

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Модель сопротивления Фрейда основана на представлении о столкновении пациента с неразрешимыми конфликтами (см.: Breuer & Freud, 1895; Freud, 1923¹). Фрейд выдвинул структурную теорию, в которой предложил разделить психику на ид, эго и суперэго. Ид соответствовал сильным инстинктам, например сексуальному инстинкту и агрессии, стремящимся к немедленному удовлетворению независимо от последствий. Суперэго, напротив, отражало усвоение полученных от родителей и других членов общества норм, обычаев и морали. Эго смягчало конфликты между ид и суперэго, обеспечивая тестирование реальности, контролируя импульсивный, примитивный ид и смягчая чрезмерные требования суперэго. Таким образом, требующим немедленного сексуального удовлетворения импульсам ид противостоит суперэго, которое может «потребовать» подавления всех сексуальных желаний как «зла». Выполняющее смягчающую функцию эго может превратить желание сексуального удовлетворения в социально приемлемое поведение, например в привязанность к супругу, или перенаправить сексуальную энергию в спорт или какую-то иную физическую активность.

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

Психоаналитическая модель терапии подчеркивает важность сопротивления. Согласно этой модели, пациентам обычно неизвестна их

¹ Фрейд З. Я и Оно. — М.: ЭКСМО, 2015. — *Примеч. пер.*

истинная проблема именно потому, что защитные механизмы мешают осознанию реальных конфликтов. «Симптом», с которым они приходят на терапию, редко является истинной проблемой, скорее, это символическое представление внутренних конфликтов. Согласно данной модели защитных механизмов эго, пациент держится за симптом, поскольку тот защищает его от возникновения внутреннего конфликта, считающегося подавляющим и примитивным. При исчезновении симптома на его место приходят другие защищающие эго невротические симптомы. Таким образом, согласно эго-психологической модели в рамках теории психоанализа сопротивление рассматривается с позиций конкретных защитных механизмов: проекции, отрицания, интеллектуализации, изоляции, замещения, подавления и сублимации. Эго-психолог сосредотачивает свое внимание на анализе данных специфических защитных механизмов и на их препятствовании улучшению состояния пациента на терапии. Впоследствии, при рассмотрении мной процессов схематизации, станет видно, что схема-центрированная когнитивная терапия расстройств личности обращает особое внимание и на когнитивные механизмы избегания и компенсации, весьма напоминающие защитные механизмы эго (см.: Beck et al., 1990¹; Young, 1990).

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

Поначалу Фрейд уделял особое внимание тому, чтобы направить пациентов к изменению мышления и поведения (что мало чем отличается от позиций многих когнитивных терапевтов!). Но он отказался от этого подхода, полагая, что пациенты вернуться к своим первоначальным проблемам или в некоторых случаях разовьют новые симптомы. Терапевтическая модель Фрейда в процессе ее развития больше фокусировалась на самих терапевтических отношениях, названных им «переносом», поскольку он верил, что они отражают обобщение или

¹ Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. — СПб.: Питер, 2019. — *Примеч. пер.*

перенос пациентом детских конфликтов с родителями на терапевта. Таким образом, согласно Фрейд, отношения переноса предоставляли пациенту уникальную возможность «регрессировать» и тем самым еще раз проживать первоначальные конфликты, но на этот раз с помощью нейтрального, интерпретирующего их психоаналитика.

Психоаналитическая модель рассматривает сопротивление как важный компонент лечения. Согласно этой модели, пациент и терапевт втянуты в длительный процесс переноса и контрпереноса, так что терапия влечет за собой проработку сопротивления во время переноса и регрессию пациента к более ранним конфликтам. Поскольку психопатология рассматривается как дисфункция (поддерживающих конфликт) защитных механизмов эго, терапия включает в себя противостояние им. В зависимости от конкретной психоаналитической модели терапевт может непосредственно интерпретировать защитные механизмы, сосредоточиться на том, как перенос пациента мешает лечению, обеспечить корректирующий эмоциональный опыт посредством эмпатической рефлексии и общения или заняться коррекционным «репаратингом» (см.: Kernberg, 1975, 1978; Kohut, 1971, 1977¹; Masterson, 1976; Winnicott, 1986).

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

¹ *Кохут Х.* Анализ самости. — М.: Когито-Центр, 2017. *Кохут Х.* Восстановление самости. — М.: Когито-Центр, 2017. — *Примеч. пер.*

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

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

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

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МОДЕЛИ НЕУСТУПЧИВОСТИ И СОПРОТИВЛЕНИЯ

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

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

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

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

Кроме того, пациент и терапевт могут использовать *опосредованные стимулы*, стимулы с символической ценностью или символы, используемые в обмен на другое подкрепление, например символические жетоны. Более того, отсрочку удовлетворения пациента можно увеличить путем сосредоточения внимания на поведении, а не на результатах: так,

вместо подсчета потерянных килограммов пациент может самостоятельно контролировать позитивное поведение в процессе изменения. Самоотчеты также значительно увеличивают способность переносить отсрочку. Ценность самоотчетов или самоподкрепления заключается в их постоянной потенциальной доступности под контролем пациента. Внешняя поддержка со стороны коллег, членов группы (особенно программы «12 шагов» для зависимых личностей), семьи, терапевта и других людей (например, личных тренеров) также может отсрочить удовлетворение.

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

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

Неудача терапии может быть связана с тем, что пациент просто не знает, что следует сделать для получения подкрепления. Например, отправка хронически застенчивого и стеснительного человека

на общественные мероприятия с заданием «поговорить с людьми» закончится фиаско, если пациенту неизвестно, как и когда следует использовать подходящее социальное поведение. Похожим образом некоторые пациенты могут «сопротивляться» изменениям, потому что просто не знают, как эффективно решать проблемы, а даже если знают, то не думают, что это уместно в данном контексте (см.: Nezu & Nezu, 1989). Эти примеры показывают важность приобретения навыков при коррекции неуступчивости, когда терапевт помогает пациенту усвоить подходящее социальное поведение и навыки решения проблем.

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

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

КОГНИТИВНЫЕ МОДЕЛИ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Модель Эллиса

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

Эллис подчеркивает, что многие иррациональные убеждения, например «я — ничтожество», не имеют смысла. Он указывает, что такие понятия, как «никчемность», не поддаются эмпирической проверке, а следовательно, бессмысленны. В дополнение к обычному когнитивному оспариванию в рационально-эмотивной терапии (РЭТ) Эллис рекомендует поощрять сопротивляющихся пациентов переубеждать других, использовать остановку мысли и распевать бросающие вызов иррациональному мышлению рациональные песенки. Кроме того, Эллис признает ценность поведенческих и эмпирических техник в борьбе с сопротивлением.

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

Модель Бернса

Подобно модели сопротивления Эллиса, модель Бернса¹ (1989) рассматривает роль когнитивных ошибок, определяющих участие пациента в терапии. Бернс сосредотачивается на невыполнении заданий по самопомощи, однако его подход более универсален. В своей книге «Терапия настроения» Бернс называет двадцать пять «причин невыполнения домашних заданий». Среди примеров перфекционизм, потребность в одобрении, приверженность убеждению, что все проблемы имеют медицинский характер, «чувствительность к принуждению» (реактивность), навешивание ярлыков, право требования и эмоциональное обоснование. Каждое из этих убеждений может быть оспорено с помощью методов когнитивной терапии, включая изучение выгод и издержек, оценку доказательств, рассмотрение альтернатив и организацию экспериментов для проверки этих убеждений.

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

Модель схема-терапии Бека

Бек и его коллеги (1990) расширили модель схемы депрессии и тревоги Бека (см.: Beck, 1967; Beck et al., 1979²) для создания схемы-модели расстройств личности. Согласно этой модели, люди с хроническими или рецидивирующими проблемами, часто существующими наряду с расстройствами личности, еще в раннем детстве создали себе дезадаптивные схемы. Они направляют внимание на схему и увеличивают

¹ Бернс Д. Хорошее самочувствие. Новая терапия настроений. — М.: Персей; Вече; АСТ, 1995. Бернс Д. Терапия настроения. Клинически доказанный способ победить депрессию. — М.: Альпина Паблишер, 2019. — *Примеч. пер.*

² Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003. — *Примеч. пер.*

воспроизведение в памяти согласующейся с ней информации. Схемы депрессии сосредоточены на потерях, депривации и неудачах, в то время как схемы тревоги — на угрозах, таких как опасность для аспектов ценностной ориентации личности (см.: Beck, Emery & Greenberg, 1985). *Личностные схемы* являются общими темами межличностного общения и функционирования личности, соответствуя уязвимостям, которые могут быть активированы текущими жизненными событиями. Например, зависимая женщина со схемой беспомощности и покинутости может достаточно хорошо жить в отношениях. Однако стоит им распасться, как она впадает в депрессию из-за озабоченности своей беспомощностью и покинутостью. Но, даже состоя в отношениях, она может быть восприимчивой к проблеме покинутости, поскольку независимое существование кажется ей невозможным из-за наличия схемы беспомощности.

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

Спротивление изменениям для этих людей будет включать в себя как избегание, так и компенсацию. Они могут рассматривать терапию как угрозу схеме. Изменения могут означать отказ от копинг-стратегий избегания и компенсации и существование прямой угрозы, которая может нанести непоправимый вред (см.: Beck et al., 1990¹; Guidano & Liotti, 1983). Избегание может принимать форму плохой посещаемости, диссоциативных реакций, тривиализации повестки дня и преждевременного прекращения терапии. Компенсация у зависимого человека может выражаться в чрезмерной привязанности к терапевту, его идеализации, эротизации и попытках доставить ему сильное удовольствие.

¹ *Бек А., Фримен А.* Когнитивная психотерапия расстройств личности. — СПб.: Питер, 2019. — *Примеч. пер.*

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

ИНТЕГРАТИВНАЯ СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Значимость других моделей сопротивления

Каждая из перечисленных моделей сопротивления обеспечивает основу для предлагаемой мной в этой книге модели. Психоаналитические модели подчеркивают важность механизмов самозащиты, многие из которых могут лежать за пределами сознательного понимания пациента. Интегративная социально-когнитивная модель сопротивления признает, что оно часто является результатом эмоциональной дисрегуляции (или сверхрегуляции), переживаний раннего (и более позднего) детства и бессознательных процессов. Защитные механизмы эго — проекция, вытеснение, отрицание, изоляция и интеллектуализация — рассматриваются как важные для поддержания сопротивления тактики. Более того, эта модель подчеркивает как перенос, так и контрперенос в проявлении и модификации сопротивления. Однако предлагаемая мной модель не является производной психоаналитической модели психосексуального детерминизма и не подчеркивает недирективную, нейтральную позицию терапевта, я также не разделяю гидравлическую модель поведения¹.

¹ Идея гидравлической модели поведения принадлежит Лоренцу, видоизменившему и усовершенствовавшему механическую модель для описания поведения Макдугалла. — *Примеч. пер.*

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

Аспекты сопротивления

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

лями жертвы. Однако терапевт и пациент могут разделить эти аспекты и действовать против каждого из них в отдельности.

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

ВЫВОДЫ

Сопротивление является центральной темой психодинамической психотерапии. Возможно, «сопротивление» заняло центральное место в психодинамических моделях из-за психоаналитического акцента на бессознательной мотивации, функциях защитных механизмов эго и важности невроза переноса. Одно из разделяемых психоаналитическими моделями допущений заключается в том, что большая часть сопротивления может казаться бессознательной стратегией, не дающей угрожающей информации захлестнуть пациента. В зависимости от используемого психоаналитического подхода функция терапевта состоит в интерпретации сопротивления, поощрении регрессии в процессе лечения, помощи пациенту в отказе от защитных функций и воссоздании более здорового или более адаптивного эго.

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