

Содержание

Об авторах	16
Благодарности	18
Предисловие	21
Ждем ваших отзывов	30
Построение отношений сотрудничества, заботы и продуктивности на примере терапии принятия и ответственности и терапии, сфокусированной на сострадании	31
Введение	35
Глава 1. Сострадание: определение и эволюционные корни	41
Определение сострадания	42
Определения в рамках подходов к самосостраданию	43
Определения в терапии принятия и ответственности	44
Определения в рамках терапии, сфокусированной на сострадании	45
Две составляющие психологии сострадания и терапия принятия и ответственности	47
Эволюция, когниции и поведение: что свойственно людям	53
Сформировавшееся в ходе эволюции когнитивное слияние	55
Эволюция, сотрудничество и сострадание	57
Глава 2. Сострадание и психологическая гибкость	63
Производное реляционное реагирование и изменение точки зрения	64
Реляционные фреймы	66
“Я”-контекст	67

Ключевые компоненты сострадания и психологической гибкости	70
Самосострадание, осознанность и психологическая гибкость	72
Модель терапии, сфокусированной на сострадании, и психологическая гибкость	75
Процессы терапии принятия и ответственности, модель терапии, сфокусированной на сострадании, и сострадательная гибкость	84
Когнитивно-поведенческая наука, сострадание и буддийская психология	104

Глава 3. Терапия, сфокусированная на сострадании: истоки, эволюционный контекст и основные подходы

Параллели между терапией принятия и ответственности и терапией, сфокусированной на сострадании	108
Исследование, сфокусированное на сострадании	108
Применение терапии, сфокусированной на сострадании, и сообщество КПН	112
Терапия, сфокусированная на сострадании, и работа с проблемами, вызванными чувством стыда	113
Терапия, сфокусированная на сострадании, и эволюционная теория	115
Эволюционный контекст	116
Процессы регуляции эмоций в терапии, сфокусированной на сострадании	122
Привязанность, умиротворение и аффилиативные эмоции в терапии, сфокусированной на сострадании	126

Глава 4. Тренинг сострадания в клинической практике

Последний рубеж на пути к примирению с самим собой	133
Что заставляет нас ненавидеть себя	136
История научения и возникновение чувства “я”	137
Привязанность и сострадание в контексте	139

Вербальные процессы и самосострадание	141
Самосострадание или самооценка	142
Создание эффективного контекста для тренинга самосострадания	143
Установление отношений принятия	143
Развитие навыков терапевта	143
Общее обоснование работы	144
Установление функциональной контекстуальной точки зрения на сострадание	145
Ориентация на функцию и эффективность	149
Непосредственный тренинг самосострадания	157
Глава 5. Роль терапевтических отношений в тренинге сострадания	161
Самосострадание как вид сострадания	162
Использование позитивного подкрепления для тренинга сострадания	163
Функциональная аналитическая психотерапия и сострадание	164
Пять правил функциональной аналитической психотерапии	165
Шейпинг сострадания на сессии	169
Помощь клиентам в принятии сострадания от других	172
Использование терапевтических отношений для принятия сострадательной точки зрения	176
Сострадание в терапевтической диаде	183
Глава 6. Исходные составляющие терапии принятия и ответственности, ориентированной на сострадание	185
Сострадание и свободно выбранные ценности	186
Творческая безнадежность и мудрость невинности	189
Творческая безнадежность	190
Радикальная невинность и аффилиативные эмоции	191

Техники когнитивного разъединения, ориентированного на сострадание	202
Техника двух стульев терапии, сфокусированной на сострадании, для проработки “я”-процесса в терапии принятия и ответственности	207
Сенситивность к страданиям клиента при контакте с настоящим моментом	211
Культивирование готовности к состраданию	215
Подготовить тело и отдать должное практике	221
Глава 7. Тренинг сострадательного разума	223
Тренинг сострадательного разума в рамках функционального контекста	223
Важность практики	225
Сострадательное внимание	226
Сила воображения	231
Помощь клиентам в преодолении воспринимаемого дефицита воображения	232
Образ безопасного места	234
Использование личных образов для развития сострадания	236
Развитие сострадательной самоидентичности посредством визуализации	241
Сострадательный контакт с различными частями своего “я”	244
Вновь возвращаясь к важности практики	249
Акцент на тренинге сострадательного разума	251
Глава 8. Формулирование случая, оценивание и терапевтическое планирование	253
Интервью с самосострадающим разумом	254
Формулирование случая, ориентированное на сострадание	271
Оценочный инструментарий, ориентированный на сострадание	286
Шкала самосострадания	286
Шкалы страхов сострадания	288

Шкала сострадательной любви	289
Краткая шкала сострадания Санта-Клары	290
Шкала четырех неизмеримых “я”–“другой”	290
Интервью о переживании сострадания	291
Культивирование сострадательного поведения	292
Прояснение ценностных целей и выбор в пользу заботы о благополучии	294
Поощрение сострадательного поведения	302
Развитие мотивации к участию в сострадательных действиях	304
Смотреть друг на друга сострадательными глазами	308
Глава 9. Завершение и новые начинания	309
Контекстуальная супервизия, ориентированная на сострадание	310
Воркшопы и дальнейшее обучение	315
Исследования и расширение знаний	316
Дальнейшее продвижение вперед	317
Источники информации	318
Список литературы	320

3

Терапия, сфокусированная на сострадании: истоки, эволюционный контекст и основные подходы

Хотя терапия, сфокусированная на сострадании, часто практикуется как самостоятельный терапевтический метод, ее техники были разработаны таким образом, чтобы их могли использовать практикующие специалисты, которые работают и в других направлениях. Как часто говорил П. Гилберт на своих тренингах, “Мы называем эту модель терапией, сфокусированной на сострадании, а не терапией сострадания, поскольку это средство, помогающее привнести сострадание в терапию, которую вы освоили и с которой в основном работаете”. В результате многие специалисты, практикующие КПТ, терапию принятия и ответственности, а также другие направления психотерапии, интегрировали элементы терапии, сфокусированной на сострадании, и тренинг сострадательного разума в свою работу, сохраняя при этом приверженность привычным для себя методам. Совершенно очевидно, что само по себе изучение терапии, сфокусированной на сострадании, также представляет очевидную ценность — ведь двое из авторов этой книги сделали теорию, исследования и практику этой терапии центральными в своей профессиональной миссии. Тем не менее всего лишь некоторое ознакомление с литературой, посвященной науке о сострадании, и методами терапии, сфокусированной на сострадании, может дать терапевтам принятия и ответственности обоснованную доказательную базу для интеграции этого подхода в свою практику. Так и появилась терапия принятия и ответственности, сфокусированная на сострадании.

Параллели между терапией принятия и ответственности и терапией, сфокусированной на сострадании

Терапия принятия и ответственности и терапия, сфокусированная на сострадании, начали развиваться в совершенно разных научных сообществах, в разных культурных условиях и на основе разных предположений. В течение многих лет эти подходы развивались изолированно друг от друга. Например, в то время как терапия принятия и ответственности возникла из традиций поведенческого анализа, контекстуальной поведенческой науки и философии функционального контекстуализма, терапия, сфокусированная на сострадании, возникла из исследований в области аффективной нейронауки и психологии развития [Gilbert, 2009a]. Тем не менее как терапия принятия и ответственности, так и терапия, сфокусированная на сострадании, разделяют некоторые общие предположения. Например, обе терапии придерживаются принципа восходящего анализа в разработке лечения, подчеркивают важность эмпирически обоснованных процессов и принципов по сравнению с терапевтическими протоколами и основывают свои клинические предположения на фундаментальной науке. Кроме того, как терапия, сфокусированная на сострадании, так и терапия принятия и ответственности опираются на элементы созерцательных традиций, гуманистической психотерапии, использования визуализации и метафор для разработки интегративного подхода к поведенческой терапии [Gilbert, 2010; Hayes et al., 1999]. После многих лет параллельного развития науки о сострадании и психологической гибкости в последние годы начали сближаться, чему способствует все более оживляющаяся дискуссия о новых перспективах и клинических методах. Многие из предпосылок интеграции терапии, сфокусированной на сострадании, и КПН связаны с исследованиями, методами и теорией, и в этой главе мы рассмотрим все эти факторы.

Исследование, сфокусированное на сострадании

За последние несколько лет исследовательская база психологии сострадания в целом и терапии, сфокусированной на сострадании,

в частности, росла замечательными темпами, при этом быстро увеличивалось количество исследований и клинических публикаций, посвященных состраданию. Например, за последние 10 лет произошел значительный всплеск исследований эффективности полагания на сострадание, особенно посредством имагинальной практики [Fehr, Sprecher, & Underwood, 2008]. Одно из ранних исследований [Rein, Atkinson, & McCraty, 1995] показало, что практика сострадательного воображения оказывает позитивное влияние на функционирование иммунной системы (показатель S-IgA), в то время как имагинация гнева оказывает негативное влияние. Кроме того, исследования в области нейронауки показали, что сострадательное воображение по отношению к другим людям вызывает изменения в лобной коре, иммунной системе и общем уровне благополучия [Lutz et al., 2008]. Примечательно, что одно из исследований [Hutcherson, Seppala, & Gross, 2008] показало, что даже кратковременная медитация любящей доброты усиливает социальные связи и симпатию к незнакомым людям. В другом исследовании [Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008] 67 участников были распределены в группу медитации любящей доброты, а 72 — в контрольную группу. Было обнаружено, что шесть еженедельных групповых сессий (продолжительностью в один час), а также домашняя практика с прослушиванием компакт-диска медитации любящей доброты положительно повлияли на участников, уменьшив болезненные симптомы и повысив позитивные эмоции, уровень осознанности, целенаправленность и чувство социальной поддержки. Еще одно исследование [Pace et al., 2009] показало, что, практикуя медитацию сострадания, в течение шести недель можно повысить иммунитет, а также нейроэндокринные и поведенческие реакции на стресс. Также было обнаружено, что даже такое простое упражнение, как сострадательное письмо к себе, помогает лучше справляться с трудностями и снижает уровень депрессии [Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007].

Все эти исследования представляют интерес для клиницистов терапии принятия и ответственности, поскольку большинство из них были свободны от механистических предположений и не основывались на определенной теоретической ориентации. И, как показано в главе 2, основополагающие процессы и возможные процедуры,

связанные с прикладной психологией сострадания, в значительной степени согласуются с терапией принятия и ответственности, что открывает перед сообществом КПН новые возможности для исследований.

В ходе дальнейших исследований было обнаружено, что некоторые интервенции, ориентированные на сострадание, которые полностью согласуются с терапией принятия и ответственности, благотворно влияют на терапевтические результаты, выступая в качестве их опосредующих переменных. Например, в одном из исследований [*Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg, & Nielsen, 2011*] было установлено, что самосострадание играет важную роль в уменьшении негативных эмоций при расстройствах личности, характеризующихся тревогой, страхом и избеганием (расстройства кластера С), поэтому его рекомендуется делать целью терапевтической интервенции. В другом исследовании [*Beaumont, Galpin, & Jenkins, 2012*] сравнивалась эффективность КПТ и КПТ в сочетании с терапией, сфокусированной на сострадании, при работе с клиентами с историей травмы. Было обнаружено, что КПТ в сочетании с терапией, сфокусированной на сострадании, показала значимо лучшие результаты и улучшения в состоянии клиентов. По данным этого исследования, терапия, сфокусированная на сострадании, благотворно повлияла на развитие самосострадания, что привело авторов к предположению, что сострадание может быть важным дополнением к терапии. В исследовании эффективности лечения депрессии с помощью когнитивной терапии, основанной на осознанности [*Kuyken et al., 2010*], исследователи обнаружили, что самосострадание — это важный посредник между осознанностью и исцелением. Фактически в метаанализе исследований, касающихся как клинических, так и неклинических условий, была обнаружена высокая эффективность интервенций, ориентированных на сострадание [*Hofmann et al., 2011*]. Исследования показали, что самосострадание отличается от самооценки и выступает лучшим предиктором некоторых аспектов благополучия индивида [*Neff & Vonk, 2009*]. В корреляционных исследованиях, в которых использовалась шкала самосострадания [*Neff, 2003a*], было обнаружено, что самосострадание защищает от тревоги и депрессии (при контроле выраженности самокритики). Люди,

имеющие высокий показатель по шкале самосострадания, также отличаются выраженностью многих положительных психологических черт, включая автономию, компетентность и эмоциональный интеллект [Neff, 2003a; Neff, Rude, et al., 2007].

В дополнение к растущему количеству исследований сострадания как полезного процесса в психотерапии и в повседневной жизни сама терапия, сфокусированная на сострадании, находит все большую эмпирическую поддержку в исследованиях своей эффективности. Раннее клиническое исследование с участием группы людей с хроническими проблемами психического здоровья, которые посещали дневной стационар [Gilbert & Procter, 2006], показало, что терапия, сфокусированная на сострадании, значительно снижает уровень самокритики, стыда, чувства неполноценности, депрессии и тревоги. Другое, уже неконтролируемое, исследование [Ashworth, Gracie, & Gilbert, 2011], показало, что терапия, сфокусированная на сострадании, является полезным дополнением для пациентов с травмой головного мозга. Кроме того, рандомизированное контролируемое клиническое исследование с применением методов терапии, сфокусированной на сострадании [Braehler, Harper, & Gilbert, 2012], показало высокий уровень переносимости и снижение риска прерывания лечения по сравнению с обычной терапией в случае психотических пациентов. Аналогично клиническое исследование [Laithwaite et al., 2009] продемонстрировало значительные улучшения показателей депрессии, самооценки и чувства “я” в случае психотических пациентов, проходящих реабилитацию в психиатрической клинике. В других исследованиях было установлено, что терапия, сфокусированная на сострадании, крайне эффективна для лечения расстройств личности [Lucre, & Corten, 2012], расстройств пищевого поведения [Gale, Gilbert, Read, & Goss, 2012] и разнообразных проблем психического здоровья [Judge, Cleghorn, McEwan, & Gilbert, 2012]. По мере того как терапия, сфокусированная на сострадании, становится все более распространенной и все большее число клиницистов и исследователей осваивают навыки и приходят к пониманию методов и философии этой терапии, все возрастающее число исследований будет способствовать ее дальнейшему совершенствованию.

Одновременно с возрастанием количества исследований процессов и эффективности терапии, сфокусированной на сострадании, и психологии сострадания наблюдается рост количества исследований терапии принятия и ответственности и ее модели психологической гибкости. Очевидно, что контекстуальные подходы к поведенческой терапии доминируют в дискуссиях об эмпирически обоснованных терапевтических методах. Кроме того, контекстуальная поведенческая наука все чаще прибегает к эволюционным объяснениям своей модели когниций и речи [Wilson et al., 2012]. Поскольку, начиная с книги П. Гилберта *Human Nature and Suffering* (Природа человека и страдания [Gilbert, 1989]), эволюционная теория стала концептуальной колыбелью терапии, сфокусированной на сострадании, это привело к ее сближению с терапией принятия и ответственности. Таким образом, мы видим два подхода, которые имеют много общего, даже если рассматривают вопрос о человеческих страданиях с разных точек зрения. Но, похоже, общее все же преобладает, а дискуссия между этими взаимодополняющими подходами обеспечивает многообразие и возможности дальнейшего развития.

Применение терапии, сфокусированной на сострадании, и сообщество КПН

Выход в свет этой книги свидетельствует о продолжении интеграции психологии сострадания и контекстуальной психологии, как с точки зрения применения терапии, сфокусированной на сострадании, так и с точки зрения разработок в области КПН. В последние годы многие клиницисты, практикующие терапию принятия и ответственности, включили в свою работу методы, ориентированные на сострадание, — от добавления элементов психологии сострадания в интервенции и тренинги [Forsyth & Eifert, 2007; Wright & Westrup, in press; Yadavaia, 2013] до исследования самосострадания как процессуальной переменной в пособиях по самопомощи в терапии принятия и ответственности [Van Dam, Sheppard, Forsyth, & Earleywine, 2011], а также исследования того, как сострадание может быть связано с процессом выбора ценностей [Dahl et al., 2009]. Большая часть ранних работ, посвященных состраданию в рамках

терапии принятия и ответственности (как исследовательских, так и практических), основывались на концепции самосострадания, изложенной К. Нефф [Neff, 2003a]. Как продолжение этой тенденции модель самосострадания К. Нефф стала основой и процессов психологической гибкости [Neff & Tirch, 2013]. Уже отмечалось, что между этими двумя моделями существует значительная преемственность, особенно в подчеркивании значения осознанности, разотождествления и переживания человеческой общности, которые играют центральную роль в благополучии.

В последние годы терапия, сфокусированная на сострадании, все активнее налаживает связи с контекстуальной поведенческой наукой, что формирует научную основу для разработки методов терапии принятия и ответственности. Это происходит благодаря тренинговым инициативам, теоретическим дискуссиям и исследовательскому сотрудничеству с участием П. Гилберта (основателя терапии, сфокусированной на сострадании) и членов Ассоциации контекстуально-поведенческой науки. Так, недавно на основе терапии, сфокусированной на сострадании, была разработана интервенция для лечения тревоги, которая включает элементы модели психологической гибкости [Tirch, 2012]. Кроме того, в рандомизированном контролируемом исследовании эффективности терапии, сфокусированной на сострадании [Braehler et al., 2012], в настоящее время изучается применение процессов терапии принятия и ответственности для лечения послепсихотической депрессии [White et al., 2011]. Очевидно, что в основе всего этого лежит взаимосвязь между двумя психологиями сострадания: терапией, сфокусированной на сострадании, и моделью психологической гибкости в терапии принятия и ответственности.

Терапия, сфокусированная на сострадании, и работа с проблемами, вызванными чувством стыда

Терапия, сфокусированная на сострадании, была разработана для людей с высоким уровнем стыда и самокритики, что является трансдиагностическими критериями уязвимости к психопатологии

[*Gilbert & Irons, 2005; Zuroff, Santor, & Mongrain, 2005*], которые существенно препятствуют терапевтическому прогрессу [*Bulmash, Harkness, Stewart, & Bagby, 2009; Rector, Bagby, Segal, Joffe, & Levitt, 2000*]. Культивирование сострадания и аффилиативных эмоций — это основной процесс, помогающий решить проблему стыда и самокритики [*Gilbert & Irons, 2005*], которая зачастую включает также озабоченность или слияние с мыслями о самоосуждении и эмоциями гнева [*Kolts, 2012*], тревоги и отвращения [*Gilbert & Irons, 2005; Whelton & Greenberg, 2005*]. Кроме того, тревожные и депрессивные симптомы при некоторых диагнозах коррелируют с относительно более высокими уровнями стыда и самокритики [*Kannan & Levitt, 2013; Zuroff et al., 2005*] и низким уровнем самосострадания [*Neff, 2009*]. Более того, когда в переживаниях преобладают мысли об угрозе и вызванные ими эмоции, это сужает внимание и поведенческий репертуар и снижает способность к эмпатии [*Fredrickson, 2001; Hayes & Shenk, 2004; Negd, Mallan, & Lipp, 2011; Wachtel, 1967*]. Это может привести к снижению количества источников вознаграждения и ограничению доступа к осмысленной, целенаправленной жизни [*Eifert & Forsyth, 2005*]. Исследования [*Whelton & Greenberg, 2005*] показали, что негативные последствия самокритики частично вызваны эмоциями разочарования, гнева и презрения, которые сопровождают самокритику, а не только формой и содержанием мыслей.

Пол Гилберт описывает, как он 20 лет назад начал разрабатывать подход, ориентированный на сострадание, чтобы помочь людям переоценить и переосмыслить свое депрессивное или тревожное мышление [*Tirch & Gilbert, in press*]. Он обнаружил, что когда его клиенты пытались мыслить на основе фактических данных, внутренняя тональность этих альтернативных мыслей часто оставалась враждебной или они были исполнены страха [*Gilbert et al., 2012*]. Внутренние диалоги, характеризующиеся враждебностью к себе и чувством стыда, оказались гораздо более устойчивыми к когнитивной дискуссии, чем к изменению тона в сторону теплого, доброго и сострадательного эмоционального переживания. Это положило начало науке об аффиляции, привязанности и регуляции эмоций, разрабатываемой П. Гилбертом и его коллегами в Великобритании и за рубежом, — исследованию, которое продолжается по сей день.

Интересно, что этот период примерно соответствует началу разработки КПН и терапии принятия и ответственности в США.

Терапия, сфокусированная на сострадании, и эволюционная теория

Ключевое направление терапии, сфокусированной на сострадании — это опора на эволюционные идеи как основу психообразования и помощи людям в преодолении стыда и самокритики путем обезличивания содержания и процессов разума. Как уже отмечалось, это согласуется с процессом когнитивного разъединения в терапии принятия и ответственности. Контекстуальная поведенческая наука, как следует из ее названия, в значительной степени сосредоточена на контекстах, которые порождают ментальные события. Аналогичным образом терапия, сфокусированная на сострадании, контекстуализирует психические события и человеческие страдания в трех основных областях.

- Стрaдание возникает потому, что мы — эволюционировавшие существа с биологическими телами, которые легко повредить и которые разрушаются, заболевают и умирают. Более того, наш мозг эволюционировал для реализации видоспецифических (архетипических) мотивов и моделей поведения, таких как формирование привязанности к родителям, присоединение к группам, поиск статуса, выбор в качестве сексуального партнера или выполнение родительских обязанностей. Это помещает психические страдания в эволюционный контекст, который породил мозг, полный противоречивых мотивов, эмоций и способов мышления, и, следовательно, несущий в себе богатый потенциал для страдания. Таким образом, многое из того, что происходит в разуме, не является нашей “виной”; однако мы можем научиться развивать полезные навыки и подходы.
- Стрaдание возникает в контексте истории научения индивида, включая то, как жизненный опыт повлиял на фенотипическое развитие не только на физиологическом уровне, но и на уровне стратегий безопасности, целей, ценностей и самоидентичности.

- Стрaдание возникает в контексте настоящего момента индивида — множества факторов, которые порождают ежесекундные переживания.

Эволюционный контекст

Применение эволюционного подхода к вопросам психического здоровья [Gilbert, 1989, 1998; Nesse, 1998] позволяет признать, что наш разум полон компромиссов и уступок [Brune et al., 2012; Gilbert, 2001]. Таким образом, терапия, сфокусированная на сострадании, обычно начинается с психообразования, основанного на современном эволюционном понимании. Со временем эта модель усложнилась и заняла центральное место в процессе избавления от чувства стыда и обезличивания содержания разума.

Проверка реальности

Существуют различные методы терапии, сфокусированной на сострадании, помогающие клиентам помещать свои переживания в эволюционный контекст, включая личные нарративы, психообразование, метафоры и совместную концептуализацию случая, учитывающую эволюционные функции человеческих эмоций. В начале терапии обычно проводится полуструктурированная дискуссия, посвященная проверке реальности, чтобы познакомить клиентов с эволюционным контекстом и помочь им увидеть, что большая часть их жизненного опыта неподвластна их выбору и что страдание является естественной частью человеческой жизни.

В рамках терапии, сфокусированной на сострадании, многое из того, что кажется психообразованием, на самом деле является способом вызвать фундаментальный сдвиг мировоззрения посредством направляемого открытия, которое фасилитируется дискуссиями между терапевтом и клиентом. В то время как теория и практика во многих видах терапии относительно не связаны между собой, взаимодействие с эволюционной моделью в терапии, сфокусированной на сострадании, считается важным условием осознанного понимания природы человеческого бытия — и такой подход способствует состраданию. Придерживаясь такого заинтересованного, открытого

и эмоционально провоцирующего подхода, клиницисты помогают своим клиентам прийти к пониманию идей эволюционной психологии относительно природы разума и прочувствовать их.

Интервенция: проверка реальности

Проверка реальности — это совместная дискуссия, которая включает в себя истории, метафоры и направляемые открытия. Клиент и терапевт вместе исследуют эволюционный контекст человеческих страданий, размышляя о том факте, что все мы принадлежим к одному виду и разделяем нашу человеческую общность. Терапевт может начать с объяснения: “Все мы устроены на уровне генов более или менее одинаково, и это привело к общему развитию нашего хитроумного мозга. Мозг каждого человека продуцирует общие для всех людей эмоции, мотивы и модели мышления. Одни из них крайне полезны, например решение проблем перед лицом серьезной экологической угрозы. Другие могут быть довольно болезненными, например беспокойство о событиях далекого будущего, которые мы не можем контролировать”. Затем пациент и терапевт могут заняться дальнейшими направляемыми открытиями, в ходе которых терапевт прибегает к сократическим вопросам, чтобы исследовать реакцию пациента на его роль как существа, возникшего в ходе эволюции в потоке жизни.

По мере того как терапевт наблюдает реакции и отвечает на вопросы клиента, он *соотносит аффекты*, валидируя эмоциональную реакцию клиента посредством невербальной коммуникации, эмоциональной выразительности и депатологизированной речи. Уже на этом раннем этапе терапии можно использовать *эмпатическое наведение мостов*, замедляя диалог и прибегая к избирательной осознанности эмоциональных процессов психотерапевта, чтобы способствовать гибкому изменению точки зрения со стороны клиента. С самого начала терапевты стремятся понять мир глазами своих клиентов, размышляя *вместе* с ними, а не вместо них.

После ознакомления клиента с эволюционной моделью терапевт размышляет о том факте, что, поскольку мы являемся биологическими существами, жизнь полна страданий. Терапевт приводит ряд

примеров этого, например: “Существуют миллионы потенциальных вирусов и болезней, которые могут повлиять на состояние человека, и нас довольно легко травмировать, иногда с долгосрочными последствиями. Наша жизнь относительно коротка, в среднем 25–30 тысяч дней, и в течение этого времени мы можем какое-то время процветать, но постепенно будем стареть и слабеть”.

Следуя такому ходу мыслей, терапевт подчеркивает социальный контекст, согласно которому любой человек является “конкретной версией самого себя, сформированной своей историей социального научения”. В терапии, сфокусированной на сострадании, часто используется следующий пример, чтобы продемонстрировать эту мысль: “Если бы меня, трехдневного ребенка, похитила и воспитала жестокая банда наркодельцов, каким человеком я был бы сегодня? Вырастая, сыновья боссов наркокартелей совершают преступления ради семейного бизнеса. Как бы мне ни хотелось так думать, вполне возможно, что с такой историей научения я стал бы совершенно другой версией самого себя”. Терапевт предлагает пациенту поразмышлять над этим более подробно. По мере того как пациент осознает тот факт, что терапевт мог бы стать агрессивным или даже жестоким, возможно, уже отсидеть в тюрьме или даже быть застреленным — иными словами, стать совершенно другим человеком, — он признает, что все мы являемся просто версиями самих себя. Действительно, ранний опыт может даже влиять на экспрессию генов и созревание различных областей мозга, — вот сила социальных контекстов. Поэтому неудивительно, что следующий вопрос, который задает терапевт, звучит так: “Можно ли научиться выбирать версии самих себя, которые будут организовывать наш разум и чувство «я» таким образом, чтобы это способствовало благополучию?”

Проверка реальности — это далеко не просто психообразование, это первый шаг на пути к тому, чтобы помочь клиентам практиковать принятие и когнитивное разъединение. В это же время они начинают принимать ответственность за участие в процессах изменений и за развитие психических состояний, способствующих собственному благополучию.

Взаимодействие древнего мозга и нового мозга

Чтобы показать пациентам, насколько разрушительным может быть человеческий разум, а также заботливым и сострадательным, терапевты обычно рисуют контур мозга и начинают обозначать его области, как показано на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Взаимодействие между осознанностью, состраданием, древними и новыми функциями мозга (воспроизводится из [Gilbert & Choden, 2013] с разрешения)

Обсуждая более древние функции мозга, для простоты терапевт называет их психологией *древнего мозга*. Она включает в себя модели поведения, социальную мотивацию и эмоции, которые у нас общие с другими животными, например территориальность, конфликты и агрессивные взаимодействия, групповая принадлежность, формирование союзов, сексуальные желания, забота о потомстве и, что особенно важно, реакция умиротворения в ответ на привязанность и принадлежность.

Здесь пролегают различия между терапией, сфокусированной на сострадании, и терапией принятия и ответственности. В то время как КПН основывается на предположениях, в соответствии с которыми действия всего организма в определенном контексте

представляет собой согласованную единицу анализа для прогнозирования поведения и влияния на него, терапия, сфокусированная на сострадании, исследует мозг как коллективный набор способностей, эволюционировавших в контексте потока жизни на Земле. Хотя это также своего рода контекстуализм, терапия, сфокусированная на сострадании, проводит эволюционный функциональный анализ эмоций внутри организма, а не рассматривает ментальные события эксплицитно как зависимые переменные. В терапии, сфокусированной на сострадании, важны как принципы обусловливания, так и воплощаемые ими аффективные процессы. Эмоциональное реагирование играет важную роль в терапии, сфокусированной на сострадании, что объясняет акцент на процессах эмоциональной регуляции, привязанности и принадлежности в ее теоретической модели. Итак, идея состоит в том, чтобы помочь людям получить четкое представление о том факте, что мотивационные и эмоциональные системы уже встроены в нас, а не созданы нами. Как биологический вид мы просто оказались здесь с разумом, который несет множество функций древнего мозга и интенсивные, убедительные и эмоционально побуждаемые модели действий [Gilbert, 2009a].

Затем терапевты исследуют человеческие проблемы, связанные с эволюционировавшим *новым*, или мыслящим, мозгом. Действительно, людей называют мыслящей обезьяной [Byrne, 1995]. Наша развитая способность к мышлению создает как проблемы, так и преимущества. Как упоминалось в главе 1, около двух миллионов лет назад люди начали развивать целый ряд новых когнитивных способностей: воображение, мышление, рефлексивность, предвидение и чувство “я”. Как уже обсуждалось, контекстуальная поведенческая теория и исследования предполагают, что эти ментальные способности основаны на том, как люди начали определять отношения между стимулами в окружающей среде [Roche, Cassidy, & Stewart, 2013]. Для людей “сочетание наших генетически развитых способностей и истории подкрепления со стороны социального сообщества” [Hayes et al., 2012, p. 360] привело к возникновению способностей, которые терапия, сфокусированная на сострадании, называет *психологией нового мозга*: использование речи, символическое понимание, решение проблем и научение посредством когниций.

Одним из основных принципов терапии, сфокусированной на сострадании, является понимание того, как эти компетенции нового мозга связаны с системами мотивации и эмоций древнего мозга, а также стимулируют их и стимулируются ими. Хотя эмоции могут возникать и в результате довербальных эволюционных реакций древнего мозга, человеческое переживание эмоций выражается и происходит из нашего когнитивного и вербального поведения, которое формируется социальным контекстом и задействует возможности нового мозга. Терапия, сфокусированная на сострадании, утверждает, что взаимодействие запрограммированных эмоциональных и мотивационных реакций, определенных до рождения, с когнитивными способностями нового мозга во многом обуславливает человеческие страдания. Возьмите высокоразвитый разум и подпитайте его племенной мстью, и вы получите ужасающие зверства и ядерное оружие. Точно так возьмите разум с компетенциями нового мозга и свяжите их с мотивационными системами, которые связаны с заботой и помощью другим, и вы обретете источник сострадания [*Gilbert, 2009b*].

Терапия, сфокусированная на сострадании, помогает своим клиентам испытать и понять взаимодействие способностей древнего мозга и нового мозга, используя метафоры и примеры, такие как образ зебры, убегающей от льва. Как только зебра отбежит на безопасное расстояние, она быстро успокоится и вернется к еде или другим своим занятиям. В то время как связанные с угрозой эмоции зебры возвращаются на исходный уровень за несколько минут, это невозможно для людей вследствие нашей способности к когнициям, с помощью которых мы предсказываем события и создаем внутреннее репрезентации возможного. Если бы зебра думала подобно людям, она начала бы руминировать, представляя себе, что могло бы произойти, если бы лев поймал ее, и с чем она может столкнуться завтра. Затем эта зебра испытает интрузивную стимуляцию образами и фантазиями о том, как ее поедают заживо, или о том, что может произойти, если завтра она не заметит льва, или что произойдет, когда появятся два льва! В то время как человеческий мозг может решать проблемы и создавать науки и культуру, он также может заманить нас в ужасные внутренние петли, потому что наши мысли и воображение позволяют нам моделировать многочисленные возможности

в нашем разуме, запуская физиологические системы, отвечающие за мотивацию и эмоции. В этом суть знаменитой книги Роберта Сапольски *Why Zebras Don't Get Ulcers* (Почему зебры не страдают от язвы) [Sapolsky, 2004].

Процессы регуляции эмоций в терапии, сфокусированной на сострадании

Терапия, сфокусированная на сострадании, работает с глубинными, эволюционировавшими эмоциями и мотивационными системами, развивая системы регуляции специфических аффектов. Терапия придерживается психологической научной точки зрения, согласно которой эмоции обслуживают эволюционировавшие и новые мотивы, создавая и усиливая их. Как много лет назад сказал Сильван Томкинс [Tompkins, 1963], хотя человек может быть мотивирован к чему угодно, с эмоциями это будет иметь значение, а без эмоций — нет. Однако мотивы и эмоции следуют важным эволюционным траекториям, таким как групповая принадлежность, обретение статуса, развитие дружеских отношений, поиск сексуальных партнеров, формирование привязанности и забота о потомстве [Gilbert, 1989, 2009a], а также сигнализируют о том, насколько хорошо или плохо мы с этим справляемся. Эти эволюционные траектории связаны с социальным или другим поведением, которое естественным образом подкрепляется.

Таким образом, эмоции возникли, чтобы направлять наши действия в реальном времени, и именно антиципация эмоций зачастую определяет наши мотивы и поведение. Эволюционный анализ и исследования в области аффективной нейронауки [Depue & Morrone-Strupinsky, 2005] показывают, что существует по крайней мере три типа эмоциональных систем (рис. 3.2). Эта модель человеческих эмоций, которую иногда называют моделью трех кругов, описывает сложные взаимодействующие процессы, задействованные в регуляции эмоций человека, и ее основная цель — клинически осмыслить сложные научные положения. Поэтому эта модель может показаться несколько упрощенной. Тем не менее она позволяет привнести понимание эволюции человеческих эмоций в пространство терапии, поскольку мы работаем непосредственно с клиентами с их сострадательной мудростью.



Рис. 3.2. Три основные системы регуляции эмоций (воспроизводится из [Gilbert & Choden, 2013] с разрешения)

Система направленности на стимулы и ресурсы

В данной модели первая из трех систем регуляции эмоций — это *система направленности на стимулы и ресурсы*, которая включает в себя ряд форм поведения человека, способствующих реализации целей, потреблению и достижениям [Gilbert, 2007, 2009a]. Это эмоции радости, удовольствия и возбуждения. Они связаны с достижением, победой и успехом и служат мотивом для приобретения ресурсов, способствующих выживанию и репродуктивному успеху. Система, ориентированная на стимулы и ресурсы, активирует дофаминергические (поощрительные) системы в большей мере, чем любые другие системы регуляции эмоций. Когда мы стремимся к целям, испытываем азарт и стремление к приобретениям и достижениям, эта эмоциональная система активируется и играет ключевую роль в том, как мы действуем и реагируем на окружающий мир.

Важно отметить, что согласно терапии, сфокусированной на сострадании, при активации определенной эмоциональной системы затрагиваются многие аспекты наших переживаний. Например, представьте, что вы выиграли в лотерею большую сумму денег

и вскоре на ваш банковский счет переведут сотни миллионов долларов. Что ваше тело будет при этом чувствовать? Какие мысли возникнут у вас в голове? Какие эмоции овладеют вами? Каким будет ваше внимание — сосредоточенным или блуждающим? Какие побуждения при этом возникнут? Возможно, вы не будете спать всю ночь, задаваясь вопросом, что делать со всеми этими деньгами и новыми возможностями? Очевидно, что по мере того, как событие в окружающей вас среде — или даже мысль о таком событии — активирует систему направленности на стимулы и ресурсы, этим будут затронуты многие аспекты бытия.

Система направленности на угрозы

Вторая система регуляции эмоций в модели трех кругов — это высокочувствительная *система направленности на угрозы*. У наших генетических предков, которые сталкивались с постоянным присутствием таких угроз, как хищники, болезни и стихийные бедствия, в ходе эволюции сформировалась установка “лучше быть в безопасности, чем сожалеть”, позволяющая обнаруживать угрозы в окружающей среде и быстро на них реагировать. Система направленности на угрозы задействует эволюционно древние структуры мозга, включая миндалевидное тело, лимбическую и серотонинергическую системы [Gilbert, 2010], которые активируют защитное поведение, такое как классическая реакция борьбы, бегства или оцепенения. Здесь задействованы такие эмоции, как гнев, тревога и отвращение [LeDoux, 1998]. Нашим клиентам мы часто описываем это как круглосуточную систему обнаружения угроз, работающую по принципу “лучше быть в безопасности, чем сожалеть”. Несмотря на такое многословие, клиенты сразу же понимают, о каком эмоциональном состоянии мы говорим.

Система направленности на умиротворение или аффиляцию

Третья система регуляции эмоций в модели трех кругов — *система направленности на умиротворение или аффиляцию* — основана на переживании удовлетворенности и связи. Когда животные не находятся под угрозой или не стремятся удовлетворить потребности

в выживании и размножении, они остаются спокойными; здесь и начинается эволюция эмоций и состояний, которые выполняют функцию “покоя и пищеварения”, предлагая ощущение безопасности и умиротворенности. Для многих животных умиротворение приходит путем устранения угрозы. Однако в ходе эволюции привязанности млекопитающих система покоя и пищеварения адаптировалась, так что аффилиативные сигналы также стали триггером реакции умиротворения, сигнализируя о состоянии безопасности [Carter, 1998; Porges, 2007]. Таким образом, когда ребенок испытывает беспокойство, присутствие родителя и физический контакт с ним ослабляют восприятие угроз и успокаивают. Это отражается в аффилиативных переживаниях и эмоциях — таких, как забота, одобрение и сопереживание, которые связаны с окситоциновой и опиоидной системами [Gilbert, 2007].

Таким образом, люди эволюционировали, чтобы естественным образом реагировать на доброту и тепло посредством подавления систем тревоги и ощущения умиротворения. Это означает генетическую предрасположенность к переживанию чувства безопасности и умиротворения в стабильных, теплых, эмпатических взаимодействиях с другими людьми [Gilbert, 2010]. Эта система безопасности активируется опытом отношений стабильности и заботы, которые обеспечивает ребенку вовлеченный и эффективный родитель [Bowlby, 1968; Fonagy & Target, 2007; Sloman, Gilbert, & Hasey, 2003]. Соответственно, развитие по ходу эволюции человека заботы и ухода за детьми повлияло на структуру блуждающего нерва, функции вегетативной нервной системы, регуляцию аффекта и социальное поведение [Porges, 2003]. Во многих отношениях система направленности на аффилиацию занимает центральное место в переживании сострадания.

Значение контекста

Каждая из этих трех эмоциональных систем, активируемая событиями в окружающей среде или в разуме, организует наши действия и ментальные события. Мы можем быть готовы в страхе бежать от физической опасности или радостно бежать по полю после победного гола в ворота соперника — в зависимости от того,

что окружающая среда вызывает в нашем эмоциональном мире. Сострадание включает в себя переживание безопасности, удовлетворенности и самоуважения способами, которые не всегда очевидны, и такие переживания могут надолго наделить нас силой. Намеренно поддерживая свою осознанность и испытывая сострадание, мы освобождаем место для стабильности и готовности сделать шаг в осмысленную жизнь.

Привязанность, умиротворение и аффилиативные эмоции в терапии, сфокусированной на сострадании

В настоящее время имеется немало доказательств того, что по мере эволюции млекопитающих привязанность стала играть центральную роль в регуляции эмоций между младенцем и родителем [Cozolino, 2010; Mikulincer & Shaver, 2007a; Siegel, 2012]. С развитием способности человека к речи и когнитивным размер его мозга увеличился, так что наш мозг при объеме около 1500 кубических сантиметров почти в три раза превышает размер мозга нашего ближайшего эволюционного родственника — шимпанзе. Таким образом, человеческий мозг стал слишком большим, чтобы плод мог пройти через родовые пути, если бы не его незрелость. Следовательно, люди, так сказать, рождаются с “недоразвитым” мозгом. Младенцы крайне уязвимы, и у нашего вида относительно низкий уровень рождаемости, — и поэтому для выживания требуются защита, поддержка и забота. Как отмечалось, это привело к значительной эволюции парасимпатической и симпатической нервных систем, что позволило парасимпатической нервной системе вырабатывать реакцию умиротворения в присутствии других людей, которые заботливы, безопасны и дружелюбны [Porges, 2007].

Кроме того, развился ряд специализированных мозговых систем для обнаружения аффилиативных сигналов и реагирования на них, включая окситоциновую систему [Carter, 1998]. Окситоцин помогает устанавливать доверительные и аффилиативные отношения, и сама его выработка стимулируется аффилиативными отношениями [Moberg, 2013]. Кроме того, окситоцин непосредственно угнетает обработку угроз в миндалевидном теле [Kirsch et al., 2005]. Таким

образом, в настоящее время имеются весомые доказательства того, что affiliативное поведение в значительной мере регулирует эмоции — в особенности эмоции, связанные с угрозами [Uvn s Moberg, 2013]. Теоретики привязанности предполагают, что affiliативный эмоциональный опыт, связанный со здоровыми отношениями привязанности, служит надежной основой для исследования мира и ответом на его вызовы [Bowlby, 1969, 1973; Mikulincer & Shaver, 2007].

Терапия, сфокусированная на сострадании, опирается на теорию привязанности, признавая при этом, что внутренние рабочие модели других людей могут быть проблематичными в качестве источников “надежной опоры”. Многие люди подвергались жестокому обращению, травмам или пренебрежению со стороны тех, кто осуществлял уход за ними. Это может привести к тому, что активация системы умиротворения будет ассоциироваться с повышенной угрозой посредством принципов классического обусловливания, что может привести к страху перед состраданием и трудностям с активацией этой системы [Gilbert, 2010]. Поэтому терапия, ориентированная на сострадание, стимулирует систему направленности на affiliацию как внутреннюю точку соотнесения и процесса организации, чтобы это было постепенным и не подавляющим процессом. В следующих главах мы опишем ряд техник визуализаций и упражнений, которые помогут развить сострадательный разум и сострадательную гибкость. Однако в терапии, сфокусированной на сострадании, культивирование сострадания начинается с расширения внимания и намеренной активации системы умиротворения посредством сочетания осознанности и медленного, ритмичного и устойчивого дыхания [Gilbert, 2009a] (например, с помощью упражнения “Умиротворяющее ритмичное дыхание” [Tirch, 2012]).

Интервенция: умиротворяющее ритмичное дыхание

В терапии, сфокусированной на сострадании, в начале курса клиентов, как правило, знакомят с упражнением “Умиротворяющее ритмичное дыхание” — одним из вариантов осознанного дыхания. После этого техника становится основным и первым шагом в череде практик, связанных с тренингом сострадательного разума. Частично

эта практика основана на элементах буддийской медитации концентрации и медитации осознанности, кратко адаптированной для применения в терапевтическом контексте. Медитация — это способ обретения покоя посредством правильного дыхания; в этом состоянии можно наблюдать за всеми изменениями состояния разума. В основе такого покоя — активация парасимпатической нервной системы, приносящая умиротворение и расслабление в результате когерентного дыхания [Brown & Gerbarg, 2012]. Подобные практики являются составляющей классического тренинга осознанности [Rapgay & Bystrisky, 2009], тибетской медитации *саматхи* и медитации дзен.

Ниже приведены инструкции по умиротворяющему ритмичному дыханию (заимствовано из [Tirch, 2012]), чтобы помочь вам структурировать эту практику как для себя, так и для клиентов (см. также <http://www.newharbinger.com/30550>). Как и на протяжении всей этой книги, позвольте своим переживаниям направлять вас, используя собственные слова и темп, а не строго придерживаясь сценария. Ключ к этому, как и во многих других тренингах сострадательного разума, состоит в том, чтобы направить внимание и получить доступ к состоянию тела и разума, которое способствует переживанию сострадания. Это упражнение обычно выполняется в положении сидя с выпрямленной, но гибкой спиной. Идеальная обстановка — это удобное место, свободное от отвлекающих факторов или помех.

Как обычно, найдите удобное место, где вы можете опустить свои ступни на пол и позволить спине принять вертикальное, но гибкое положение. Насколько можете, ощутите спокойствие и “заземлитесь” в этом переживании. Когда будете готовы, закройте глаза, приняв миролюбивое или расслабленное выражение лица, возможно, слегка улыбнувшись. Обратите внимание на мягкий поток воздуха при вдохе и выдохе. Почувствуйте свою связь с дыханием. Сосредоточьтесь на этом, не пытайтесь что-то сделать или изменить, просто дышите.

Начав все глубже осознавать свое дыхание, почувствуйте, как ваши живот и грудь то опускаются, то поднимаются. Позвольте воздуху наполнять ваши легкие. На выдохе обратите внимание на то, как опускается или слегка сжимается живот. Почувствуйте, как мышцы грудной клетки двигаются с каждым

вдохом. Когда вы заметите, как это происходит, позвольте своему дыханию найти собственный ритм и темп, ощутите свой ритм дыхания. С каждым вдохом ощущайте, как вы вдыхаете осознанность в свое тело и с каждым выдохом почувствуйте, как ваше тело расслабляется.

Теперь попробуйте дышать глубже, установите медленный и умиротворяющий ритм дыхания. Вдыхайте, считая до трех, сделайте паузу на мгновение, затем медленно выдохните, считая до трех, и снова сделайте короткую паузу. Как только сможете, увеличьте этот ритм до четырех секунд, а затем до пяти, поддерживайте этот ритм, сделав его ориентиром. Всякий раз, когда ваш разум отвлекается на мысли, образы или другие факторы, вспомните, что такова природа разума, и при следующем вдохе верните свое внимание к этому умиротворяющему ритму. Удерживайте внимание на умиротворяющем ритме своего дыхания, насколько это возможно, ощущая каждый вдох, который вы делаете, замечая, как поднимается и опускается ваш живот при вдохе и выдохе.

После нескольких минут дыхания в этом умиротворяющем ритме обратите внимание на то, когда вы будете готовы завершить это упражнение. Затем выдохните и завершите упражнение. В комфортном для вас темпе обратите свое сознание в окружающий мир, откройте глаза и вернитесь в настоящее.

Практика умиротворяющего ритмичного дыхания иллюстрирует, как терапия, сфокусированная на сострадании, получает доступ к определенным телесным и психическим состояниям, подготавливая вас к более глубокому взаимодействию с жизненными проблемами. В этом контексте понятие умиротворения относится к переживанию сосредоточенности, готовности и осознанности, которое развивается в результате активации аффективных эмоций и надежной привязанности. Для практикующих терапевтов этот опыт стабилизации в настоящем моменте станет основой психологической гибкости, которая связывает культивирование сострадания с расширением репертуара адаптивных реакций на трудности, возникающие на пути к полноценной жизни.
