

18+

Анна Анатольевна
Дмитриева

Биполярочка. Bipolarochka

Интенсивная психотерапия
БАР методом ЭОТ

Анна Дмитриева

**Биполярочка. Bipolarochka.
Интенсивная психотерапия
БАР методом ЭОТ**

«Издательские решения»

Дмитриева А. А.

Биполярочка. Bipolarochka. Интенсивная психотерапия БАР
методом ЭОТ / А. А. Дмитриева — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-674651-0

Дмитриева Анна Анатольевна — практикующий психолог, магистр философии и увлечённый исследователь структур бессознательного. В книге «Биполярочка» автор описывает опыт интенсивной психотерапии БАР II методом ЭОТ и делится терапевтической стратегией, которая позволяет существенно снизить риски глубинной психотерапии для клиентов с психотическим уровнем организации психики и в некоторых случаях приводит к полной ремиссии за один курс психотерапии продолжительностью 45 дней.

ISBN 978-5-00-674651-0

© Дмитриева А. А.
© Издательские решения

Содержание

ЧАСТЬ I	6
О чём эта книга	6
Благодарности	6
Психологическая травма и структуры бессознательного	8
Основные сложности психотерапии БАР	10
Инвест-менеджмент психолога	12
Первичная встреча с клиентом	15
Контракт как терапевтический инструмент	19
Конец ознакомительного фрагмента.	23

Биполярочка. Bipolarochka Интенсивная психотерапия БАР методом ЭОТ

Анна Анатольевна Дмитриева

© Анна Анатольевна Дмитриева, 2025

ISBN 978-5-0067-4651-0

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

ЧАСТЬ I

О чём эта книга

За последние годы у меня было несколько случаев работы с диагностированным биполярным аффективным расстройством личности II типа (сокращённо – БАР). Во всех этих случаях, кроме одного, клиенты вышли в полную ремиссию после одного интенсивного курса психотерапии методом эмоционально-образной терапии (ЭОТ). Продолжительность курса в этих случаях составляла от 14 до 45 дней. И даже сложные жизненные ситуации и повышенные психоэмоциональные нагрузки некоторых из моих бывших клиентов не привели пока к возвращению симптоматики БАР.

В трёх случаях курс психотерапии проводился без фармакологического сопровождения.

Сами клиенты описывают своё новое состояние как здоровье, но современный психиатрический дискурс не предполагает возможности выздоровления от БАР любого типа. Поэтому мы будем описывать результат психотерапии как полную ремиссию,¹ которая длится годы.

Несмотря на то, что обстоятельства жизни и причины возникновения БАР у этих людей были весьма различны, в работе с их состоянием было много общих особенностей и сложностей. Мне пришлось выработать определённую стратегию, которая показала себя эффективной для преодоления этих сложностей и выхода клиентов в ремиссию. На страницах этой книги я рассказываю о типичных для работы с такими запросами сложностях и подробно описываю стратегию, которая позволяет мне чувствовать себя уверенно, работая с психотическим уровнем нарушений. Она легко адаптируется под различные задачи и уровень ресурса клиента и терапевта, так что может быть полезной психологам и психотерапевтам, работающим с самыми разными запросами клиентов с пограничным и психотическим уровнем организации психики. А также всем, кто интересуется психотерапией психотических состояний.

В первой главе книги я кратко излагаю теорию, на которую опираюсь в терапии, чтобы описанные мной этапы и приёмы работы с состоянием были понятны каждому, кто имеет хотя бы общее представление о БАР. Для компактности изложения я использую некоторые профессиональные термины. Когда эти термины не объясняются в последующем тексте, они выделены курсивом. Их значение можно посмотреть в терминологическом словаре, приведённом в конце книги. В квадратных скобках указывается номер литературного источника в списке литературы.

В работе я опираюсь на модель психики Эрика Берна, теорию травмы Франса Руперта, психоаналитическую теорию (французского направления) и базовые принципы эмоционально-образной терапии Николая Линде.

Двое из клиентов, обращавшихся ко мне по поводу БАР, дали согласие на публикацию материалов случаев, с условием соблюдения конфиденциальности. Эти материалы я использую в качестве примеров в первой части книги и описываю в виде случаев во второй части.

Благодарности

Я благодарю Николая Дмитриевича Линде и Тамару Петровну Смирнову за создание и многолетнюю разработку гениального, глубокого и простого метода психотерапии, но особенно – за то, что они уже более 30 лет бережно и внимательно передают этот метод своим уче-

¹ Согласно КР299 Российского общества психиатров «полная ремиссия – отсутствие каких-либо признаков аффективного расстройства», которое продолжается более 6 месяцев. [1]

никам. У меня было много хороших учителей. Но эта книга не могла бы состояться без влияния Анатолия Евгеньевича Лукьянова, профессора древнекитайской философии, который научил меня смотреть в бездну и доверять себе. Неоценимую помощь в поиске точных и релевантных формулировок мне оказала моя коллега, психиатр и психолог Ксения Михайловна Дешевых. Я благодарю моего мужа, Дмитрия Дмитриева за бесконечную веру в меня и поддержку любых, даже самых безумных, моих идей. Я благодарна моим клиентам, которые доверяют мне свои чувства и своё здоровье. Знайте, что я восхищаюсь вашей смелостью и силой.

Психологическая травма и структуры бессознательного

В этой главе я кратко описываю модель *психологической травмы*, на которую ориентируюсь в работе. Это модель, разработанная в методе ЭОТ. В её основе лежит теория травмы Франца Рупперта и транзактный анализ Эрика Берна.

Личность человека дискретна. В современных психологических теориях выделяется ряд психических структур, которые человек обычно воспринимает как проявления своей личности. Для понимания сути терапевтического процесса нам будет достаточно познакомиться с травмированной, выживающей и Взрослой структурами.

Когда случается психологическая травма, человек испытывает невыносимые переживания (ужас, боль, горе и т.д.). В нашей психике есть механизм, позволяющий человеку, проходящему через такие переживания, не сойти с ума и жить дальше. Он называется «расщепление». Часть личности, которая проживает невыносимое, отделяется и изолируется в бессознательном, чтобы человек поскорее забыл об этих переживаниях, переключился и смотрел в будущее, а не в прошлое. Эта изолированная часть называется «**травмированная часть личности**». Она застревает (фиксируется) в ситуации травмы и будет храниться в бессознательном человека всю жизнь. Если, конечно, он не дойдёт до терапевта и эту травму не починит. И всю жизнь мозг человека будет тратить энергию на то, чтобы эта часть, вместе с невыносимыми переживаниями, оставалась изолированной, не всплывала на поверхность сознания. Таких травмированных частей в бессознательном каждого человека – много. Когда под влиянием стресса (усталости, болезни) уровень психической энергии человека снижается, её становится недостаточно, чтобы удерживать в изоляции все травмированные части личности. И травматические переживания актуализируются в сознании. Тогда человек начинает внезапно чувствовать «беспричинную» печаль, вину, панику, гнев или ещё что-нибудь. Кроме того, травматические переживания могут актуализироваться в сознании по триггеру, когда происходящее вокруг чем-то напоминает ту, травматическую, ситуацию.

Помимо травмированной части, в процессе психологической травмы как правило формируется ещё одна структура бессознательного – **выживающая**. Она представляет собой **адаптационный механизм** психики к текущей травме, некое **сценарное решение**, которое в дальнейшем будет определять все решения человека относительно определённого класса ситуаций. Это может быть решение «никому нельзя доверять», или «выбирать только властных женщин», или «быть хорошей девочкой», а также множество других вариантов. Такое решение принимается, чтобы избежать повторения травматического опыта любой ценой. И цена эта бывает непомерно высока. Выживающая часть также изолируется в бессознательном и обычно человек не помнит само решение, но чувствует, что иначе поступить не может. И, конечно, каждое из этих решений будет ограничивать его свободу выбора в определённом круге ситуаций. [12]

Итак, в результате психологической травмы от целостной личности отщепляются и изолируются в бессознательном травмированная и выживающая части. (В некоторых психологических школах их обобщённо называют «субличности».) Поскольку они застряли в травматической ситуации, у них есть возраст. Возраст травмированной части – это возраст, когда произошла травма. Адаптация к травме может формироваться позже, поэтому выживающая структура может относиться к более позднему возрасту, чем травмированная. Но почти всегда это – ранний детский возраст. Потому что главное условие возникновения травмы – признание своей беспомощности в сложившейся ситуации. А самая беспомощная пора жизни – раннее детство. Поэтому, если вы видите взрослого человека, который ведёт себя, как ребёнок, в этот момент своей жизни – психически – он и есть ребёнок. Ребёнок, застрявший в травматической

ситуации из далёкого прошлого. Подробнее об этой модели травмы я писала в статье «Необъяснимая тоска как ошибка идентификации» (А. Дмитриева, «Психология глазами философа»).

Помимо этих изолированных структур психики, выделяют также структуру внутреннего взрослого или просто **Взрослого**. Структура Взрослого представляет собой незыблемую внутреннюю опору человека, которая не зависит ни от каких внешних факторов. Идентификация со своим внутренним Взрослым позволяет сохранять устойчивость и уверенность перед лицом любых обстоятельств. Эта структура не является изолированной и представляет собой весь усвоенный человеком личный опыт, выводы и обобщения, сделанные на основе этого опыта, концепции, теории и рабочие гипотезы всего на свете. Основные функции Взрослой структуры психики – оценка и анализ реальной ситуации, планирование, систематизация и ресурс-менеджмент. Когда вы абсолютно спокойны, расслаблены и точно знаете, что делаете и для чего, вы, вероятно, действуете из структуры Взрослого.

В своей повседневности относительно здоровый человек (невротик) иногда идентифицирует себя со своей Взрослой структурой (и это естественное, здоровое состояние психики... одно из), иногда (по триггеру или от усталости) – с наплывающими острыми чувствами травмированной части личности, но чаще – с выживающей частью и её сценарными решениями. Я вижу основную задачу психотерапии в том, чтобы помочь человеку идентифицироваться со своим Взрослым и найти в этом устойчивость. В эмоционально-образной терапии это достигается за счёт «ремонта» травмированных и выживающих частей личности. В процессе терапии мы находим травму, относящуюся к запросу клиента, чиним острые чувства, освобождаем травмированную часть от фиксации в травме, находим сценарные решения, принятые в этот момент, и предлагаем клиенту пересмотреть их, если они с его точки зрения устарели. Помимо душевного спокойствия, человеку возвращается психическая энергия, которая фоново тратилась на изоляцию травматического материала в бессознательном. Кроме того, человек возвращает себе возможности, от которых отказался, принимая решение «никому не доверять» или, скажем, «быть всегда первым».

Если смотреть через призму этой модели психики, то аффективные фазы БАР протекают как череда состояний, в которых человек идентифицирует себя то с травмированными частями личности и их переживаниями, то с выживающими. Клиенты с *альтернирующим* течением биполярного расстройства периодически бывают во Взрослой позиции. Клиенты с другими формами течения БАР лишь изредка идентифицируют себя со своей Взрослой структурой, а многие из них с ней даже не знакомы. Это и является одной из главных сложностей психотерапии БАР.

Основные сложности психотерапии БАР

Когда человек обращается ко мне с запросом, подразумевающим выход в ремиссию из БАР, он приходит в депрессивной фазе. Почему-то никто не приходит в разгар гипомании или *интермиссии* и не говорит: «Помогите, мне так хорошо!» Во всех этих случаях, работая с людьми в депрессивной фазе, я наблюдала две особенности:

- комплексная этиология расстройства;
- внутренний Взрослый клиента неактуализирован.

«Комплексная этиология» означает, что в основе депрессивного состояния этих людей лежала не одна психологическая травма, пусть и *комплексная*, а несколько травм, относящихся к разным возрастам. Адаптационные механизмы этих травм были тесно переплетены друг с другом, что на практике приводило к тому, что, выйдя из одного травматического состояния, клиент быстро оказывался в другом. В одном из случаев мы на первой сессии проработали актуальное горе и тут же наткнулись на неоплаканную утрату отца в детском возрасте. Когда проработали утрату, у клиентки всплыли острые чувства никчёмности и бессмысленности, а когда вернули собственную ценность и смысл, она начала тонуть в чувстве вины за бесцельно прожитые годы.

При этом важно понимать, что депрессия не всегда является частью симптоматики БАР. Бывают разные виды депрессии – как по *этиологии*, так и по формам протекания. В моей практике и в практике коллег были случаи, когда многолетняя депрессия чинилась за одну терапевтическую сессию. Потому что была следствием одной-единственной психологической травмы. Но в случаях с БАР я такого не видела. Всегда «кино и немцы». То есть, для выздоровления всегда требуется несколько сессий. Минимум, который был в моей практике, – восемь.

Второй характерной особенностью является неактуализированность структуры Взрослого у клиента. Это не значит, что такой структуры у него нет. Эрик Берн и Клод Штайнер, опираясь на свой многолетний клинический опыт, утверждали, что внутренний Взрослый есть у каждого человека. [6, 7, 12] Но у клиентов в депрессивной фазе БАР, которых я наблюдала, либо Взрослый был неосознаваем, либо обесценен, либо у человека не было навыка идентификации с этой структурой, либо (и чаще всего) у него просто не было ресурса выйти во взрослую позицию самостоятельно, без помощи терапевта. Слишком много острых травматических чувств на поверхности сознания. Слишком прочно он в этом состоянии идентифицирован со своими травмированными или выживающими структурами.

Вместе эти две особенности создают главную сложность психотерапии психотических состояний. Она заключается в разделении ответственности между клиентом и психологом. Обычно, работая с клиентом в методе ЭОТ, мы сотрудничаем с его Взрослой структурой психики. Внутренний Взрослый клиента формирует запрос на работу, принимает или отвергает гипотезы и предложения терапевта и таким образом реализует ответственность за изменения, происходящие у клиента в терапевтическом процессе. Однако работа по поводу БАР предполагает несколько сессий. А значит, у нас есть ответственность за процесс изменений внутри одной сессии и ответственность за весь процесс работы над запросом, который включает себя несколько сессий и то, что происходит у клиента между ними. И, если внутри сессии мне часто удаётся актуализировать внутреннего Взрослого клиента и делегировать ему ответственность за процесс изменений, то между сессиями его Взрослый на первом этапе терапии недоступен. И по этой причине не может нести никакой ответственности.

Как это выглядит на практике? Если даже в рамках терапевтической сессии клиент будет удерживать взрослую позицию, сотрудничать с терапевтом, понимать, что мы делаем и зачем, то между сессиями он будет «сползать в детскую позицию», идентифицируясь с травмированной или выживающей частью личности. А, значит, будет меняться его отношение к себе, своим

изменениям, терапевту и терапии. Он будет захвачен полной апатией или интенсивными травматическими переживаниями, будет впадать в дереализацию, не понимать где он, кто он и куда идёт, обесценивать себя, терапевта и результаты терапии, избегать контакта и т. п. Только к 6—9 сессии (в зависимости от количества всплывающего травматического материала) он сможет самостоятельно выходить во взрослую позицию и сохранять устойчивость. Только к этому моменту он сможет заметить и оценить происходящие с ним изменения. А, значит:

– На первом этапе терапии клиенту будет трудно между сессиями и легче – в процессе сессий. Но между сессиями он этого не вспомнит. Опытный терапевт может сам это заметить, наблюдая телесные реакции, взгляд, интонации голоса клиента, слушая его внимательно.

– Не имея возможности идентифицироваться с внутренним Взрослым между сессиями, клиент, вероятнее всего, просто перестанет посещать сессии после первой или второй. Ему будет трудно заставить себя делать то, что «всё равно не помогает», как вообще трудно заставлять себя жить и делать хоть что-нибудь.

– Если у клиента были суицидальные намерения, то на первом этапе психотерапии возрастёт риск суицида. Этот феномен был замечен психиатрами при назначении пациентам фармакотерапии. Когда депрессивный пациент на фоне приёма антидепрессантов начинает чувствовать себя более энергично, он может использовать эту энергию для реализации суицидальных намерений (если они у него были). То же самое происходит в начале психотерапии. На первых сессиях мы работаем с острыми чувствами клиента, и после первой-второй-третьей сессии человек чувствует себя всё более энергично. Высвобождается психическая энергия, которая была зафиксирована в травматических переживаниях и защитах. Но, поскольку «починить» весь актуальный травматический материал за две-три сессии обычно не удаётся, человек остаётся в идентификации с травмированными/выживающими частями личности и будет склонен употребить эту энергию для реализации сценарных решений, в том числе гамартических (смертельных).

Эти обстоятельства важно учитывать, принимая решение взять в работу запрос, предполагающий выход в ремиссию из БАР. Но как? Как учитывать? В моей практике ключом к успешной терапии БАР является подробный, внимательный инвест-менеджмент терапевта.

Инвест-менеджмент психолога

глава для терапевтов

Инвест-менеджмент начинается с планирования ресурсов. Если терапия БАР занимает несколько терапевтических сессий, и между сессиями клиент вряд ли сможет нести ответственность за процесс своих изменений, то я как терапевт оказываюсь перед выбором: временно взять на себя часть его ответственности или – отказаться от работы с этим запросом. Если я берусь за эту работу и принимаю на себя больше ответственности, чем при работе с невротическими клиентами, это значит, что на эту работу я буду тратить больше энергии, чем на любую другую.

Зачем?

Зачем я хочу тратить на эту работу больше энергии? И на самом деле это – самый важный момент терапии. Потому что от честного и полного ответа на этот вопрос зависит как результат терапии, так и моя, терапевта, безопасность.

Если мне хочется инвестировать своё время, силы, внимание в какой-то проект, значит, у меня есть ожидания. Инвестиции невозможны без ожиданий. И значительную часть своих ожиданий мы обычно не осознаём. Когда мы совершенно сознательно ожидаем заработать денег, заслужить репутацию, или думаем «а кто, кроме меня», мы не смотрим вглубь и не задаёмся вопросом «зачем?». Зачем я хочу заработать столько денег? Почему мне так важно заслужить репутацию? Чего я на самом деле больше всего жду от этого проекта? А там бывают неожиданные ответы.

Бессознательные ожидания терапевта опасны. Во-первых, они могут не совпадать с задачами клиента. Например, клиент хочет быть счастливым и независимым, и даже чувствует в себе такую возможность, а я как терапевт бессознательно жду, что он будет вечно несчастным и беспомощным, чтобы я могла его вечно спасать. И тогда я буду совершенно неосознанно уводить его от его задач: искренне верить, что терапия не может быть быстрой, что ему предстоит долгий, желательный многолетний, путь к независимости и т. п. И транслировать свою убеждённость клиенту. Во-вторых, бессознательные ожидания чаще всего бывают нереалистичными, и потому ведут к эмоциональному выгоранию. В любой профессии. Если я жду, что решу этот сложный кейс и папа наконец-то поймёт, что психолог – серьёзная, социально значимая профессия, и начнёт меня уважать, я приду к выгоранию. Потому что я буду бесконечно вкладывать энергию в сложные кейсы, чтобы папа наконец-то понял, а папа – не поймёт. Увы. В один прекрасный день энергия просто закончится и я возненавижу своих клиентов и свою работу. Поэтому внимательная рефлексия собственных ожиданий важна в начале любого проекта. В начале проекта, где я беру на себя часть ответственности за эмоциональное благополучие другого человека, – особенно. И, прежде чем принять решение, возьму ли в работу этот запрос, я задаю себе вопросы:

– **Зачем я хочу инвестировать свои силы в эту работу?**

– **Что конкретно я хочу получить в результате этих вложений – по пунктам?**

И вот то, что я хочу получить, – оно мне зачем? Почему оно мне важно? И насколько? А что будет, если не получу?

– Определившись с целями, я спрашиваю себя: **сколько энергии я готова потратить, чтобы получить вот это, что я там перечислила?** Потому что, кроме этого клиента, у меня есть другие клиенты, у меня есть я, а, возможно, ещё муж, дети, собаки, огород, друзья, хобби (нужное подчеркнуть). У меня есть моя жизнь и моё здоровье. И даже ради самых заманчивых целей я не готова пожертвовать всем сразу. А это значит, что я не готова вкладывать 100% своей энергии в эту работу. А сколько готова? И чем я согласна пожертвовать ради достижения этих целей?

– **Каковы шансы, что, вложив вот это количество времени, сил и внимания, я получу то, что хочу получить?** Вот честно. Пока ещё ничего не вложено, самое время спросить себя: это вообще – реально?

– **Какой минимальный результат меня устроит?** Потому что все люди – разные. У человека, который ко мне обратился, есть индивидуальные особенности. И всегда есть место непредвиденным ситуациям. Если что-то пойдёт не по плану, какой минимальный результат будет для меня приемлемым?

– **Каковы наиболее вероятные риски, и как их избежать?** Или что именно может пойти не по плану и что я могу предпринять заранее, чтобы оно пошло, куда надо, а не куда получится.

Ответы на эти вопросы можно найти самостоятельно или обратившись к специалисту. У каждого терапевта и в каждом случае они будут свои. Ниже я приведу ответы, которые получились у меня в одном из кейсов. Чтобы было видно, как потом из этих ответов складывается не только решение взять запрос в работу, но и условия моего контракта с клиентом.

Мои ответы:

– **Что конкретно я хочу получить от этой работы?**

– Больше исследовательского опыта в работе с БАР. Мне интересно на практике изучать различные механизмы и вариации биполярного расстройства.

– Я люблю, когда чинится. Я иду за красотой, а красота – это целостность. Я получаю большое удовольствие, когда было сломано – и починилось. (И в этой точке я должна признаться себе и клиенту, что да, я работаю на результат.)

– Я хочу получить деньги за эту работу. Потому что деньги для меня означают признание клиентом ценности моего труда.

– **Сколько энергии я готова в это вложить?**

– Две недели интенсивно и две-четыре недели в режиме обычной терапии.

– **Какой минимальный результат меня устроит?**

– Получить новый опыт, всё починить, но потратить больше сил, чем я планировала. Примерно на 20% больше будет ещё ок.

– **Каковы наиболее вероятные риски?**

– Цели клиента не совпадут с моими. Так бывает, что человек получает значительные вторичные выгоды от своего болезненного состояния, и по этой причине ему не очень хочется выздоравливать. Ну, то есть, надо, конечно, лечиться, к психологу ходить, но желательно не совсем вылечиться. Или не прямо сейчас. Потом когда-нибудь.

– Клиент перестанет приходить на сессии и работа над запросом не будет завершена. Между сессиями клиент может испытывать сильное сопротивление продолжать терапию. Поскольку в случае БАР мы точно не разрешим все актуальные травмы за одну-две, и даже за три-четыре терапевтических сессии, в перерывах клиент почти неизбежно будет «сползать» в детскую позицию, идентифицироваться с травмированными/выживающими структурами психики. В зависимости от его навыка идентификации со Взрослым и особенностей травматического материала, он может полностью утратить мотивацию продолжать терапию. Потому что в тот момент, когда нужно будет прийти на очередную сессию, ему психически может быть два года или пять месяцев, и ему страшно и больно, потому что мама его бросила.

– Работа над запросом будет дольше, чем я ожидала. Для психотического состояния характерно большое количество актуального травматического материала. Тяжёлые переживания, которые в неврозе в основном томятся под махинами психологических защит, в психозе актуализируются, всплывают на поверхность сознания. Боль, безысходность, страх, вина и другие тяжёлые чувства, которые человек на невротическом уровне функционирования проживает лишь иногда, когда «триггерит», на психотическом уровне затопляют его сознание волна за волной. Пока есть актуальные травматические, остро проживаемые чувства, сознание

стремится с ними идентифицироваться и человеку крайне затруднительно сохранять устойчивую взрослую позицию. Когда мы в терапии бережно разрешаем весь актуальный травматический материал, человек естественным образом восстанавливает устойчивость и способность опираться на взрослую структуру своей личности. В моём опыте работы с БАР клиенту обычно достаточно 7—9 сессий, чтобы обрести эту устойчивость, и ещё несколько, чтобы хорошо закрепиться в ней. Кроме того, психотерапия БАР подразумевает терапию комплексной травмы, в результате которой сформировалась выживающая структура, провоцирующая фазы гипомании. Для выхода клиента в полную ремиссию необходимо разрешить первичный эпизод этой комплексной травмы – эпизод, когда соответствующее сценарное решение было принято впервые. В результате многократной ретравматизации этот эпизод может быть годами погребён под более поздними травматическими наслоениями. В этом случае клиенту может быть недостаточно одного курса интенсивной терапии, чтобы соприкоснуться с этим материалом и вынести его в терапию. Тогда для выхода в полную ремиссию ему понадобится два, или даже три, интенсивных курса терапии, с периодичностью в несколько месяцев. В моей практике так было с клиенткой, для которой наш интенсивный курс был первым опытом глубинной психотерапии. (См. «Кейс №2» во второй части книги.)

Теперь, когда я вполне осознаю свои цели, уровень ресурса, которым располагаю для этой работы, а также вероятные риски, мне важно понять, насколько мои цели и возможности соответствуют целям и возможностям клиента – моего партнёра в предстоящем проекте. От этого будет зависеть, соглашусь ли я сейчас работать с его запросом или предложу какой-нибудь другой формат сотрудничества. Поэтому прежде, чем принимать решение, я провожу первичную встречу с клиентом.

Первичная встреча с клиентом

оценка перспектив терапии, решение о работе с запросом

Психотерапия БАР – трудная работа. В первую очередь трудная для клиента. Если он, как водится, пришёл в терапию в депрессивной фазе, у него и так в свободном доступе сил немного. И я отвечаю за то, чтобы его героические усилия (и это не сарказм) привели к ожидаемому результату. Поэтому, прежде чем взять на себя эту ответственность, мне важно оценить свой ресурс, ресурс клиента, перспективы терапии, возможные риски, а также убедиться, что наши цели и задачи совпадают.

Встреча с человеком – это встреча двух миров. Человек приносит свою вселенную, я – свою. На этом пересечении миров уже есть все ответы. Надо только знать вопросы. Поэтому к первой встрече я готовлюсь основательно. Мне нужно быть очень внимательной, чтобы здесь и сейчас увидеть, каким будет результат терапии. И принять решение. Я прихожу с вопросами и ищу ответы.

Пока я слушаю рассказ человека, его интонации, обороты речи, которые он использует, наблюдаю за взглядом, мимикой и пластикой тела, многое становится понятным. Большинство ответов проявляются в рассказе, и вот я уже знаю, привык ли он опираться на себя или на других, какие они – его внутренние опоры, насколько развит навык саморефлексии и действительно ли он – сам – хочет быть здоровым и счастливым или пришёл, потому что мама сказала ходить к психологу. Если какие-то важные для меня ответы остаются в тени, я спрашиваю, уточняю.

Вот список вопросов, которые мне важно прояснить на первой встрече, чтобы принять решение о работе с запросом:

- Форма течения БАР. Амплитуда и продолжительность фаз у конкретного человека говорят о многом. Амплитуда фаз говорит о количестве актуального травматического материала. Длина фаз – о соотношении травматического материала и уровня психической энергии для его подавления. Длинные фазы означают большую стабильность психоэмоциональной сферы. Короткие фазы с большой амплитудой (быстроциклическое течение) являются показанием для немедленного обращения за психиатрической помощью и фармакологической стабилизацией состояния. Альтернирующее течение БАР, при котором аффективные фазы перемежаются интермиссиями, даёт самый благоприятный прогноз для психотерапии.

- Опыт клиента в психодинамической психотерапии. В моей практике наличие опыта глубинной психотерапии у клиента оказывает самое существенное влияние на продолжительность терапии БАР. Терапия БАР завершается, когда разрешён **первичный** эпизод комплексной травмы (травмы отношений), когда найдена и выведена из фиксации первичная выживающая структура, сценарное решение которой раз за разом приводит человека к гипомании. Поэтому продолжительность терапии в значительной степени зависит от доступности этой структуры сознанию клиента. В начале терапевтического пути, у клиентов с психотическим и пограничным уровнем организации психики, первичная выживающая структура бывает недоступна к осознанию из-за большого количества наслоившихся ретравматизаций. После разрешения этих наслоений посредством глубинной психотерапии должно пройти время, несколько месяцев, прежде чем клиенту станет доступен более ранний, возможно, первичный, слой травмы. И здесь основным критерием для предположения о продолжительности терапии будет не длительность и не регулярность предыдущей терапии, но те изменения, которые произошли в жизни клиента в результате предыдущего терапевтического опыта. Если его устойчивость и уверенность значительно возросли, значит, количество травматического материала в бессознательном существенно сократилось, и у нас есть хороший шанс добраться до первичного эпизода травмы за 6—8 терапевтических сессий. Если же у клиента с БАР нет опыта глу-

бинной психотерапии или этот опыт не привёл к осязательному изменению внутреннего состояния, скорее всего для выхода в стойкую ремиссию ему понадобится два или три интенсивных курса.

– Текущее состояние клиента. Ещё одно обстоятельство, которое может существенно повлиять на продолжительность терапии БАР, – это срыв адаптации. При наличии доверия со стороны клиента, срыв адаптации первичной выживающей структуры – это самый удобный момент для того, чтобы разрешить первичную травму, если терапевт владеет хотя бы одним из методов директивной психотерапии. В момент срыва эта структура не прикрыта более поздними наслоениями и психологическими защитами, её не нужно ни искать, ни вычислять в лабиринтах бессознательного – бери и делай. Если вы однажды увидите человека в ситуации срыва адаптации, вы уже ни с чем эту ситуацию не перепутаете. Это потерянный человек, который ещё утром/ещё вчера был «нормальным», но теперь не понимает, где он, кто он и куда идёт. Он выглядит разрушенным и подавленным. При срыве адаптации состояние человека меняется стремительно – от тотальной уверенности к тотальной же потерянности. Обычно это происходит на фоне дистресса или чрезмерного усилия. (См. Кейс №1 во второй части книги.)

– Внутренние опоры клиента. На что мы будем опираться в процессе терапии? Самый благоприятный вариант – это навык идентификации со структурой внутреннего Взрослого. Когда у человека в жизни есть или была какая-то деятельность, в которой он чувствовал себя абсолютно спокойно и уверенно. Если есть такой навык, я спокойно беру в работу запрос, предполагающий выход из БАР, потому что большая часть работы уже проделана клиентом. Но это – редкая удача. Если человек не знаком со своей структурой Взрослого, я попробую организовать это знакомство на первой встрече, чтобы выяснить, что является причиной непроявленности этой структуры в жизни человека. Причиной может быть обесценивание, страх ответственности, большое количество травматического материала, скрытые выгоды болезненного состояния и т. д. Если получается на первой встрече проявить структуру Взрослого и человеку в позиции Взрослого комфортно, это даёт благоприятный прогноз для терапии.

Опора послабее – психическая структура Псевдовзрослого. Это разновидность выживающей структуры, комплекс психологических защит. Она встречается у людей, которым пришлось рано повзрослеть. Очень типична для клиентов с БАР. Структура Псевдовзрослого отличается от структуры Взрослого наличием сверхзадач и, соответственно, тревожностью и неэффективным ресурс-менеджментом. Работает до изнеможения, очень старается, пренебрегает своими потребностями. Если есть такая структура, это не очень надёжная, но всё же опора. Я проясняю мотивацию и навыки этой структуры. Сильная мотивация будет более надёжной опорой. Развитый навык саморефлексии означает привычку человека опираться на интеллект и тоже послужит нам опорой в терапии. Устойчивая социальная реализация – ориентированность на социум, и здесь есть опора (опыт успешной реализации) и мотивация (оставаться частью социума). Даже если в моменте человек ничего не может и не хочет, опыт социальной реализации в прошлом можно использовать как опору в терапевтическом процессе.

– Отдельно проясняю мотивацию клиента к выздоровлению и наличие скрытых выгод. Если присутствует и то, и другое, обращаю внимание клиента на это внутреннее противоречие и предлагаю сначала проработать его. Чтобы он сам определился, чего хочет.

– Следующий блок вопросов касается отношений клиент-терапевт. И здесь главный вопрос – готов ли клиент мне доверять. Поскольку в этой работе мне точно придётся временно брать на себя его ответственность, я выясняю, готов ли он её мне (времененно) делегировать. Это и есть доверие. Мозг человека принимает ключевые решения по взаимодействию с новым человеком в течение первых пяти секунд встречи. Поэтому степень доверия обычно уже прослеживается в рассказе клиента о себе. Если достаточного доверия не вижу, будем прояснять этот момент. И здесь важен второй вопрос, тесно связанный с доверием. Кого он во мне

видит? Обычно – маму. Потому что я женщина в авторитетной (по обстоятельствам) позиции. Какие у клиента отношения с мамой? Какую маму он на меня проецирует? Гиперопекающую? Опасную? Холодную? Критикующую? Обесцененную? Если вижу, что проекция будет мешать терапии, что, вместо сотрудничества, клиент будет со мной бороться, то покажу это клиенту и предложу сначала разобраться с этой темой. Иногда клиент проецирует на меня не маму, а другого персонажа из своего прошлого – заботливую старшую сестру, добрую соседку или любимую учительницу из начальной школы. Или клиент с адаптивной стратегией проецирует заботливую, любящую маму. Такую проекцию удобно использовать на первом этапе терапии БАР. Если вижу, что проекция благоприятная, перехожу к следующему пункту. Для прояснения проекции обычно достаточно отрефлексировать контрперенос и задать пару уточняющих вопросов. Иногда и этого не требуется. Бывает, клиент без всяких вопросов говорит: «Вы так похожи на мою сестру!» – и в глазах – восхищённое ожидание.

– Вопросы этого блока я включила в письменный опросник, который даю клиентам с БАР на первой встрече. Клиент отмечает в опроснике, находится ли он под наблюдением психиатра (и как давно), получает ли фармакотерапию (какую, как давно), были ли у него когда-нибудь суицидальные мысли, намерения и/или действия, был ли опыт госпитализации в стационар психиатрического профиля. Здесь можно уточнить, подтверждён ли диагноз и какой тип БАР, но обычно к моменту заполнения опросника у меня уже есть эта информация. Также в опроснике есть пункт, в котором говорится, что в случае предоставления клиентом неполной или не соответствующей действительности информации, я не несу ответственности за результаты терапии. Помимо своего прямого назначения, письменный опрос выполняет ещё несколько функций. Во-первых, когда клиент отвечает письменно и ставит под документом свою подпись, он осознаёт свою часть ответственности за свой терапевтический процесс. Во-вторых, то, как он это делает, является наглядной демонстрацией его участия в терапевтическом процессе. Клиент, который при виде опросника дёргается в сторону со словами «я не взял очки, давайте вы меня так спросите», не будет сотрудничать. Вероятно, он считает, что кабинет психолога – это спа для депрессивных. (Не могу его винить, очень понимаю. Тоже люблю спа. Но в качестве клиента. На роль спа-терапевта не подхожу.) «Я не взял с собой очки. Как нам лучше поступить в этом случае?» – означает либо готовность к сотрудничеству, либо тестирование возможности саботажа по типу «у меня лапки». Такой клиент, возможно, не очень готов брать на себя ответственность, но готов делегировать её терапевту. «Я не взял с собой очки. Подождите, я сфотографирую на телефон, чтобы прочитать» – человек привык полагаться на себя. Столкнувшись с проблемой, он привычно счёл её *своей* проблемой и взял на себя ответственность за её решение. Готов к сотрудничеству. Действует сейчас из взрослой или псевдовзрослой структуры личности. Возможны сложности с доверием. Если человек нервничает, заполняя опросник, долго думает, прежде чем поставить подпись, но не обращается за разъяснениями или поддержкой к терапевту, он сейчас действует из структуры псевдовзрослого. Ответственность тяжела, но привычна. Он один в поле воин. И в целом, будет рад сгрузить часть ответственности на меня, если сможет мне доверять. И т. д.

Теперь, собрав всю нужную информацию, я могу оценить возможность выхода в ремиссию этого клиента за 4—8 недель. (Столько времени я могу нести чужую ответственность, оставаясь ресурсным, устойчивым терапевтом, без риска профессионального выгорания.) Если считаю, что это реально, если клиент действительно хочет изменений, у него есть достаточные для изменений опоры, он может мне доверять и т.п., предлагаю контракт на интенсивную психотерапию БАР.

Если я не уверена, что здесь можно справиться за 4—8 недель, я не беру в работу этот запрос. *И здесь для меня важно не убить веру клиента в возможность выздоровления, а, напротив, показать, чего конкретно в данный момент не хватает для работы с таким запросом и как это недостающее обрести.* Поэтому я подробно объясняю клиенту, почему сейчас

не вижу смысла начинать интенсивную терапию, и предлагаю терапию регулярную, где мы найдём нужные опоры, снимем неудобные проекции или восстановим способность доверять, чтобы пойти в большую работу подготовленными и выполнить её быстро и экологично.

Бывает, что основным риском является большое количество актуального травматического материала и отсутствие у клиента опыта глубинной психотерапии. То есть, клиент мне вполне доверяет, у него крепкая мотивация, достаточно опор, времени и психической энергии, но травматического материала очень много, и он ещё даже не начинал его разбирать. В этих случаях я могу взять запрос в работу, но предупреждаю клиента, что ему для выхода в ремиссию, вероятно, потребуется два или три интенсивных курса с периодичностью в несколько месяцев. При этом показанием для начала второго интенсивного курса будет возвращение симптомов гипомании.

Контракт как терапевтический инструмент

Прежде чем обсуждать условия контракта, я рассказываю клиенту, что побуждает меня взяться за эту работу. Открыто говорю о своей личной заинтересованности, о том, что я больше всего люблю, когда чинится, то есть мне важен результат. И внимательно смотрю, а иногда и спрашиваю, как ему отзывается такая моя позиция.

Часто на первой встрече мне удаётся показать клиенту его внутреннего Взрослого, и тогда я заключаю контракт с клиентом через посредство этой психической структуры. Потому что так работа пойдёт быстрее и легче для клиента. Структура Взрослого не боится ответственности и легко с ней управляется. А кроме того, она, в отличие от травмированных и выживающих структур психики, – постоянная. Какие бы изменения ни произошли с клиентом в терапевтическом процессе, структура внутреннего Взрослого останется его опорой. В главе «Тактика психотерапии» я описываю, как именно я нахожу внутреннего Взрослого клиента и привлекаю его к работе.

Если Взрослого найти не получается, но есть упрямый и суперответственный Псевдо-взрослый, можно договариваться с ним, но терапия в этом случае будет сложнее и дольше.

Прежде чем говорить о подписании контракта, я подробно обсуждаю с клиентом все его пункты. Рассказываю, какую именно помощь я могу предложить, в каком формате, какие сложности нас ждут на этом пути и как мы будем их преодолевать. Каждое из условий контракта несёт свою терапевтическую нагрузку.

Здесь я привожу основные условия своего контракта для работы с БАР и описываю подробно, какую терапевтическую функцию выполняет каждое из этих условий.

– ИНТЕНСИВ. Первые две-три недели мы работаем в формате интенсива. Терапевтические сессии происходят через день или каждый день (в зависимости от потребностей и ресурса клиента).

Терапевтический аспект: у клиентов с БАР, как и вообще у клиентов с психотическим или пограничным уровнем функционирования, травматического материала много, а ресурсов для его подавления – мало. Как только мы разбираемся с одной травмой, всплывают другие интенсивные чувства. Внутри сессии я могу стабилизировать состояние клиента и он чувствует себя довольно устойчиво и спокойно. Однако между сессиями, первые 6—8 сессий, ему очень трудно. Я бережно отношусь к ресурсу клиента, поэтому настаиваю на том, что в первой фазе работы над запросом мы сокращаем интервалы между сессиями до минимума. Пока не кончится актуальный травматический материал. Чтобы у человека в каждом дне, или хотя бы через день, было 90 минут, когда ему устойчиво и спокойно. Напомню, что, пока актуального травматического материала много, клиент не может самостоятельно идентифицироваться со своим внутренним Взрослым. Наедине с собой он находится в идентификации с травмированными или выживающими структурами личности. А значит, не может отразить ход терапии и сказать себе: «Да, мне сейчас тяжело, но я пошёл в эту работу, чтобы стать здоровым». Ему просто всё время плохо и невозможно абстрагироваться – не на что опереться. Ежедневный опыт устойчивости в ходе терапевтической сессии поддерживает его мотивацию продолжать работу и веру в возможность выздоровления. С другой стороны, формат интенсива, по сравнению с терапией раз в неделю, позволяет в несколько раз сократить количество часов, когда человеку с собой плохо.

– НА СВЯЗИ. Я предупреждаю клиента, что первые две-три недели будут трудными, что между сессиями он будет отчаиваться, обесценивать себя, меня и нашу работу, не видеть результата, испытывать разные тяжёлые чувства. И мы договариваемся о том, что со всем этим он идёт ко мне. Я на связи с 9:00 до 23:00. Мне можно звонить и писать. Я не всегда могу ответить сразу, но отвечу в течение двух часов. Напишу или перезвоню. Помимо этого, клиент еже-

дневно пишет мне короткие отчёты: мысли, чувства, действия. Можно подробно, можно в три строчки, но – обязательно. Какие были яркие чувства сегодня, какие были мысли по поводу этих чувств, какие действия он предпринял, и какие – собирался предпринять.

Терапевтический аспект: Рефлексия своих чувств, мыслей и действий стабилизирует клиента, помогает ему выйти во взрослую позицию. Кроме того, обязательные ежедневные отчёты позволяют ему быть активным участником терапевтического процесса, видеть, что от него что-то зависит, делать то, что от него зависит, и таким образом реализовывать свою часть ответственности за процесс терапии. Прикладывая усилия к процессу своего выздоровления, он из жертвы обстоятельств становится партнёром терапевта. И по тому, насколько легко клиент соглашается на это условие в начале пути, уже видно, какая из этих позиций ему привычнее и как крепко он за эту привычную позицию держится.

Быть на связи в дневное время – мой способ реализовывать свою ответственность за процесс терапии. Если клиент с отчаянием, гневом, обесцениванием, суицидальными мыслями идёт ко мне, я вижу, как идёт процесс терапии, какие изменения происходят в его психике, какой у клиента текущий уровень ресурса, с чем нужно работать в первую очередь, чтобы ему стало устойчивей. Кроме того, когда я словами через рот говорю клиенту, что с тяжёлыми чувствами – ко мне, я даю ему понять, что я устойчивая фигура, я могу выдерживать любые его чувства. А, как мы знаем, наличие такой фигуры в доступе само по себе бывает весьма терапевтично.

– СРОКИ. Мы заключаем контракт на терапевтический курс продолжительностью 60 дней. Это означает, что клиент выделяет 60 дней на терапию. У него не возникнет неотложных дел вроде переезда до окончания терапии. Однако мы можем завершить терапию раньше, если работа над запросом потребует меньше времени. Если нет, мы завершаем терапию через 60 дней при любом текущем результате.

Терапевтический аспект: Клиенту, у которого на момент обращения ко мне мало свободной психической энергии (депрессивная фаза), будет легче решиться на терапию с чётко обозначенными сроками. Легче решиться и легче взять на себя минимальную ответственность за процесс. В том числе, за ежедневные отчёты. При этом срок 60 дней выбран мной с запасом. Обычно психотерапия БАР II типа занимает до 30 дней. Но даже в случае, где клиенту не хватит 60 дней для выхода в ремиссию, его состояние за это время значительно изменится в лучшую сторону. За 10–14 сеансов психотерапии, которые мы проведём за это время, он станет ощутимо более устойчивым и ресурсным. В любом случае это будет большая работа и его честный результат. И это будет новая точка отсчёта, в которой он будет решать, хочет ли он сделать перерыв, продолжить регулярную терапию или выйти из терапии на неопределённое время.

– ЗВОНОК – ДЛЯ УЧИТЕЛЯ. Внутри сроков контракта я, и только я, решаю, когда терапия завершена.

Терапевтический аспект: Этот пункт важен, чтобы не допустить выхода клиента в манию. Обычно структуры личности, вызывающие депрессию и структуры личности, вызывающие (гипо-) манию – это разные структуры. Соответственно, чинятся они по-отдельности, иногда независимо друг от друга. Я стараюсь чинить структуры, ответственные за гипоманию, в середине терапии. Когда ресурса у клиента уже значительно больше, чем в начале пути, но он ещё в это не верит. Но иногда выздоровление происходит так стремительно, что клиента приходится ловить за хвост, чтобы он не ушёл в гипоманию. Условие контракта, которое говорит, что только терапевт решает, когда терапия завершена, очень помогает в этих случаях.

– РЕЖИМ. Я настаиваю, чтобы в эти 60 дней клиент организовал себе «санаторный режим», с достаточным количеством времени для еды, сна и прогулок на свежем воздухе.

Терапевтический аспект: Выход в ремиссию из БАР – это большие внутренние изменения, и не только в психической сфере. Тело перестраивается под психические изменения, и ему на это нужно время и свободная энергия. Свободную энергию мы ему добудем в процессе терапии. Но если клиент тащит на себе два проекта и парализованного токсичного родственника, быстрого результата не будет. Энергия будет уходить не туда.

– АНТИСУИЦИД. Если у клиента до встречи со мной были суицидальные мысли, чувства или намерения, я вношу в контракт пункт «антисуицид». Он означает, что в течение нашего терапевтического курса клиент не реализует суицидальные намерения. Два месяца можно подождать.

– ПРЕДОПЛАТА. В своей регулярной работе с клиентами я не беру предоплату, если только клиент сам не предлагает такой формат. С одной стороны, я доверяю людям, с которыми работаю. С другой – верю в саморганизующийся хаос. Если человек забыл заплатить, для этого всегда есть причина. И это интересно. Однако курс интенсивной психотерапии БАР я веду только по предоплате за весь курс. И стоимость курса довольно высокая. Для этого есть причины.

Терапевтический аспект: Предоплата курса решает сразу несколько задач. Она бережёт энергию клиента, избавляя его от сомнений, стоит ли продолжать. Вернее, сомнения будут обязательно. Психологические защиты у всех работают. Но оплаченный курс будет лаконичным и однозначным ответом на его сомнения. Не нужно будет каждый раз мучительно принимать решение, идти ли на следующую встречу с психологом. В депрессивной фазе такие решения отнимают много сил. Кроме того, предоплата курса помогает клиенту занять партнёрскую позицию и взять на себя часть ответственности за процесс. Я не сомневаюсь в своих терапевтических инструментах, и для меня основной риск данного терапевтического процесса – в том, что клиент не пойдёт до конца. Психологические защиты в какой-то момент окажутся сильнее его желания быть здоровым и счастливым. Тогда наши вложения не оправдаются. И для меня это станет просто неудачным случаем. А для него может обернуться глубоким разочарованием в себе и полной утратой веры в выздоровление и надежды на нормальную жизнь. Предоплата позволяет свести этот риск к минимуму. Оплачивая весь курс сразу, человек заранее принимает решение идти до конца. Помимо перечисленных терапевтических эффектов, предоплата будет подтверждением намерений клиента. Страховкой от кривой мотивации и скрытых выгод. Человек, который в глубине души не очень хочет быть здоровым, не станет сильно тратить на психологическую помощь. Он найдёт психолога, который занедорого возьмёт на себя ответственность за его плачевное состояние.

В случаях, когда терапию оплачивает не сам клиент, предоплата становится возможностью расставить точки над *i* и разделить риски с заказчиком. Человек, оплативший курс терапии для другого человека, будет ждать результата по окончании курса, и проявлять меньше нетерпения в процессе. Кроме того, фактом предоплаты он также декларирует свои намерения и будет более склонен создать своему подопечному благоприятные условия для выздоровления. Наверное) Впрочем, когда терапию оплачивает не сам клиент, – всегда непростая история, где нужно ясно представлять себе не только мотивацию клиента, но и мотивацию заказчика.

– ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ. После завершения терапии клиент каждые полгода выходит на связь, в течение трёх лет. Внутри этого периода он сообщает мне, если у него меняется номер телефона. Если клиент наблюдает у себя проявления депрессии или гипомании, он сообщает мне об этих наблюдениях в любом удобном для него формате.

У этого условия нет терапевтического эффекта для клиента, который это условие выполняет. Это нужно мне, чтобы убедиться, что ремиссия полная и выздоровление окончательное. Эта продолжительная обратная связь сделала возможным написание этой книги, которая, я надеюсь, поможет моим коллегам в работе с БАР.

Надеюсь, в этом подробном описании мне удалось показать, что таким образом выстроенный контракт сводит к минимуму риски терапевтического процесса и помогает клиенту сконцентрировать усилия на терапии. Контракт задаёт чёткие границы наших ролей, а, значит, и ответственности, в этом проекте. Приведённые выше условия снимают с клиента лишнюю ответственность (за немощных родственников, за удобство и уместность своих переживаний, за свою повседневную деятельность) и побуждают его взять на себя ровно ту часть ответственности, которая нужна для эффективного терапевтического процесса.

Если говорить о психотехнологиях, наверное, стоит упомянуть, что такой контракт (как и всё, что я говорю и делаю) транслирует клиенту мою абсолютную уверенность в том, что он может стать здоровым и счастливым. И довольно быстро. Возможно, это и есть мой туз в рукаве. Я действительно это знаю. Я знаю, что каждый человек может быть здоровым и счастливым, если захочет. И знаю, как это организовать. Но в некоторых случаях хотеть нужно очень сильно. Потому что работы много. А чтобы много работы ощущалось, как мало, её нужно сделать быстро. Я думаю, моя уверенность работает для клиента. И, подписывая такой контракт, человек в глубине души уже знает, что теперь у него просто нет варианта остаться там, где он есть.

Для меня на этом заканчивается самая сложная часть работы – преодоление внутренней инерции клиента. Наш мозг очень не любит меняться, но всегда готов адаптироваться. Если человек подписывает такой контракт, он преодолел свою инерцию и теперь ему остаётся только адаптироваться. А это он умеет.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.