим знакомо чувство одиночества». Когда пациент понимает это, он начинает чувствовать себя гораздо лучше.

Терапевт может согласиться с пациентом, что иногда «жизнь невыносима». Однако не стоит стараться повлиять на восприятие пациента, предлагая «посмотреть на ситуацию иначе» с помощью когнитивно-поведенческих техник. Вместо этого терапевт может признать, что в жизни и правда бывают тяжелые моменты. То, что терапевт сразу принимает эмоции пациента, помогает создать атмосферу доверия.

В отличие от некоторых терапевтов, для которых в жизни не существует «невыносимых моментов», терапевт, практикующий терапию эмоциональных схем, может с самого начала поддержать пациента в его переживаниях. «Иногда в жизни случаются тяжелые моменты» – универсальная истина для всех, кто переживает не лучшие времена и надеется на то, что его услышат, поймут и поддержат. В такие моменты пациенту кажется, что «он будет стонать вечно», но со временем все проходит. Терапевт может проявить уважение к состоянию пациента в данный момент: «Вы чувствуете себя плохо, и нам обоим стоит относиться к этому с уважением. Важно то, что происходит с вами прямо сейчас. Давайте вместе наблюдаем за этим. И несмотря на то, что со временем ваше отношение к ситуации изменится, ваши чувства здесь и сейчас не утратят свою значимость». Подчеркивание ценности происходящего в настоящий момент напоминает практику осознанности и безоценочного принятия. Пациент может поразмышлять о том, что, как ему кажется, говорят его эмоции в данный момент, поскольку скоро чувства изменятся. Ведь эмоции живут в настоящем.

Цель терапии эмоциональных схем – не избавиться от эмоций, а расширить их диапазон. Терапевт может донести до пациента, что нормально испытывать противоречивые эмоции и что для любых эмоций найдется «свое место». Так, мужчина, чувствующий себя одиноко в субботний вечер, может попробовать разобраться, какие еще чувства скрываются за одиночеством. Это можно делать и в любых других ситуациях. Терапевт может сказать: «Мы часто думаем, что в каждый момент времени испытываем лишь одно чувство. Однако за основным чувством, как правило, скрывается много разных эмоций. Подобно нотам или краскам они делают нашу жизнь разнообразнее. Попробуйте понять, какие эмоции скрыты от вас в данный момент».

Терапевт способен помочь пациенту не только осознать многообразие переживаемых эмоций, но и научить его с ними справляться. Например, в разговоре с разгневанным мужчиной он может предположить, что и другие эмоции заслуживают его внимания: «Прямо сейчас вы чувствуете злость из-за того, что ваш начальник поступил с вами несправедливо. Злость – первое, что человек чувствует в подобной ситуации. Это естественная реакция на

несправедливость. Попробуйте на некоторое время забыть о неприятностях на работе, абстрагироваться от злости и подумать, какие еще эмоции вы испытывали в жизни – в ситуациях, не связанных с работой и с начальником. Несомненно, то, что произошло, важно для вас, но так вы сможете понять, что еще имеет для вас большое значение. Например, рассмотрим чувство благодарности – оно тоже говорит о том, что для вас ценно в жизни. Закройте глаза и подумайте о ком-то или о чем-то, к кому или чему вы испытываете благодарность, и скажите, почему это представляет для вас ценность».

Пациент подумал о родителях, о том, что они любили его и заботились о нем; о своей сестре и ее муже; о своем партнере; о своем образовании и способностях; о разных аспектах работы (даже о своем начальнике); о городе, в котором живет. Терапевт прокомментировал это так: «Иногда мы слишком много внимания уделяем чувству, которое испытываем в конкретный момент, и из-за этого теряем из вида другие эмоции, переживания и возможности. Это все равно что прийти в музей и целый день стоять перед одной-единственной картиной – причем той, которая вам *не нравится*. А ведь в музее столько всего интересного. Спросите себя: “Какие еще впечатления я могу получить? На что обратить внимание?” Любое впечатление – это новые эмоции, а новые эмоции – возможность обрести новый смысл в жизни».

На первых этапах терапии – и дальше при работе с тяжелыми переживаниями – я считаю полезным еще раз повторить, что не всегда и не все складывается так, как нам хотелось бы. Например, даже перечислив весь спектр возможностей нашего психотерапевтического направления, я могу сказать, что какая-то техника может не сработать именно сейчас. Конечно, терапия «обещает» помощь, но на это может уйти время (например, обещание «изменить поведение и образ мыслей пациента, а также его отношение к жизни»). Иногда выполнить обещание удается лишь частично. Удивительно, но предположение о том, что для работы с чувствами требуется время, оказывает успокаивающий эффект – и когда эти чувства сильны и не отпускают (надо потерпеть лишь какое-то время), и когда чувства непостоянны (пациент хочет, чтобы они изменились). В любом случае необходимо поддерживать и поощрять пациента.

Все перечисленные виды конструктивного поведения терапевта говорят о том, что он поддерживает пациента в его чувствах, создает безопасное пространство для выражения эмоций, понимает пациента и не контролирует его. Он сопереживает пациенту, признает его право на страдания, видит в них смысл и ценность; понимает, что страдания зачастую требуют определенного времени и что их не нужно контролировать. Беседа терапевта с пациентом об эмоциях строится на базе основных критериев эмоциональной схемы. Например, выражение эмоций должно поощряться, а признание права на эмоции нужно для стабильных отношений.

Пациент не должен испытывать чувство вины или стыда. Терапевт не должен ему говорить: «Контролируй свои чувства» или «Возьми себя в руки». Принимать надо любые эмоции, ведь они часть человеческой природы и отражение ценностей, говорят о том, насколько удовлетворены потребности человека. Терапевт разбирает весь спектр эмоций, видит в них ключ к пониманию человеком самого себя, поощряет разнообразие, признает наличие противоречивых чувств. Он обсуждает негативные убеждения пациента по поводу его эмоций. В частности, в процессе работы над эмоциями пациент осознает, что не стоит их бояться и что они не длятся вечно.

Природа переноса в эмоциональной схема-терапии

Когнитивные терапевты считают установление терапевтических отношений важным этапом на пути к личностным изменениям (Gilbert, 1992, 2007; Gilbert & Irons, 2005; Greenberg, 2001; Katzow & Safran, 2007; Leahy, 2001, 2005b, 2007b, 2009b; Safran, 1998; Safran & Muran, 2000; Strauss et al., 2006). В рамках когнитивно-поведенческого подхода предрасположенность пациента к определенным реакциям в процессе терапии редко трактуется как «перенос» – скорее мы можем определить это как схемы, предубеждения и копинг-стратегии, всплывающие в ходе терапии и представляющие собой результат пережитого опыта детских либо партнерских отношений. В терапии эмоциональных схем перенос и контрперенос представляют собой генерализацию пережитых в прошлых отношениях стимулов и реакций. Эта точка зрения принадлежит американским психологам Н. Миллеру и Дж. Долларду (1950). На самом деле Н. Миллер и Дж. Доллард пытались рассматривать терапевтические отношения в рамках генерализации стимула и реакций. По аналогии с теорией переноса в психоаналитической теории (Menninger & Holzman, 1973), стратегии, схемы и сценарии в терапевтических отношениях в терапии эмоциональных схем могут быть отражением персональных схем относительно самого себя (неполноценный, особенный, беспомощный), интерперсональных схем относительно других (надменный, осуждающий, заботливый), интрапсихических процессов (подавление, отрицание, вытеснение), интерперсональных стратегий (провокация, отталчивание, цепляние), а также прошлых и настоящих отношений, которые оказывают влияние на текущие терапевтические отношения (Leahy, 2001, 2007b, 2009b).

Концепция переноса не ограничивается рамками психодинамической теории. Однако, в отличие от психодинамических моделей, в рамках терапии эмоциональных схем подразумевается, что пациент принимает активное участие в формировании собственных мыслей, чувств, отношений и поведения. В связи с этим отказ сотрудничать или сопротивление в ходе терапии может принимать специфические формы (Leahy, 2001, 2003b). Поскольку терапия эмоциональных схем (как и другие направления когнитивно-поведенческой терапии) подразумевает следование плану, нахождение в моменте «здесь и сейчас», логические умозаключения, поощрение поведенческой активности, использование методов саморегуляции, у пациентов появляется масса «возможностей» в рамках терапии активировать персональные схемы ощущения собственной неполноценности, непривлекательности и беспомощности, а также убеждения насчет своих эмоций и реакции на них других людей.

Пациенты со специфическими личностными расстройствами имеют особенности переносных отношений (Leahy, 2005b). Например, пациент с зависимым расстройством личности боится отвержения и собственной беспомощности, он нуждается в постоянном одобрении, утешении и поддержке терапевта. Пациенты с нарциссическим расстройством личности, наоборот, в процессе терапии стараются всячески подчеркнуть уникальность своего случая, будут обесценивать и провоцировать терапевта, демонстрируя свое «превосходство». Данные модели поведения в терапии описаны в рамках теории социальных реляционных систем Гилберта (1989, 2000a, 2005, 2007), опираются на интерперсональные схемы, разработанные Джереми Сафраном и его коллегами (Muran & Safran, 1993, 1998; Safran, 1998; Safran & Greenberg, 1988, 1989, 1991), и реляционные схемы, разработанные под руководством Baldwin and Dandeneau (2005). Эти схемы содержат разные ролевые комбинации и шаблоны, на которых могут строиться отношения терапевта и пациента (Leahy, 2007b). Например, один терапевт может вызывать у своих пациентов враждебный настрой или чувство зависимости, а другой – нет. Один и тот же пациент может показаться трудным случаем од-

ному терапевту, но не другому. В построении терапевтических взаимоотношений в равной степени участвуют и терапевт, и пациент; каждая сторона приносит в работу персональный опыт и эмоциональные схемы.

Контрперенос в терапии эмоциональных схем

Всем терапевтам хотелось бы думать, что для них не существует сложных случаев и сложных пациентов, но опыт показывает, что у каждого терапевта есть свои трудности. Как и у пациентов, у терапевтов есть персональные и интерперсональные схемы. Некоторые персональные схемы пациента приведены в табл. 13.1.

Мы можем спросить себя: «Какие темы вызывают у меня беспокойство? С какими пациентами сложнее всего? Есть ли пациенты, с которыми мне очень комфортно? Что я чувствую, когда приходится говорить пациентам неприятные вещи?» Так, некоторым терапевтам важен характер отношений с пациентом, другие уделяют много времени эмоциям и способу их выражения, третьи прикладывают значительные усилия, чтобы подтолкнуть пациента к активным действиям. Кого-то пугает работа с нарциссическими пациентами, кто-то предпочитает работать с пациентами, имеющими проблемы с самооценкой, а кому-то трудно выдерживать слишком эмоциональных пациентов. Мы можем обратить внимание, какие случаи и пациенты задевают нас особенно сильно, вызывая определенные автоматические мысли и активируя при этом наши персональные схемы (например, «если я не оправдал ожидания пациента, значит, я плохой терапевт»).

Когда я спрашивал разных терапевтов, каких пациентов они считают трудными для себя, почти все признавались, что в первую очередь это пациенты с нарциссическим типом личности. Обычно они отвечали так: «Они эгоистичны и эгоцентричны», «Они меня обесценивают», «Они ведут себя вызывающе» и «Они никого не уважают». Конечно, так и есть, ведь такова суть нарциссизма.

Негативное отношение терапевта к такому пациенту можно объяснить по-разному. Во-первых, подобное отношение терапевта к нарциссизму можно считать «нормальным» – аналогичную реакцию «нарциссы» обычно вызывают и у окружающих. Во-вторых, терапевт может спросить себя: «Как бы я отреагировал на такого человека в нетерапевтической ситуации?» Обычно таких людей избегают или критикуют. В-третьих, контрпереносная реакция может заставить терапевта отдалиться от пациента или начать критиковать его. Такое поведение лишь укрепит уверенность пациента в том, что людям нельзя доверять, что терапевт некомпетентен и за это его «надо наказать». В-четвертых, нарциссические черты пациента и стремление обесценить терапевта могут проявиться в ответ на личное предубеждение терапевта насчет профессиональной несостоятельности («возможно, я некомпетентен»), его страх перед конфликтными ситуациями («не выношу, когда на меня злятся»), его потребность в одобрении («мне необходимо нравиться пациентам») или его требовательность к соблюдению приличий («мои пациенты всегда должны быть искренними и вежливыми»).

Таблица 13.1. Персональные схемы пациента в терапии

Схема	Пример
Неуверенный (замкнутый)	Избегает трудных тем и сильных эмоций. Выражает мысли туманно. Уверен, что терапевт его отвергнет или

Самостоятельный	мысли гуманно. Уверен, что терапевт его простит или будет ругать за недостаточно хорошее выполнение домашнего задания. Неохотно выполняет задание на изменение поведенческих паттернов
Беспомощный (зависимый)	Ищет одобрения. Не знает, с чего начать. Часто жалуется на «чувствительность». Часто звонит между сессиями. Не укладывается в рамки сессии. Не уверен, что сможет выполнить домашнее задание, или думает, что в нем нет смысла. Расстраивается, когда терапевт уходит в отпуск
Чувствителен к проявлению контроля (пассивно-агрессивный)	Опаздывает или пропускает сессии. Считает когнитивные методы проявлением контроля. Не может открыто выразить свое недовольство. Не уверен насчет своих целей, чувств и мыслей, особенно если это касается терапевта и терапии. «Забывает» выполнить домашнее задание или оплатить счет
Ответственный (обсессивно-компульсивный)	Считает эмоции bestолковыми и нелогичными. Критикует себя за отсутствие логики и порядка. Ждет немедленных результатов и выражает свое недоверие к терапии. Считает, что домашнее задание нужно выполнять идеально или не браться за него вовсе
Надменный (нарциссический)	Опаздывает или пропускает сессии. «Забывает» оплатить счет. Обесценивает терапию и терапевта. Ждет особого подхода. Чувствует унижение, говоря о своих проблемах. Не верит, что терапия поможет, поскольку проблема не в нем, а в других людях
Эффективный (демонстративный)	Открыто выражает эмоции, быстро переходит от рыданий к смеху или к выражению гнева. Пытается произвести впечатление на терапевта внешним видом, проявлением чувств или оригинальностью проблемы. Не признает логику, требует признания

В результате своих негативных реакций, которые, как правило, проявляются в виде оценочных суждений по поводу каких-либо личностных черт (например, «эгоизма»), терапевту бывает сложно сконцентрировать внимание на эмоциях пациента. Например, многие пациенты с нарциссическим типом личности испытывают тревогу, гнев, беспомощность, внутреннюю пустоту и печаль, но отказываются признавать эти чувства в себе, вызывая их в других людях. Таким образом, если нарциссический пациент вызывает злость, терапевт может проигнорировать его чувства тревоги, унижения и отчаяния, испытываемые в данный момент. Если терапевт чувствует со стороны пациента агрессию и желание унижить, ему довольно трудно выразить сочувствие и сострадание. Однако справиться с подобными ситуациями можно. Например, разведенный нарциссический пациент во время сессии рассказывал о том, какой невнимательной и эгоистичной была его бывшая девушка. На попытку терапевта вставить комментарий пациент грубо отреагировал: «Слушайте и не перебивайте». В любой другой ситуации эти слова вызвали бы раздражение и возмущение. Однако в ответ терапевт сказал: «Я вижу, вы злитесь на меня, но все же поясните, что вы имеете в виду, когда говорите, что ваша девушка была невнимательна к вам». Затем пациент стал описывать свои чувства, когда его девушка критиковала и унижала его, когда смеялась над его переживаниями о собственной внешности и страхах постареть, закончить жизнь в одиночестве. Так, под маской надменности, высокомерия и грубости пациент скрывал чувствительность и ранимость. На следующей сессии терапевт обсудил с пациентом его склонность доминировать и обесценивать партнера. Пациент старался установить тотальный контроль и тешил свое самолюбие, унижая людей. Терапевт объяснил, что подобное пове-

дение явно показывало, насколько сильно пациент боялся «проиграть» в отношениях. На это пациент ответил: «Для моей матери я всегда был недостаточно хорош». Обесценивающее поведение пациента в адрес других людей, включая терапевта, было своего рода компенсацией за детские обиды.

Проблемы в отношениях пациента и терапевта могут возникать даже при наличии доверительного контакта. В атмосфере «комфортного» общения бывает трудно обсуждать такие серьезные проблемы, как злоупотребление препаратами, безответственное или самоуничтожительное поведение (Leahy, 2001). Терапевт может спросить себя: «Если бы этот пациент мне не нравился, мне было бы легче обсуждать с ним это?» и «Почему я боюсь обсуждать с ним эти неприятные темы?» На самом деле желание терапевта произвести хорошее впечатление на пациента уже является проблемой и может негативно отразиться на терапии.

Таблица 13.2. Схемы терапевта в терапевтических отношениях

Схема	Убеждения
Высокие требования	«Я должен вылечить всех своих пациентов. Я всегда должен быть на высоте. Мои пациенты должны очень стараться. Мы не должны тратить время зря»
Особенный, надменный человек	«Меня ждет успех. Мои пациенты должны ценить все, что я делаю для них. Мне не должно быть скучно с пациентом. Пациенты стараются унижить меня»
Страх вызвать недовольство пациента	«Конфликты огорчают. Я не должен обсуждать с пациентом темы, которые могут его расстроить»
Отвержение	«Если моим пациентам будет тяжело в терапии, они могут уйти. Неприятно, когда пациенты уходят. Я могу потерять всех пациентов»
Независимость	«Я чувствую, что мои пациенты контролируют меня. Я не могу вести себя как хочу. Я должен делать и говорить то, что считаю нужным. Иногда у меня появляется страх утратить свою индивидуальность»
Контроль	«Я должен контролировать все и всех вокруг»
Осуждение	«Бывают просто плохие люди. Если человек поступает плохо, его нужно наказывать»
Преследование	«Меня часто провоцируют. Пациенты стараются задеть меня. Я должен всегда быть начеку. Людям не стоит доверять»
Потребность в одобрении	«Я должен нравиться всем своим пациентам. Если пациент мной недоволен, значит, я что-то делаю не так»
Желание всех любить	«Очень важно любить всех своих пациентов. Меня беспокоит, если это не так. Мы всегда должны общаться ровно, на дружеской волне»
Скрытность	«Я хочу скрыть свои мысли и чувства от пациента. Я не хочу давать пациенту то, что он ждет. Я чувствую эмоциональную отстраненность во время сессии»
Беспомощность	«Я не знаю, что делать. Я боюсь совершить ошибку. Я сомневаюсь в своей компетентности. Иногда мне хочется все бросить»

Откладывание цели	«Пациент не дает мне двигаться к цели. Я чувствую, что трачу время зря. Я не должен позволять пациенту
-------------------	--

	мешать мне выполнить намеченное во время сессии»
Жертвенность	«Я должен удовлетворить потребности пациента. Я должен как можно быстрее сделать так, чтобы пациент почувствовал себя лучше. Потребности пациента важнее моих. Мне кажется, я сделаю все возможное, чтобы угодить ему»
Сдерживание эмоций	«Меня огорчает, если в присутствии пациента я не могу выразить все, что чувствую. Мне сложно сдерживать свои эмоции. Это мешает быть самим собой»

Некоторым терапевтам сложно говорить пациентам необходимые, но неприятные вещи, поскольку пациент может разозлиться, расстроиться и даже уйти из терапии. Последнее активирует такие страхи терапевта, как страх быть отвергнутым, лишиться репутации или попасть в зависимость от пациента. Подобное восприятие терапевтических отношений как свидетельство неразрешенных внутренних конфликтов прослеживается в контрпереносных схемах, таких как предъявление высоких требований, страх отвержения, потребность в одобрении, спасательской либо жертвенной позиции (см. табл. 13.2). Например, терапевту сложно обсуждать неприятные темы с пациентом из страха, что он расстроится и уйдет. Этот страх потерять одного, а может, и всех пациентов вызовет следующие мысли: «Моя карьера будет разрушена» и «Я неудачник».

Кроме того, терапевты могут придерживаться противоположных взглядов на роль эмоций в терапии: одни могут считать, что работа с болезненными и тяжелыми чувствами укрепляет терапевтические отношения, в то время как другие предпочитают избегать подобных тем. Модель эмоциональных систем Джона Готтмана, упомянутая ранее, содержит классификацию эмоциональных стилей в рамках терапевтических отношений (Gottman et al., 1996; Katz et al., 1996). Она содержит такие стили, как отвергающий, критикующий, подавляющий и стимулирующий. Особый интерес представляет стиль эмоционального коучинга, который предполагает непредвзятое и безоценочное отношение терапевта к проявлению любых эмоций и научение техникам саморегуляции. Этот стиль чем-то напоминает эмпатичный и поддерживающий стиль Карла Роджерса (1955), Гринберга (2002, 2007) и Гилберта (2005, 2007), провозглашающий умение сопереживать основным инструментом в терапевтических отношениях. Некоторые терапевты не считают необходимым уделять много внимания болезненным эмоциям, относятся к ним пренебрежительно («Нам необходимо придерживаться плана») и неодобрительно, как это делал Альберт Эллис, не поощрявший слезы пациента во время сессии. Но иногда пациентам необходимо «попытаться со своими чувствами», привыкнуть к ним и научиться с ними справляться. Если же терапевт не в состоянии выдерживать эмоции пациента, он не будет давать ему возможность проявить свои чувства, делая упор на мысли. В психодинамическом подходе считается, что терапевт должен научить пациента «контейнировать» эмоции, чтобы они не навредили самому пациенту, терапевту и процессу терапии. Это помогает пациенту понять, что эмоции можно понять и принять, их надо уважать, что с ними можно справиться и что они со временем меняются.

Стиль эмоционального реагирования терапевта и то, как он проявляется, в значительной степени оказывает влияние на персональные эмоциональные схемы пациента (Leahy, 2005a, 2007a, 2009a). Например, пренебрежительное отношение терапевта («Давайте следовать плану») содержит скрытое послание: «Ваши эмоции мне неинтересны», «Эмоции – пустая трата времени», «Вы требуете слишком много внимания». Как результат, пациент

может сделать следующий вывод: «В моих эмоциях нет смысла», «Никому нет до них дела», «Мне должно быть стыдно за свои чувства» и «Что толку обсуждать эмоции». Пациент начинает послушно следовать предложенному терапевтом графику, а эмоции уходят на второй план, хотя пациент пришел в терапию именно для того, чтобы разобраться со своими чувствами.

Конечно, сколько терапевтов – столько и вариантов интерперсонального общения: отстраненный, заботливый, сконцентрированный на соблюдении сеттинга, уважительный, доминирующий или поддерживающий. Терапевты, не считающие необходимым тратить время на обсуждение эмоций, демонстрируют безразличие (отчужденность и высокомерие), показную вежливость (склонность к рассуждениям), необходимость следовать регламенту («Сегодня это не входит в наши планы») или «Сегодня у нас на это нет времени») или свое превосходство («Это когнитивно-поведенческая терапия, мы должны работать над вашими мыслями и поведением»). Другие терапевты, не желающие работать с эмоциями, стараются не допустить проявления чувств пациента («У вас все будет хорошо. Не переживайте, все получится»), не позволяют пациенту плакать («Не плачьте. Все будет хорошо») или стараются побыстрее успокоить («Скоро все наладится»). За всеми этими действиями терапевта скрывается послание: «Болезненных чувств лучше избегать». Вместо того чтобы разделить чувства, разобраться в них и понять причину страданий (как это делается в эмоциональном коучинге и эмоционально-сфокусированной терапии), такие терапевты стремятся как можно скорее вывести пациента из гнетущего состояния. В результате

результате складывается убеждение, что ему не под силу самостоятельно справиться с переживаниями, поэтому лучше их избегать.

Несовпадение схем пациент-терапевт

Некоторые терапевты очень торопятся «поставить диагноз» пациенту (например, «Она так говорит, потому что у нее пограничный тип личности»), не принимая во внимание ситуативный характер мыслей («Она думает, что я ее не понимаю») и чувств пациента («Она обижена, испугана, злится»). Терапевт, негативно воспринимающий специфические эмоции (например гнев), скорее объяснит их наличие особенностями личностной организации, нежели воспримет как реакцию пациента на конкретную ситуацию. Например, мнение терапевта: «Она злится, потому что у нее пограничный тип личности» – не поможет продвинуться в терапевтической работе. Это превращает пациента в набор характеристик, при этом отрицается его индивидуальность. Разве можно себе представить, чтобы пациент сказал следующее: «Я чувствую, что мой терапевт меня понимает и заботится обо мне, ведь он сказал, что у меня пограничный тип личности и типичное для этой характеристики поведение»? Разбираться в уровнях организации личности терапевту, безусловно, необходимо для выявления психопатологии, но идеографический и номотетический подходы в психодиагностике более информативны (Meehl, 1954/1996). Терапия эмоциональных схем признает ценность психологической диагностики, предпочитая воспринимать каждого пациента как неповторимую индивидуальность со своей уникальной историей, мыслями и чувствами.

Более того, всем нам (и терапевтам в том числе) порой сложно предугадать реакцию другого человека на наши действия, поскольку часто мы не можем знать историю его прошлого опыта (Heider, 1958; Jones & Davis, 1965). Теория черт, взятая за основу при работе с пациентом, формирует предвзятое отношение, не позволяет выйти за рамки представленных характеристик и взглянуть на личность человека более широко. Терапевтические отношения

– длительный процесс взаимодействия, в котором у каждой стороны есть предубеждения относительно другой (Leahy, 2007b). В результате и пациенту, и терапевту бывает сложно выйти за рамки своих ожиданий и воспринимать друг друга непредвзято.

Типы несовпадений схем пациент-терапевт

Что произойдет, если схемы пациента насчет себя, окружающих и эмоций противоречат схемам или внутренним убеждениям терапевта? Представьте себе: мужчина с избегающим типом личности; он избегает общения, поскольку боится отвержения. Осторожен из страха сделать что-то не так и быть неприятым. Неохотно выполняет упражнения, не всегда знает, чего хочет (блокирует свои эмоции, избегает их обсуждения в терапии). Ситуация усложняется, если этому человеку попадается терапевт с завышенными требованиями к соблюдению намеченного плана в терапии, с нетерпимостью к нерешительности пациента, с отсутствием четкого понимания своих целей и прокрастинации. Пациент с избегающим поведением не умеет выражать свои эмоции, считает их не такими, как у других людей; уверен, что его эмоции не поймут; чувствует вину и стыд. Терапевт в предложенной ситуации в некоторой степени поддерживает негативные убеждения пациента: он считает обсуждение эмоций пустой тратой времени, нежелание пациента раскрыться воспринимает как невозможность «получить удовлетворительный результат в терапии», винит пациента за возникшие трудности.

Обе стороны так или иначе получают подтверждение правильности своих убеждений. Например, пациент пытается понять, стоит ли доверять терапевту; он сомневается, не решает раскрыться, ждет реакции терапевта. Пациент приписывает действия терапевта особенностям его личности («Он осуждает») либо считает, что проблема в нем самом («Я неудачник»). (При этом пациент не учитывает ситуационный характер поведения: «Когда люди видят, что я сомневаюсь, они начинают меня проверять либо прекращают общение».) Со своей стороны терапевт с завышенными требованиями будет настаивать, контролировать, критиковать и «учить» несговорчивого пациента. Свое поведение он будет считать реакцией на «упрямство» пациента, не признавая, что сам своими действиями создал такую ситуацию. Если терапевт слишком много требует, это отталкивает пациента.

В другой ситуации терапевт может непреднамеренно укрепить пациента в его негативных убеждениях, используя в работе стратегию избегания либо возмещения. Например, зависимый пациент (со страхом отвержения и убежденностью в собственной беспомощности) и терапевт с таким же зависимым типом личности, который тоже боится быть отвергнутым. Зависимый терапевт боится «потерять» пациента и использует стратегию избегания. Он не обсуждает сложные темы и зависимое поведение пациента, не настаивает на соблюдении сеттинга и не использует экспозиционные упражнения. Данное поведение пациент истолковывает следующим образом: «Мои эмоции трудно выдерживать. Пробовать что-то новое рискованно. Мой терапевт считает, что я ни на что не способен. Я должен избегать самостоятельности». Либо терапевт может постараться компенсировать зависимое поведение пациента, поощряя его, продлевая сессии и прощая пропуски. Это укрепит следующие убеждения пациента: «Другие должны решать мои проблемы, я ничего не умею, сам не справлюсь. Обязательно нужно найти того, кто будет защищать и оберегать меня».

Другая ситуация может сложиться при взаимодействии зависимого пациента и терапевта с завышенными требованиями.

Зависимый пациент ищет поддержки, не имеет представления, как решать свою проблему, часто жалуется на «чувствительность», звонит между сессиями и просит их продлить; не уверен, что справится с домашними заданиями, или считает их бесполезными; переживает, когда терапевт уходит в отпуск. Терапевт может думать следующим образом: «Я должен вылечить всех своих пациентов, всегда быть на высоте; мои пациенты должны очень стараться; мы не должны тратить время зря». Отсутствие результата терапевт будет объяснять сопротивлением пациента, будет критиковать пациента и настаивать на более интенсивной работе, обвинит его в «зависимом поведении». Пациент может сделать следующие выводы: «Я не могу рассчитывать на своего терапевта. Если я не исправлюсь, он от меня откажется. Мои эмоции не важны для него. Я ни на что не способен в терапии и не в состоянии решать проблемы». Терапевт может избежать обсуждения эмоций пациента и его зависимого поведения, не желая разбираться в ситуации пациента из-за его «несговорчивости» («Ты не готов к терапии»). В свою очередь пациент приходит к следующему заключению: «Я скучный. Моему терапевту неинтересно со мной. Он от меня откажется». Рассмотренные варианты несовпадения схем пациент-терапевт представлены на рис. 13.3.



Рис. 13.3. Два варианта несовпадения схем зависимого пациента и терапевта с завышенными требованиями

Терапевт – не только объект, на который пациент проецирует свои внутренние переживания. Он и сам переносит свои неразрешенные внутренние конфликты на пациента. Так, терапевт с завышенными требованиями может признать сопротивление в работе с пациентом, которое проявилось в желании следовать плану, требовании результатов или равнодушии к пациенту (Leahy, 2001, 2009b). Подобное поведение может навредить пациенту: если терапевт реагирует на пациента таким образом, значит, подобную реакцию можно ждать и от других «авторитетных» людей. В связи с этим напрашиваются три вопроса: 1) Как чувствует себя пациент при общении с авторитетными людьми? 2) Какие личностные черты объединяют людей, с которыми предпочитает общаться пациент? 3) Какова история развития взаимоотношений в жизни пациента и что повлияло на формирование дисфункциональных стратегий поведения?

Рассмотрим следующий пример. Одной из моих пациенток была замужняя женщина, переживающая затяжные проблемы в браке. Она жаловалась на отсутствие эмоциональной и физической близости с мужем и чувство вины. Она не хотела выполнять домашние задания в терапии, ссылаясь на собственную беспомощность и некомпетентность и считая своего контролирующего и нарциссичного мужа ответственным за проблемы в их отношениях. В сложившейся ситуации я почувствовал, как стала заявлять о себе требовательная часть моей личности. Я был почти готов начать разрабатывать план действий, работать с автоматическими мыслями и предлагать готовые варианты решения проблемы. К сожалению, как я быстро осознал, мое поведение напомнило бы пациентке доминирующее, обесценивающее и пренебрежительное отношение к ней окружающих людей, включая мужа и родителей. Я перестал настаивать на выполнении домашнего задания – вместо этого решил разобраться в причинах ее уступчивого поведения в близких отношениях. Выяснилось, что моя пациентка не осознавала своих потребностей и в принципе считала, что у нее нет права иметь какие-либо желания, предоставляя другим принимать за нее решения. В связи с этим у нее сложилось убеждение, что в отношениях она на вторых ролях. Она надеялась, что кто-то сильный и уверенный возьмет на себя заботу о ней. Это касалось как семейных, так и наших терапевтических отношений.

Перед тем как прийти ко мне, она консультировалась у терапевта, который «читал ей лекции» о пользе логики, рассказывал о когнитивных искажениях и иррациональных установках. По словам пациентки, тот терапевт напомнил ей родителей, которые всегда диктовали, что она должна делать и как чувствовать, не признавая ее собственных желаний. Она охарактеризовала терапевта как отвергающего, обесценивающего и высокомерного, что в целом напоминало ей и ее мужа. Перемены были необходимы, и мы сфокусировались на эмоциональных схемах пациентки. Я отметил: «Самое важное в нашей с вами терапевтической работе – научиться понимать и уважать ваши эмоции. Все ваши чувства имеют огромное значение». В процессе работы с эмоциями пациентка поняла, что ей сложно идентифицировать свои чувства и что она часто плачет «без причины» (по ее мнению). Она считала, что в эмоциях нет смысла; никто не сможет понять ее чувства; у нее нет права грустить, ведь есть хорошая работа и любящий муж. Она считала, что эмоции надо держать под контролем. Ее родители всегда думали, что эмоции – блажь и средство манипуляции. Хотя, как вспомнила пациентка, в детстве она пыталась противостоять эмоциональным всплескам отца. А вот с ее эмоциями не собирался считаться никто, включая мужа.

Таким образом, переживания и обиды пациентки свидетельствовали о ее неудовлетворенных потребностях и ценностях, о ее желании быть наконец услышанной. Новые эмоциональные схемы выглядели следующим образом: «Все мои эмоции очень важны», «Мои

эмоции говорят о моей потребности в любви, близости и понимании», «Я, как любой человек, нуждаюсь в заботе, признании и принятии» и «Я хочу получать это в отношениях». И хотя она обратилась в когнитивную терапию, чтобы рационально подойти к решению проблем, обсуждение важности ее эмоций и потребностей оказалось именно тем, что ей было необходимо.

Давайте рассмотрим разные терапевтические стили работы, с которыми столкнулась моя пациентка. Терапевт, к которому женщина обращалась до меня, предъявлял высокие требования, делал упор на логическое обоснование и не считал нужным обсуждать эмоции, что еще раз подтвердило убеждения в том, что ее жалобы беспочвенны, надо воспитывать в себе характер и стойкость. Скрытое послание, которое транслировал терапевт: «Не обращай внимания» и «Это не так важно». Он показался женщине надменным, незаинтересованным и настроенным критически по отношению к ее эмоциям. Она укрепилась в своем мнении о том, что в эмоциях нет смысла и что она слишком много жалуется. После этого придя ко мне и начав работать с эмоциональными схемами, женщина поняла, насколько важны эмоции, и научилась в них разбираться; осознала связь эмоций с ценностями и потребностями; убедилась, что нужно заботиться не только о других, но и о себе.

Два этих терапевтических подхода представлены на рис. 13.4.



Рис. 13.4. Сравнение двух терапевтических стилей: рационального и эмоционально-ориентированного

Что делать, если схемы пациента и терапевта не совпадают

При несовпадении схем терапевта и пациента терапевт может предпринять необходимые действия. Первые три шага уже были представлены ранее, но для удобства читателей я могу рассказать о них еще раз.

Во-первых, терапевт должен признать свои слабые места. Вы замечаете за собой негативное отношение к специфическим эмоциям в терапии и нежелание с ними работать? Работу с какими эмоциями вы предпочитаете избегать (например, гнев или глубокая печаль)? В своей работе вы предъявляете завышенные требования; боитесь, что пациент может уйти из терапии; чувствуете собственную беспомощность и т. д.? Слабые места есть у всех, главное – понять и признать это.

Во-вторых, есть ли такие пациенты или проблемы, с которыми вы предпочли бы не сталкиваться? Какие автоматические мысли и убеждения являются триггерами вашего беспокойства? Используете ли вы стратегии избегания либо возмещения (и если да – то с какими пациентами)?

В-третьих, как ваше поведение как терапевта может повлиять на уже имеющиеся негативные персональные установки и эмоциональные схемы пациента? Какие могут быть последствия? Как это происходит обычно в жизни пациента?

В-четвертых, вместо стратегии избегания или возмещения напрямую обсудите с пациентом его убеждения насчет своих эмоций. Также важно понять, был ли в жизни пациента опыт общения с терапевтами, практикующими другой стиль работы (рациональный, требовательный и контролирующий). Эти стили могут навредить пациенту, поддерживая его негативные эмоциональные схемы. Эмоционально-ориентированный подход может исправить ситуацию.

Как эмоционально-ориентированный терапевт вы можете сразу начать работать с эмоциями пациента, задав следующие вопросы:

«Есть ли темы или чувства, которые вам сложно обсуждать? Какие?»

«Почему вы боитесь затрагивать эти темы?»

«Вы сомневаетесь. Почему вы предпочитаете не говорить о своих мыслях и чувствах?»

«Вам бывает сложно разобраться в своих чувствах?»

Например, пациент признался, что ему трудно говорить о злости и сексуальном влечении из страха подвергнуться критике и унижениям. В ходе дальнейшей беседы удалось выяснить, что в родительской семье существовал негласный запрет на обсуждение этих чувств и что родители были холодны друг к другу. Сексуальное влечение считалось чем-то постыдным, тем, о чем нельзя говорить и что нельзя демонстрировать. Пациент до сих пор боялся, что о его якобы «сексуальной озабоченности» кто-нибудь узнает. Он так страшился поте-

рять контроль над своими эмоциями и фантазиями, что не мог думать больше ни о чем, отказываясь обсуждать эту тему. Единственное, чего он хотел, – продолжать сдерживать свое сексуальное влечение и агрессивные мысли, образы и чувства, чтобы под их воздействием не нанести кому-нибудь вред. Терапевт высказал мысль, что испытывать сексуальное влечение нормально, а сексуальные фантазии помогут улучшить его отношения с женой. В сексуальных фантазиях нет ничего постыдного, напротив, они содержат мощный заряд жизненной энергии и силы. В результате проведенной работы удалось значительно ослабить страхи пациента, помочь ему избавиться от чувства вины и получать больше удовольствия от сексуальной жизни.

Другой пациент с избегающим типом поведения заявил, что, воздерживаясь от обсуждения своих мыслей и чувств, он как бы отрицает их наличие: «Если я не обсуждаю свои мысли и чувства, я будто убеждаю себя и вас, что ни о чем не думаю и ничего не чувствую. А значит, я ни за что не отвечаю». Быть искренним означало для него нести определенную ответственность за внутренние переживания и их возможные последствия. Он также признался, что ему больше нравилось пребывать в фантазиях, нежели принимать активное участие в реальной жизни. Ему было сложно идентифицировать свои эмоции, поскольку в родительской семье говорить о чувствах было не принято: «Требовалось вести себя вежливо и правильно. В детстве я был довольно спортивным ребенком, но старался это лишний раз не демонстрировать, чтобы другие дети не почувствовали, что они хуже». Соблюдать внешние приличия и не выделяться – такое послание передали родители. Неудивительно, что ему было трудно признаться себе в том, что его может что-то разозлить. Терапевт высказал мысль, что самое неблагоприятное занятие в жизни – пытаться быть всегда и для всех хорошим: «Быть всегда хорошим, добрым и удобным противоречит человеческой природе. Каждый из нас подвержен разным чувствам, мыслям, желаниям и потребностям, порой противоречивым. Это значит быть человеком».

Многие пациенты с избегающим типом поведения думают, что терапевт будет недоволен, если они недостаточно хорошо выполнят домашнее задание, поэтому предпочитают сразу отказаться. Терапевт может задать следующие вопросы:

«Что, как вы считаете, я могу подумать о вас, если вы не выполните задание как следует?»

«Вы боитесь оценки и в жизни тоже?»

«Вы чувствуете себя неловко, выполняя экспозиционные упражнения?»

«Почему вы боитесь почувствовать неловкость?»

Эти пациенты часто думают, что терапевт станет вести себя так же, как и другие люди (например родители), будет критиковать, унижать и сравнивать. Терапевт может узнать у пациента, кто так поступал с ним в жизни и что он при этом чувствовал. Один пациент рассказал, что его мать следила за его школьной успеваемостью и требовала от него отличных оценок. В результате у него не сложились близкие отношения с матерью, но он продолжал нуждаться в ее внимании и одобрении. На работе казалось, что коллеги его не уважают, не ценят заслуги и избегают общения. В процессе обсуждения пациент осознал, что такое поведение коллег не имело отношения к нему, а было отражением корпоративной культуры.

Терапевт может напрямую обсудить с пациентом, почему ему важно избегать любого дискомфорта. Например, экспозиционные упражнения и упражнения на изменение поведен-

ческих паттернов часто вызывают чувство дискомфорта, хотя иногда его вызывает само ожидание дискомфорта. Вместо того чтобы считать такого пациента несговорчивым или не настроенным на работу, терапевт может выяснить, чем так опасно чувство дискомфорта. Выше мы обсуждали, как проверить реальность этих опасений. Например, опасение «эти упражнения меня доконают» можно проверить на наличие затрат и выгод, аргументов «за» и «против». Развеять опасения можно, проведя упражнения в рамках сессии. Можно перевести внимание пациента с понятия «комфорт» на понятие «эффективность», а временный дискомфорт предложить воспринимать как небольшую плату за изменения. Работая с позицией избегания и зависимости, можно задать следующие вопросы:

«Что будет, если вы не получите одобрения?»

«Вы обязательно должны быть уверены, что все будет хорошо? А если такой уверенности нет? Неопределенность – это плохо?»

«В чем преимущество не иметь плана работы?»

«Отсутствие плана – то же самое, что отсутствие жизненных целей и планов?»

«Вы не будете против, если план для вас разработают другие люди?»

«Вы считаете, что не в состоянии сами справиться со своими чувствами?»

«Что вы обычно делаете с неприятными чувствами? Вы доверяете заботу о них другим людям?»

«Ваши чувства важны для вас? Другие люди испытывают такие же чувства? Ваши болезненные чувства уходят сами по себе?» «Если вы не сможете связаться со мной, воспользуетесь ли какой-нибудь техникой, чтобы совладать со своими мыслями и чувствами?»

«Что вы чувствуете, когда заканчивается сессия? Вы чувствуете, что вас отвергают? Злитесь? Вы считаете, что я о вас не забочусь?»

«Если бы я продлил сессию, вы почувствовали бы себя лучше?» «Что из домашнего задания вы не в состоянии выполнить?»

«Когда вы делаете что-либо для себя, посещают ли вас сомнения, что вы можете не справиться?»

«Что самое плохое произойдет, если вы сделаете что-то не так?» «Что вы чувствуете и о чем думаете, когда я ухожу в отпуск? Вы чувствуете, что вас бросили? Вы думаете, что я не забочусь о вас?»

«Вы считаете себя беспомощным, не способным позаботиться о себе и своих чувствах?»

«Есть ли у вас план самопомощи?»

Эти вопросы помогут пациенту задуматься о том, как важно принимать и уважать свои эмоции; что эмоции необходимо уметь выражать, а не сдерживать; что не стоит избегать дис-

комфортных состояний. Терапевты, которые используют формальный подход в терапии (требуют следовать определенному плану, не стараются разобраться в мотивах поведения пациента, настаивают на логическом подходе к решению проблемы или торопятся поставить диагноз), должны быть готовы к тому, что терапия, скорее всего, не принесет результатов и может закончиться раньше времени по инициативе пациента. В то время как чуткое и уважительное отношение к личностным особенностям пациента поможет создать атмосферу доверия и сотрудничества.

Вывод

Стиль терапевта оказывает значительное влияние на терапевтические отношения. Терапевтические стили могут быть эффективными и неэффективными, в связи с чем терапевтические отношения будут продуктивными либо нет. В данной главе я рассмотрел некоторые персональные и интерперсональные схемы в отношениях пациента и терапевта. «Соппротивление» или «несговорчивость» может многое сказать внимательному терапевту о способности пациента выносить разочарование и справляться с сильными эмоциями; поможет разобраться с внутренними убеждениями пациента насчет своих эмоций, их длительности и вреда; покажет, насколько пациент готов довериться терапевту. В процессе терапии терапевт, как и пациент, подвержен внутренним переживаниям. Его готовность разбираться в причинах внутренних противоречий (например, «почему мне так скучно с этим пациентом?») поможет преодолеть возникшие в работе трудности. Мой совет читателям-терапевтам: постарайтесь узнать свои слабые места и работайте над ними. Это поможет вам выйти за рамки персональных эмоциональных схем и стать эффективным специалистом для своих пациентов.

Глава 14

Заключение

В терапии эмоциональных схем, как и в когнитивно-поведенческой терапии, считается, что возникновение эмоций обусловлено реакцией на определенные ситуации, потерю вознаграждения, негативные раздражители, когнитивные искажения или физиологические процессы. Другими словами, активация эмоций происходит в результате воздействия на организм множества разных факторов, лежащих в основе разнообразных когнитивно-поведенческих моделей. Однако у каждого человека – свое отношение к эмоциям, способам их выражения и регуляции. Индивидуальное отношение человека к своим эмоциям, а также непродуктивные копинг-стратегии (например, тревога, жалобы, избегание, злоупотребления) либо адаптивные стратегии поведения (например, переосмысление, решение проблем, активация поведения, принятие) представлены в его персональных «эмоциональных схемах». Исходя из своего отношения к эмоциям, каждый человек использует собственные стратегии регуляции. В терапии эмоциональных схем эмоции представляют собой самостоятельный объект познания, а их трактовка, оценка и регуляционные стратегии имеют большое значение для выявления различных форм психопатологий.

Терапия эмоциональных схем утверждает, что возникновение эмоций связано с объективной реакцией организма на опасность и одновременно является ответом на когнитивные искажения. Несмотря на то что в рамках когнитивно-поведенческого подхода был сделан значительный вклад в концептуализацию эмоций, заслуга терапии эмоциональных схем в том, что данное направление считает приоритетной задачей помогать людям признавать

свои эмоции, справляться с ними и преодолевать страх перед их выражением. Стратегия избегания эмоций базируется на ошибочном понимании смысла и значения эмоций, что приводит к использованию непродуктивных способов их выражения, таких как беспокойство и жалобы, либо к отгораживанию как к средству уберечься от невыносимых эмоциональных переживаний. Для каждого случая терапия эмоциональных схем предлагает свои варианты решения проблемы, помогая пациенту изменить отношение к способам выражения и регуляции эмоций.

Как было сказано в главе 1, на протяжении истории развития западной философии и общества менялось отношение к роли и значению рационального и эмоционального подхода. На восприятие социальной значимости эмоционального опыта и способов регуляции эмоций оказали влияние различия культурных убеждений. Например, большой интерес в обществе вызывает тема ревности как отстаивание человеком своей чести и достоинства. Терапия эмоциональных схем придерживается точки зрения о том, что рациональный и эмоциональный подходы одинаково важны по сути – у каждого свои цели и задачи. Что касается эмоций, они не бывают «плохими» или «хорошими», любой эмоциональный опыт значим и ценен для человека. Эмоции – важная характеристика человеческой природы.

В задачи терапии эмоциональных схем не входит избавление пациента от грусти, злости, тревоги или страха. Цель данного подхода – помочь человеку принять все свои эмоции и научиться с ними жить. После смерти матери Марта Нуссбаум (2001) осознала, что переживаемые ею печаль и чувство потери были подтверждением ее любви к матери. Где есть любовь, там будет и печаль. Человек страдает, потому что в этом есть смысл. Эмоции обогащают жизнь, в ней должно быть место разным чувствам: грусти, радости, смущению, сомнениям, зависти, ревности, смелости и страху. Кто-то может сказать, что нет ничего страшного в том, чтобы обрести жизненный опыт. Но давайте не забывать: одно из значений слова «страшный» – «наполненный страхами». Именно это имел в виду Герман Мелвилл, когда признался в своем письме Натаниэлю Готорну, что написал «страшную» историю: «Это история о Моби Дике, воплощении мифологического Левиафана в образе большого белого кита». В романе Мелвилла главный герой переживает целый спектр эмоций – и ужас, и отвагу, и любовь, и чувство мести. Это история противостояния человека своим страхам.

В терапии эмоциональных схем считается важным научить человека делать то, чего он не хочет, но что необходимо для достижения результата. Способность справляться со своими эмоциями – одновременно и цель, и средство работы. Цель терапии – научить выдерживать и переносить дискомфорт. Любая дискомфортная ситуация несет определенный смысл, учит стойкости и сопротивляемости невзгодам, воспитывает силу характера и волю. Терапия эмоциональных схем не ставит перед пациентом недостижимых целей и не склонна превращать терапевтический процесс в гонку за достижениями. Напротив, эмоционально-ориентированный терапевт призывает видеть пользу даже в недостатках. Учиться сталкиваться с трудностями, терпеть периодические неудачи и смиряться с собственным несовершенством – в этом и заключается истинная работа над собой. Перфекционизм в отношении эмоций, нетерпимость к неопределенности и амбивалентности, рациональный ум, чистые эмоции и экзистенциальный перфекционизм (ожидание идеального образа мыслей, идеальных ощущений и в целом идеальной жизни) – все это вызывает у человека смущение и растерянность при совладании со своими эмоциями. Терапия эмоциональных схем помогает пациенту осознать, что страдания не вечны, жизнь порой бывает суматошной и противоречивой, но все меняется. Если пациент ищет полного удовлетворения и абсолютного счастья, ему нужно помочь признать свои негативные эмоции, такие как скука,

разочарование, гнев, ревность и зависть. Метод «сделать ненормальное нормальным» помогает увидеть, что жизнь интересна и многогранна и стоит того, чтобы ее познавать.

Человек, избегающий болезненных эмоций, может сказать: «Я не хочу больше влюбляться, потому что не хочу страдать». Это означает жизнь без любви и обязательств – пустую жизнь. Здесь можно задать вопрос: «Есть ли смысл в страданиях?» Серьезные обязательства часто связаны со страданиями; нельзя прожить жизнь, не испытав разочарований, крушения надежд и не столкнувшись со смертью. Терапия эмоциональных схем помогает пациентам увидеть смысл в болезненных чувствах (экспозиционные упражнения), без которых, как это ни странно, жизнь будет тусклой, одинокой и неинтересной. Терапевт способен помочь пациенту преодолеть экзистенциальный перфекционизм, отказаться от идеи рационального ума и принять жизнь с ее неоднозначностью. Осознав, чего не хватает в личных и деловых взаимоотношениях, пациент может понять, над чем ему работать. Терапевт же помогает научиться преодолевать трудности на этом пути («Отныне я человек, который не боится трудностей»). Задача не в том, чтобы жить легкой и беззаботной жизнью, а в том, чтобы наполнить ее смыслом.

В терапии эмоциональных схем эмоции не делятся на плохие и хорошие – любые эмоции достойны того, чтобы их пережить. Некоторые эмоции – результат эволюционной адаптации (ревность, например), другие связаны с ценностями человека. Чтобы перестать бояться неприятных эмоций (гнев, обида, ревность, зависть, чувство мести, унижение и безнадежность), нужно признать их право на существование. Эти эмоции отражают значимость момента и «будоражат душу», как сказал Платон. Они универсальны, то есть свойственны всем людям, связаны с ведущими ценностями, являются временными и говорят о степени удовлетворенности (неудовлетворенности) жизнью. Важный вопрос – «О чем говорят мои чувства, чего мне не хватает?» Человек должен решить, стоит ли ему признать свои негативные чувства и отнестись к ним с пониманием и принятием. Ведь эмоции – отражение наших потребностей.

Терапия эмоциональных схем не гарантирует катарсис и избавление просто так. Нет смысла работать с эмоциями, если для этого нет оснований. Более того, работа должна проходить под наблюдением терапевта, иначе состояние пациента может ухудшиться. Терапия эмоциональных схем с уважением относится к разным эмоциональным схемам, помогает пациентам увидеть смысл в своих чувствах и учит наблюдать за ними. Испытывать эмоции – не значит потерять над собой контроль. Работа с эмоциями имеет большое значение

шое значение для пересмотра внутренних убеждений и замены их на более адаптивные.

Эмоции – неотъемлемая часть близких отношений. Не признавать важность эмоций партнера – значит никогда не достичь истинной близости. Напротив, заботясь об эмоциях партнера («Как я хочу, чтобы мой партнер чувствовал себя?»), человек признает бессмысленность соперничества и борьбы за власть в паре. Оба партнера должны понимать, что важно задумываться о последствиях слов и действий в адрес друг друга. Даже простой разговор может привести к разногласиям: в то время как смысл разговора – в обмене информацией, не менее важно, чтобы мнение каждого было услышано. Мы рассматривали ситуации, когда один из партнеров не желал признавать позицию другого; настаивал на необходимости установить «истину» и собрать «факты»; считал, что правым может быть лишь кто-то один; боялся, что признание эмоций партнера приведет к постоянным жалобам с его стороны. Альтернативным является взгляд на общение как на попытку наладить контакт, а жалобы

представляют собой некий способ обратить на себя внимание и потребность быть услышанным. Таким образом, с точки зрения терапии эмоциональных схем процесс общения и эмоции – часть процесса взаимодействия, стремящегося к определенному результату, который, к сожалению, не всегда оказывается благоприятным.

Точно так же в терапевтических отношениях пациент и терапевт могут погрязнуть в спорах о значении и способах регуляции эмоций. Терапевты приносят в терапию свои схемы применительно к отношениям и эмоциям. Если терапевт считает обсуждение эмоций пустой тратой времени и настаивает на необходимости придерживаться определенного плана, пациент воспринимает такого специалиста как обесценивающего, надменного и осуждающего, подтверждающего его негативные эмоциональные схемы насчет себя и других. Даже опытный терапевт может не захотеть обсуждать специфические эмоции и неприятные для пациента темы. Концепция о «несовпадении схем пациент-терапевт» позволяет рассмотреть эмоциональные и персональные схемы пациента и терапевта, помогает терапевту не попасть под влияние предубеждений. Отследив несовпадение схем, стоит задать себе вопрос: «Случалось ли со мной подобное раньше?» Так, осознавая наличие в терапии переноса и контр-переноса, терапевт может помешать своему прошлому опыту влиять на текущую ситуацию. Почувствовав, что попадает под влияние эмоций пациента (особенно таких сильных, как гнев и тревога), он должен осознать, что эти эмоции на самом деле принадлежат не ему, и отнестись с пониманием и сочувствием. Для пациента это может быть первым опытом в жизни, когда кто-то с пониманием отнесся к выражению им гнева. Терапевт должен сохранять спокойствие и демонстрировать безоценочное принятие – это поможет пациенту довериться и раскрыться.

Мои читатели, конечно, заметили, как много общего у терапии эмоциональных схем и когнитивно-поведенческой терапии. Заметно сильное влияние когнитивного подхода А. Бека, метакогнитивного подхода, эмоционально-фокусированной терапии, терапии принятия и ответственности, диалектической поведенческой терапии и терапии поведенческой активности. В своей работе вы можете использовать любой из перечисленных подходов в сочетании с методами терапии эмоциональных схем либо, наоборот, взять за основу терапию эмоциональных схем и дополнить ее техниками из других направлений. Все указанные подходы идеально дополняют друг друга, и в результате терапевт получает возможность подойти к решению проблемы с разных сторон.