



Келли КЁРНЕР

ПРОВЕДЕНИЕ
ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Примечания Марши ЛИНЕХАН

**ПРОВЕДЕНИЕ
ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ**

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

DOING DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY

A PRACTICAL GUIDE

Kelly Koerner

Foreword by Marsha M. Linehan



THE GUILFORD PRESS

New York London

ПРОВЕДЕНИЕ ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Келли Кёрнер

Примечания Марши ЛИНЕХАН



Москва ♦ Санкт-Петербург
2019

ББК 88.4
К 36
УДК 159.9.019.43

Компьютерное издательство "Диалектика"

Зав. редакцией Н.М. Макарова

Под редакцией канд. психол. наук Э.В. Крайникова

По общим вопросам обращайтесь в издательство "Диалектика" по адресу:
info@dialektika.com, <http://www.dialektika.com>

Кёрнер, Келли.

К36 Проведение диалектической поведенческой терапии. Практическое руководство. — СПб. : ООО "Диалектика", 2019. — 288 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-5-6040723-9-4 (рус.)

ББК 88.4

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства The Guilford Press.

Copyright © 2019 by Dialektika Computer Publishing.

Original English edition Copyright © 2012 by The Guilford Press, a Division of Guilford Publications, Inc.

All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. This translation is published by arrangement with The Guilford Press.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning or otherwise without the prior written permission of the Publisher.

Научно-популярное издание
Келли Кёрнер

Проведение диалектической поведенческой терапии. Практическое руководство

Подписано в печать 22.05.2019. Формат 70×100/16

Гарнитура Times

Усл. печ. л. 23,22. Уч.-изд. л. 16,1

Доп. тираж 400 экз. Заказ № 4269

Отпечатано в АО "Первая Образцовая типография"

Филиал "Чеховский Печатный Двор"

142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

Сайт: www.chpd.ru, E-mail: sales@chpd.ru, тел. 8 (499) 270-73-59

ООО "Диалектика", 195027, Санкт-Петербург, Магнитогорская ул., д. 30, лит. А, пом. 848

ISBN 978-5-6040723-9-4 (рус.)

ISBN 978-1-4625-0232-5 (англ.)

© ООО "Диалектика", 2019

© The Guilford Press, 2012

Оглавление

Об авторе	11
Примечание редактора серии	12
Предисловие	14
Вступление	16
Благодарность автора	19
Ждем ваших отзывов!	21
ГЛАВА 1	
Метод для сложных случаев	23
ГЛАВА 2	
Формулирование случая и составление терапевтического плана	63
ГЛАВА 3	
Стратегии изменений	117
ГЛАВА 4	
Принципы и стратегии валидации	159
ГЛАВА 5	
Диалектическая позиция и стратегии. Балансирование между принятием и изменениями	195
ГЛАВА 6	
Анализ, мотивация, действие. Максимальный результат от каждого взаимодействия	225
ГЛАВА 7	
Индивидуальный психотерапевт и экспертная консультационная группа	249
Источники и литература	277
Предметный указатель	285

Содержание

Об авторе	11
Примечание редактора серии	12
Предисловие	14
Вступление	16
Благодарность автора	19
Ждем ваших отзывов!	21
Глава 1. Метод для сложных случаев	23
Проблема стойкой эмоциональной дисрегуляции	27
Биосоциальная теория: влияние биологической уязвимости и инвалидирующего окружения	28
Диалектико-поведенческий подход к стойкой эмоциональной дисрегуляции	38
Базовые терапевтические стратегии	38
Структурирование терапевтической среды	45
Иерархия терапевтических задач и целей в индивидуальной психотерапии	53
Предварительный этап: ориентирование и готовность	56
Первый этап: достижение базовых возможностей (ослабление поведенческого дисконтоля)	57
Второй этап: нетравмирующие эмоциональные переживания (снижение проявлений поведения, связанного с посттравматическим стрессом)	59
Глава 2. Формулирование случая и составление терапевтического плана	63
Шаг 1: определение этапа и терапевтических целей	66
Саманта	69
Жонель	72

Содержание	7
Шаг 2: выявление контролирующих переменных для каждой из первоочередных целей	75
Анализ поведенческих цепочек	75
Шаг 3: анализ заданий при составлении терапевтического мини-плана для ключевых звеньев	92
Предварительная беседа: Мэнни	99
Глава 3. Стратегии изменений	117
Ориентирование и микроориентирование	119
Дидактические стратегии	122
Стратегии осознанной готовности	123
За и против	124
Заманчивое предложение	124
Высокая планка	125
Свобода выбора и отсутствие альтернатив	125
Старые ресурсы	126
Адвокат дьявола	126
Шейпинг	126
Самомониторинг: дневник клиента ДПТ	127
Анализ поведенческих цепочек и инсайт-стратегии	131
Анализ способов решения проблемы	132
Случай из практики: Майкл	135
Применение в ДПТ четырех процедур КПТ, направленных на достижение изменений	146
Тренинг навыков	146
Экспозиционные техники	150
Процедуры ситуационного управления	151
Когнитивная модификация	157
Глава 4. Принципы и стратегии валидации	159
Понимание роли валидации в эмоциональной регуляции	160
Случай из практики: Миа	160
Нормальное воздействие инвалидации	162
Воздействие точной, аккуратной валидации	164
Что валидировать	167
Когда клиент эмоционально дисрегулирован	167
Когда реакция клиента одновременно обоснованна и необоснованна	168

Когда сложно увидеть хоть какую-то обоснованность	169
Прочие цели валидации	169
Как валидировать	171
Поиск обоснованного	171
Знайте своего клиента (а также литературу по психопатологии и нормальной психологии)	171
Валидация обоснованного и резонного, инвалидация необоснованного и нерезонного	172
Валидация на наиболее возможном высоком уровне; действия говорят громче слов	173
Как использовать валидацию для усиления эмоциональной регуляции	176
Использование валидации как спонтанной экспозиции: принятие первичных эмоций	177
Использование валидации для стимуляции адаптивной эмоции: изменение эмоции	182
Клинический случай: Лара	185
Глава 5. Диалектическая позиция и стратегии.	
Балансирование между принятием и изменениями	195
Диалектическая позиция	196
Действительность целостна, все в ней взаимосвязано	197
Действительность многогранна и полярна	198
Изменения непрерывны и связаны с поступками человека	200
Диалектическое уравнивание задач	201
Диалектическое уравнивание стратегий	204
Стилистические стратегии: реципрокность и конфронтация	205
Стратегии сопровождения клиента	209
Специфические диалектические стратегии	212
Случай из практики: Иветт	216
Глава 6. Анализ, мотивация, действие.	
Максимальный результат от каждого взаимодействия	225
Анализ ситуации: определение расположения	227
Задание 1: отслеживание целей и работа с ними во время сессии	227
Задание 2: приоритетность целей — что должно привлекать внимание	228

Задание 3: анализ высокоприоритетных целей — где искать развилку?	230
Мотивация	231
Задание 4: обеспечение сотрудничества	231
Реализация задач клиента	232
Задание 5: интервенция	234
Случай из практики: Кэрри	236
Задание 1: отслеживание целей и работа с ними во время сессии	236
Задание 2: приоритетность целей	240
Задание 3: анализ поведения, препятствующего терапевтическому процессу (сообщение на автоответчик)	241
Задания 5а, 5в: работа над сообщением	241
Задания 1, 5а: эмоциональная дисрегуляция во время сессии	242
Задание 1: оценка суицидального риска	242
Задание 3: анализ самоповреждения в виде ожога сигаретой: где искать развилку?	243
Задание 4: обеспечение сотрудничества/готовности	243
Задание 5: интервенция	243
Задание 3: анализ усиления суицидальных идеаций; где искать развилку?	244
Задание 5в: эмоциональная дисрегуляция во время сессии, практика навыков	245
Задание 5б: анализ способа решения проблемы разговора с соседкой и собеседования	245
Задание 5в: интервенция	247
Глава 7. Индивидуальный психотерапевт и экспертная консультационная группа	249
Цель и формат экспертной консультационной группы ДПТ	250
Формат встреч экспертной консультационной группы	253
Психотерапия психотерапевта экспертной консультационной группой	256
Подтверждение эффективности группы: решение общих проблем	260
Как группа работает с препятствующим терапии поведением психотерапевта	264
Применение ДПТ психотерапевтами по отношению к себе	269
Источники и литература	277
Предметный указатель	285

С любовью — Клэр, Тому, СБ и НБ.

Об авторе

Келли Кёрнер — д-р философии, основатель и креативный директор Института научно обоснованной клинической практики, где она занимается технологизацией обучения и взаимодействия с целью помощи практикующим психотерапевтам в получении лучших клинических результатов. Она высококвалифицированный клиницист, супервизор и преподаватель диалектической поведенческой терапии (ДПТ), прошедшая специальную подготовку по многим другим видам терапии с доказанной эффективностью. Выполняла функции обучающего директора для проводившихся Маршей М. Линехан исследований эффективности ДПТ в отношении склонных к суициду и употребляющих наркотики лиц с пограничным расстройством личности. В качестве креативного директора принимала участие в исследованиях компании Behavioral Tech, где занималась развитием дистанционного обучения и прочих методов с применением технических средств для распространения научно обоснованной клинической практики. Была соучредителем и первым руководителем Behavioral Tech — компании, обучающей проведению ДПТ. Д-р Кёрнер преподает на медицинском факультете Вашингтонского университета, а также имеет небольшую клинико-консультативную практику в Сиэтле.

Примечание редактора серии

Читатели могут быть уверены, что хорошо проведут время. В данной книге Келли Кёрнер подробно описывает навыки, необходимые индивидуальному психотерапевту для применения диалектической поведенческой терапии по отношению к клиентам с множеством сложных проблем. ДПТ была разработана Маршей М. Линехан в Вашингтонском университете для терапии хронического суицидального поведения; позднее она начала применять данный метод для работы с клиентами, отвечающими критериям пограничного расстройства личности и страдающими от угрожающего жизни и ухудшающего качество жизни поведения (суицидальное, самоповреждающее и саморазрушающее поведение, беспорядочные связи, безработица, отсутствие постоянного места жительства, бедность). ДПТ, если она использовалась как комплексный пакет, включающий индивидуальную терапию, групповой тренинг навыков и консультации с психотерапевтом, проявила себя в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях как эффективный метод работы с клиентами с пограничным расстройством личности; последние контролируемые клинические исследования показали, что ДПТ также эффективна при злоупотреблении психоактивными веществами, булимии и психогенном переедании. Если клиент страдает от суицидального и аутоагрессивного поведения, сильных эмоций, импульсивного поведения, неуверенности в своих целях и даже в собственной идентичности, а также находится в сложных жизненных обстоятельствах, если все это происходит в контексте сильных и резких перепадов настроения и изменений в поведении — психотерапевту необходимы квалифицированные рекомендации. ДПТ в целом и данная книга в частности способны их обеспечить.

Кёрнер описывает концептуальную структуру, лежащую в основе ДПТ, и подробно поясняет, как ее использовать, чтобы определить приоритеты и эффективно действовать в случае, когда клиент имеет множество перво-

очередных целей, например, если он в вашем кабинете прямо сейчас очень хочет умереть, его вот-вот выгонят из дома, и в ответ на ваши попытки оказать помощь он начинает закрываться. Такие ситуации сами по себе очень сложные, к тому же они вызывают сильные эмоции, что мешает психотерапевту действовать эффективно. Чтобы пережить бурю среди бушующих волн и отвесных утесов, необходимы рассудительность и высокий профессионализм, и книга Кёрнер поможет вам обрести и то, и другое.

ДПТ — сложный вид терапии, что отчасти обусловлено ее гибкостью и возможностью адаптации к потребностям каждого клиента в любой момент времени. Кёрнер в деталях описывает, что нужно для формулирования случая в ДПТ и как его использовать для воплощения в жизнь терапевтической стратегии.

Эта книга — кладезь полезнейшей информации; я прочитала ее дважды, каждый раз узнавая что-то новое. Кёрнер детально описывает понятийную структуру ДПТ, приводя при этом множество разнообразных клинических подробностей; мастерски объединяя и то и другое, показывает, каким образом общая структура и основанная на ней концептуализация отдельного случая обуславливают поведение психотерапевта в каждый момент времени, особенно в наиболее сложные из них.

То, что данная книга настолько богата по содержанию, безусловно, отчасти является результатом того, что ее автор — человек, наделенный разнообразными талантами. Кёрнер является высококвалифицированным специалистом по ДПТ, прошедшим первоначальное обучение у Марши Линехан, глубоко понимает данный вид терапии. Также она консультирует врачей, применяющих ДПТ, демонстрируя при этом эмпатическое понимание дилемм, которые встают в процессе этого применения. Я не понаслышке знаю о клинических навыках и искусстве межличностного общения д-ра Кёрнер: она была моим консультантом по ДПТ на протяжении нескольких лет, и я обращаюсь к ней за консультацией, когда нужно помочь сложному, требующему приложения значительных усилий клиенту. Также она наделена талантом писать о терапии, а далеко не все квалифицированные специалисты способны на это. Она может изложить внутреннюю структуру ДПТ так, чтобы предоставить читателю содержательное руководство по принятию клинических решений, опирающихся на принципы ДПТ. Кроме того, она уважаемый преподаватель с мировым признанием. Ее мастерство клинициста, консультанта, автора и преподавателя в полной мере проявилось здесь. В результате появилась данная книга, вносящая поистине выдающийся вклад в настоящую серию руководств по индивидуальной терапии методами с доказанной эффективностью.

Жаклин Б. Персонс, д-р философии

Предисловие

Келли Кёрнер, одна из моих бывших студенток, уже долгое время является также и моей коллегой. Совместно с ней мы основали компанию, задача которой — сделать терапию методами с доказанной эффективностью доступной для всех лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами. Она, несомненно, одна из сильнейших среди клинических преподавателей, наставников и авторов работ в области диалектической поведенческой терапии (ДПТ). Я познакомилась с Келли, на тот момент студенткой второго курса магистратуры, когда она начала посещать мой клинический практикум в 1989 году. Тогда я принесла студентам распечатанные копии того, что впоследствии стало моим терапевтическим руководством — книгой “Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности”. Келли и ее однокурсники, входящие в состав консультационной группы магистрантов, могут по праву считаться соавторами вида психотерапии, позднее сформировавшегося в систему ДПТ. Она и ее коллеги вскоре стали одними из наиболее квалифицированных и наиболее опытных психотерапевтов в нашей сфере научных интересов. Даже сейчас крайне сложно найти клинического супервизора, более осведомленного о терапии суицидального поведения, чем Келли и ее коллеги.

Последние 20 лет мы с Келли тесно сотрудничаем в разнообразных сферах: соавторство в подготовке материалов; проведение исследований; подготовка психотерапевтов; осуществление клинической супервизии; многочасовой просмотр видеозаписей терапевтических сессий; определение и переопределение условий проведения измерений; а также многократное переделывание слайдов, чтобы краткие, но точные фразы выражали суть сложных идей. Как следствие, не многие люди знают о ДПТ столько, сколько знает Келли. Также она обладает уникальной способностью выявлять самое главное и приводить в качестве примера необходимые клинические случаи. Более того, она подходит к работе творчески и вкладывает в нее

часть себя, доказывая, что ДПТ — это что угодно, но не косная, привязанная к инструкции в каждом своем шаге терапия.

Медитация, давно практикуемая Келли, а также изучение искусства айкидо сформировали в ней глубокое понимание того, каким образом духовные практики дзэн могут влиять на развитие ДПТ. Когда в 1993 году я присутствовала на церемонии получения Келли первого дана, то поняла, что в своих занятиях айкидо она проделала большую работу для воспитания в себе того милосердия, которое я поощряла, будучи ее супервизором в ДПТ, точнее — способность встречать любовью и заботой сложные, даже угрожающие ситуации. Келли обладает врожденным чувством диалектического равновесия между принятием и изменением, что невозможно не увидеть в данной работе. С радостью и большим удовольствием рекомендую вам книгу, написанную Келли. Данная книга — это именно тот ресурс, который так необходим каждому психотерапевту, изучающему и использующему ДПТ.

Марша М. Линехан, д-р философии

Вступление

В данной книге поясняется зачем, когда и как применять принципы и стратегии диалектической поведенческой терапии (ДПТ) в индивидуальной психотерапии. Первая книга Линехан, посвященная ДПТ (1993а), представляет собой терапевтическое руководство, а данная книга — это руководство пользователя с примерами из клинической практики и пошаговым описанием, помогающим облегчить понимание того, каким образом вы можете применять ДПТ в работе со своими клиентами. Глава 1 поясняет, каким образом у личности развивается стойкая эмоциональная дисрегуляция и как это может привести к проблемам, способным ухудшить качество жизни клиента и свести на нет усилия по работе над изменениями в терапевтическом процессе. Данная глава предоставляет полный обзор того, каким образом терапия, структурированная в соответствии с требованиями ДПТ, подходит к решению основной проблемы — стойкой эмоциональной дисрегуляции. В главе 2 описывается, как структурировать общее понимание эмоциональной дисрегуляции в подробное пошаговое формулирование случая и терапевтическое планирование для каждого клиента. Затем внимание уделяется трем комплексам базовых стратегий, используемым в ДПТ для достижения терапевтических задач: стратегиям поведенческих изменений, стратегиям валидации и диалектическим стратегиям, которые перечисляются в главе 1 и подробно рассматриваются в главах 3–5 соответственно. Поскольку стойкая эмоциональная дисрегуляция приводит к тому, что поведение начинает зависеть от настроения и наступления кризиса, диалектико-поведенческий терапевт часто вынужден модифицировать стратегии поведенческих изменений (т.е. такие техники когнитивно-поведенческой терапии, как тренинг навыков, экспозиционная терапия, ситуационное управление и когнитивная модификация). Подобного рода изменения подробно описаны в главе 3. Поскольку клиенты со стойкой эмоциональной дисрегуляцией часто на своем опы-

те составляют мнение об ориентированных на изменения стратегиях как о недейственных, ДПТ делает акцент на активном, дисциплинированном и точном применении стратегий валидации. Стратегии валидации в ДПТ были подробнее описаны Линехан (1997) через несколько лет после выхода ее первой книги; новейшая информация по данной теме, равно как и многочисленные клинические примеры, поясняющие, как валидировать и что валидировать (а что нет), содержатся в главе 4. В главе 5 описывается диалектическая позиция и стратегии, помогающие психотерапевту полностью принять своего клиента и имеющуюся ситуацию на их совместном пути к необходимым переменам. Третий и последний комплекс базовых терапевтических стратегий предполагает способность удерживаться от упрощений и выйти за рамки компромиссов, чтобы найти действительно конструктивное сочетание поведенческих изменений и валидации, рационального восприятия и эмоциональности, принятия и перемен. Глава 6 объединяет все три комплекса стратегий и иллюстрирует, каким образом они используются в контексте формулирования случая и иерархизации терапевтических целей. Наконец, в главе 7 подчеркивается принципиальная важность экспертной консультационной группы, предусмотренной комплексной ДПТ, и рассматривается ее работа. Экспертная консультационная группа — это команда психотерапевтов, которая ведет группу клиентов и одновременно применяет ДПТ по отношению к себе. Группа совершенствует навыки психотерапевтов и обеспечивает эмоциональную поддержку, необходимую для того, чтобы справляться с трудностями, возникающими в тех случаях, когда клиенты оказываются в сложных жизненных ситуациях либо испытывают эмоциональные страдания. Все клинические примеры, приведенные в данной книге, являются компиляцией многочисленных реальных диалогов между клиентом и психотерапевтом и преследуют цель обеспечить читателей наилучшими обучающими материалами.

С этой книгой я связываю определенные надежды. Во-первых, много лет я занимаюсь обучением и консультированием психотерапевтов, когда они изучают применение ДПТ. Большинство психотерапевтов обучались гораздо быстрее, когда мы дополняли терапевтическое руководство легко воспроизводимыми клиническими примерами, показывающими, каким образом принципы и стратегии ДПТ могут применяться в конкретных случаях. В этой книге я пытаюсь сделать то же самое — привести многочисленные клинические примеры, иллюстрирующие ключевые моменты ДПТ таким образом, чтобы они смогли помочь вам применять ее в работе с вашими клиентами. Во-вторых, я надеюсь показать, каким образом, даже если вы никогда не будете использовать комплексную ДПТ, ее принци-

пы все же смогут обеспечить основу для работы с клиентами, имеющими сложные хронические проблемы. Все расширяющийся список терапевтических протоколов и учебников может действовать угнетающе. Принципы и стратегии ДПТ предлагают чрезвычайно гибкую эвристическую структуру, позволяющую упростить сложные клинические ситуации, разложив их на серии систематизированных, открытых для изменения протоколов по мышлению или поведению. Как сказал Роджер Мартин (2009): “Достоинство эвристики заключается в том, что нас направляют к решению задачи посредством организованного изучения возможностей” (с. 12). На что бы вы ни были нацелены, надеюсь, я смогу продемонстрировать, каким образом структура ДПТ способна помочь вам объединить терапевтические составляющие в комплексный, индивидуализированный терапевтический план.

Наконец, мой личный стимул для написания этой книги — попытаться поделиться тем, что было мне так щедро дано. Мне необыкновенно повезло тесно сотрудничать в течение долгого времени с основательницей ДПТ, Маршей М. Линехан, а также с удивительно талантливыми и креативными психотерапевтами, которые стали первыми последователями ДПТ. Совместный труд этого объединения практикующих врачей, а также взаимодействие с моими собственными клиентами оказывают мне честь и вдохновляют на дальнейшую работу, чтобы соответствовать заданной планке. Надеюсь, что приложенные усилия принесут вам пользу.

Благодарность автора

Многие учителя, коллеги и близкие поддерживали меня в процессе написания данной книги. Джон Глюк, Говард Деланей и особенно лаборатория Майкла Дагера с его веселым, требовательным курсом радикального бихевиоризма развивали мое еще жесткое теоретическое мышление. Неисчерпаемая интеллектуальная отдача Нейла Джейкобсона предоставила мне колоссальные возможности для развития и оценки эффективности терапии, а также для писательской работы. Труды Марка Гринберга по психопатологии развития в детском и подростковом возрасте, внимательная клиническая супервизия Мэвис Цай и Роберта Коленберга, сотни часов изучения различных направлений психотерапии сформировали мои взгляды на то, каким образом терапевт может помочь клиенту измениться. Седар Кунс, Мэган Мурхед, Клив Роббинс и Чарли Хаффин поддерживали меня на пути становления в качестве клинического консультанта. И что самое важное, в 1989 году я начала посещать практические занятия Марши М. Линехан по диалектической поведенческой терапии (ДПТ). Это были захватывающие времена. Марша принесла только что распечатанные черновики своего терапевтического руководства и без лишних церемоний притащила к нам наиболее суицидальных клиентов и всех, кого она только смогла найти. Наш профессионализм и дух товарищества все возрастали, и в конце концов, когда Марша ушла в творческий отпуск, студенты ее практикума столкнулись с трудностями в поиске супервизора, лучше нас осведомленного о работе с клиентами с высоким суицидальным риском. Продуктивные годы еженедельной клинической супервизии у Марши, сотрудничество в написании работ и преподавании привели к тому, что в 1997 году мы основали компанию Behavioral Tech, и теперь, в конечном итоге, они приносят плоды в виде данной книги. Бодрость духа Марши, ее приверженность делу и готовность идти на личные жертвы показали мне, каким образом профессиональный путь человека, посвятившего себя нау-

ке и сострадательному отношению к людям, может быть духовным путем, не менее дисциплинированным, чем монашеские традиции.

В 1988 году я начала изучать айкидо, боевое искусство, которое учит на конфликт и насилие отвечать любовью и сопереживанием. Айкидо весьма помогает мне понять сущность ДПТ. Я чрезвычайно благодарна сэнсэям Расо Хултгрёну и Тому Риду за наши занятия. Их собственный искренний опыт показал мне, что означает быть серьезным учеником.

Спасибо Жаклин Персонс и Китти Мур за возможность внести свой вклад в данную серию руководств по индивидуальной психотерапии методами с доказанной эффективностью, а также Барбаре Уоткинс за ее опытное редактирование. Я очень благодарна коллегам, критиковавшим мои черновики, особенно Жаклин Персонс, Никласу Тёрнеке, Карле Уилсон и Скотту Темплу, а также Майклу Мэслэру и Элизабет Симпсон, которые помогали мне в разработке двух примеров из клинической практики. Чарли Суэнсон благодаря высокому уровню его работ и произведений был для меня вдохновением, а его наставничество — поддержкой на моем пути. Работы Леса Гринберга оказали сильное влияние на мои мысли о важности эмпатии и взгляде на психотерапевта как на коуча в эмоциональной сфере. Я очень благодарна Роберту Буткевичу за поддержку, а также моей рабочей группе — Бенджамину Шоендорффу, Гарету Холману, Мэвис Цай и Стигу Хельвегу-Йоргенсену, — которая помогла мне пройти последний этап написания книги. Хочу выразить свою любовь и благодарность Синди Смит, психиатру и поэту. Без ее поддержки и помощи в редактировании этой книги бы не было. Глубочайшая благодарность моей обширной группе коллег и клиентов. Мне выпала смиренная честь быть свидетелем и активным соучастником того, как люди страдали от невыносимой уязвимости и душевной боли, в то время когда я сама жила в согласии с собой. До сих пор я не совсем понимаю, получила я от своих клиентов и коллег столько же, сколько отдала им, или больше. Разделять путь с близкими по духу людьми, которыми я так восхищаюсь, — ценность такого дара безмерна. Наконец, спасибо Клэр и Тому Уинтер за любовь и поддержку в течение многих лет, пока эта книга была частью нашей жизни.

Ждем ваших отзывов!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересны любые ваши замечания в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам бумажное или электронное письмо либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится ли вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Отправляя письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также свой обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию новых книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: info@dialektika.com

WWW: <http://www.dialektika.com>

Метод для сложных случаев

Если вы держите в руках эту книгу, вероятно, терапевтическая неудача для вас не новость. Каждый психотерапевт может вспомнить случаи, в которых, несмотря на все усилия, привычные терапевтические методы для клиентов оказывались неэффективными. Когда к нам обращается клиент, склонный к эмоциональной дисрегуляции, имеющий многочисленные серьезные хронические проблемы, с опытом неудачных терапевтических отношений, очевидно, что все шансы против нас.

“Что я ни делаю, ничего не меняется”.

Мэри двадцать с небольшим. На третью сессию индивидуальной терапии она пришла в состоянии ажитации и сообщила своему психотерапевту, что “совсем потеряла самообладание” на работе. Ее собираются уволить, и это означает, что она не сможет платить за жилье и ее выселят. Когда психотерапевт задал вопрос, что случилось, Мэри сердито дернулась, опрокинув кофейный столик. Неясно, хотела она его опрокинуть или это произошло случайно, но она покраснела с головы до пят, замолчала и свернулась в кресле, начав биться головой о подлокотник. Таким образом, любая помощь, которую мог бы предложить психотерапевт относительно кризиса на работе, оказалась заблокированной, и поведение Мэри в процессе терапии создало новую ситуацию, вызывающую у нее стыд. Когда психотерапевт уговорил Мэри перестать биться головой, она тихо произнесла: “Мне просто нужно покончить с этим”. Учитывая то, что у Мэри были попытки самоубийства, едва не приведшие к летальному исходу, психотерапевту нужно провести оценку неизбежного суицидального риска преимущественно безмолвной, почти бездомной клиентки, которая не в состоянии справиться со стрессом.

Если бы вы встретили Марка на вечеринке, то подумали бы, что он работает в успешной компании высоких технологий, и никогда бы не догадались, что он едва перебивается, подрабатывая программистом. Его жизнь становится все более и более ограниченной из-за тревожного расстройства и кратких маниакальных эпизодов, за которыми следует обостренное чувство ненависти к себе. Месяцами он пичкает себя марихуаной, алкоголем и транквилизаторами, спит по 18 часов в сутки и выходит из дома только для того, чтобы купить еду. После пятнадцати лет работы со многими психотерапевтами он не знает, кого винить в том, что его жизнь по-прежнему ужасна, — их или себя.

Для таких клиентов, как Мэри и Марк, сильная эмоциональная уязвимость и душевная боль ухудшают качество жизни. Неослабевающие страдания приводят к мыслям о суициде или несуицидальном аутоагрессивном поведении как о вещах, способных принести облегчение. Из-за неоднократных терапевтических неудач психотерапия также способствует обострению чувства безнадежности. Очень сложно в такой ситуации принять решение о психотерапии. Если сосредоточить внимание на переменах, которые должны произойти в клиенте, он начинает паниковать, потому что подобные попытки в прошлом оказались неудачными. Также подразумеваемая возможность перемен может вызвать чувство гнева либо стыда: ты, психотерапевт, понятия не имеешь о том, что на самом деле перемены невозможны; или же, как и все остальные, считаешь, что во всем виновата низкая мотивация клиента или его личностные недостатки. Когда в ответ на это мы меняем ориентиры и сосредотачиваемся на том, чтобы клиент принял свою уязвимость и свои границы, это тоже вызывает панику, в частности, он может отчаяться в возможности каких-либо перемен. В отчаянии он может отвергнуть предлагаемую вами помощь и потребовать помощь, которую вы не можете дать. Угрозы и суицидальные попытки, так же как и направленный на нас гнев, могут быть весьма стрессогенными. Наши собственные эмоции, растерянность или недостаток опыта также усложняют ситуацию, в результате мы начинаем ожидать изменений за пределами возможностей клиента, а также можем оказаться неспособны дать нужное количество тепла, проявить гибкость и находчивость, когда они необходимы. Непрерывные усилия, прилагаемые для того, чтобы найти золотую середину между принятием клиентом собственной уязвимости и работой над тем, чтобы он начал изменяться, изнуряют нас. Мы как психотерапевты тоже могли бы произнести подобную фразу: “Я так больше не могу. Что я ни делаю, ничего не меняется”.

Диалектическая поведенческая терапия (dialectical behavior therapy), или ДПТ (Linehan, 1993а), сформировалась как средство помощи психотерапевтам и клиентам именно в таких ситуациях, и растущее число рандомизированных клинических исследований подтверждает ее эффективность (см. Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2006). Когда у клиента серьезные хронические проблемы, с которыми не смогли справиться несколько специалистов, когда из-за страданий самоубийство кажется ему единственным возможным вариантом, ДПТ поможет психотерапевту найти ориентиры среди хаоса. Будучи комплексной амбулаторной психотерапией, ДПТ структурирует терапевтическую среду на следующие составляющие: еженедельная индивидуальная психотерапия, еженедельный групповой тренинг навыков, телефонный коучинг, а также экспертная консультационная группа диалектико-поведенческих терапевтов. В этой среде ДПТ представляет собой иерархию терапевтических приоритетов и базовых стратегий для их достижения. Подобного рода особенности обеспечивают планомерное методическое руководство для принятия клинических решений, что позволяет психотерапевтам работать с поведением, опасным для жизни и препятствующим терапевтическому процессу, равно как и справляться с собственными эмоциональными реакциями. В данной книге раскрывается проведение индивидуальной ДПТ и объясняется, зачем, когда и как применять ее инструменты для достижения терапевтического прогресса.

Подобно тому, как в отделении интенсивной терапии рабочие протоколы и процедуры помогают скоординировать действия, комплексная ДПТ имеет большое значение для клиентов в состоянии суицидального кризиса, таких как Мэри. В случаях, аналогичных случаю Марка, возможно, не понадобится использование этой модели полностью, но применение базовых теорий ДПТ, иерархия приоритетов и терапевтические стратегии сохраняют актуальность. Поэтому книга организована так, чтобы помочь клиницистам в обоих типах случаев. Вы можете выбрать только те элементы ДПТ, которые, скорее всего, будут полезны вам и вашим клиентам, а также полностью изучить терапевтические принципы ДПТ как комплекса, чтобы при надобности структурировать терапевтическую среду и принятие клинического решения.

Безусловно, теории, на которых базируется ДПТ, постоянно развиваются: данные последних исследований по развитию и анализу ДПТ, так же как данные исследований психопатологии и изучения поведенческих расстройств, должны постоянно интегрироваться, чтобы врач мог предложить своему клиенту наилучшую психотерапию. Линехан (Linehan, 1993а) изначально разработала ДПТ для психотерапии хронического суицидального поведения, а позднее — для психотерапии пограничного расстройства лич-

ности (ПРЛ). Однако сам диагноз ПРЛ с тех пор подвергся обширному пересмотру и, вероятно, еще будет пересмотрен не раз. По мере поступления новой информации можно ожидать соответствующего изменения составляющих ДПТ, так же как и категорий клиентов, к которым она применяется. На сегодняшний день, например, результаты опубликованных рандомизированных контролируемых исследований, проведенных различными исследовательскими группами, подтверждают эффективность ДПТ в отношении ряда поведенческих расстройств, таких как суицидальные попытки и аутоагрессивное поведение (Koons et al., 2001; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993; Linehan, Comtois, Murray, et al., 2006; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, & van den Brink, 2005; Verheul et al., 2003), злоупотребление психоактивными веществами (Linehan et al., 1999, 2002), булимия (Safer, Telch, & Agras, 2001), психогенное переедание (Telch, Agras, & Linehan, 2001), депрессия у лиц позднего возраста (Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003; Lynch et al., 2007). Поэтому важно понимать, что ДПТ показана не только для психотерапии хронического суицидального поведения и ПРЛ. Принципы и рабочие стандарты ДПТ могут иметь более широкое применение для согласования когнитивно-поведенческих и других теоретически совместимых стратегий при психотерапии расстройств, характеризующихся стойкой эмоциональной дисрегуляцией. Таким образом, важная цель данной книги — помочь вам гибко использовать комплексный пакет ДПТ или ее элементы, чтобы поддерживать уровень собственной осведомленности в отношении новейшей научной информации.

Первый шаг на данном пути — это понимание главной проблемы таких клиентов, как Мэри и Марк: стойкой эмоциональной дисрегуляцией. Биосоциальная теория Линехан, о которой пойдет речь в данной главе, поясняет, каким образом эта проблема может привести к столь разнообразным и сложным вторичным проблемам. Терапевтические компоненты ДПТ основаны на понимании стойкой эмоциональной дисрегуляции и ее воздействия. Такие компоненты описаны во второй половине данной главы. Основной среди них — ранжирование проблем клиента в соответствии с угрозами, которые они представляют для приемлемого качества жизни. Такая иерархизация терапевтических задач и целей необходима для формулирования случая (о чем более подробно пойдет речь в главе 2) и принятия клинического решения. Психотерапевт может использовать данный принцип для установления очередности заданий: от более важных к менее важным. Затем три комплекса базовых терапевтических стратегий используются для того, чтобы побудить клиента к выполнению терапевтических задач. Базовые стратегические комплексы — стратегии

поведенческих изменений, стратегии валидации и диалектические стратегии — представлены в данной главе и будут более подробно рассмотрены в главах 3–5 соответственно. В главе 6 показано, каким образом все три комплекса стратегий могут быть использованы для формулирования случая и иерархизации терапевтических целей. Наконец, в главе 7 подчеркивается принципиальная важность экспертной консультационной группы, предусмотренной комплексной ДПТ, и рассматривается ее работа. Экспертная консультационная группа — это команда психотерапевтов, которая ведет группу клиентов и одновременно применяет ДПТ по отношению к себе. Группа совершенствует терапевтические навыки и обеспечивает своим участникам эмоциональную поддержку, необходимую, чтобы справиться с трудностями, возникающими тогда, когда клиенты находятся в ситуации дистресса либо испытывают сильную душевную боль. Понимание ДПТ начинается с понимания ключевой проблемы — стойкой эмоциональной дисрегуляции.

ПРОБЛЕМА СТОЙКОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ

Линехан связывала происхождение и дальнейшее развитие ПРЛ с биосоциальной теорией эмоциональной дисрегуляции. С тех пор ДПТ была адаптирована для работы с рядом расстройств и групп клиентов (например, при злоупотреблении психоактивными веществами, булимии, социопатии и прочих расстройствах личности), но в центре ее по-прежнему остается биосоциальная теория (см. последние исследования Crowell, Beauchaine, & Linehan). Данная теория предполагает, что стойкая эмоциональная дисрегуляция возникает из сочетания биологической уязвимости и инвалидирующего¹ окружения. Эмоциональная дисрегуляция — это неспособность, несмотря на максимальные усилия, изменять или управлять собственными эмоциональными реакциями, переживаниями, действиями, вербальными реакциями и/или невербальным выражением при нормальных условиях. Эмоциональная дисрегуляция является стойкой в том случае, когда неспособность контролировать эмоции касается широкого диапазона эмоций, проблем и ситуативных контекстов (Linehan, Bohus, & Lynch, 2007). Подобные трудности с дисрегуляцией приводят к неадекватному поведению (такому как суицидальное поведение, принудительная элиминация пищи, злоупотребление психоактивными веществами), поскольку данные типы поведения обеспечивают регуляцию эмоций либо представляют собой последствия неудачной эмоциональной дисрегуляции.

¹ От англ. *invalidate* — делать недействительным, аннулировать. — Примеч. ред.

Биосоциальная теория: влияние биологической уязвимости и инвалидирующего окружения

Биологическая уязвимость и ее последствия

М. Линехан выдвинула гипотезу, что уязвимости личности способствуют следующие три биологические характеристики. Во-первых, люди, склонные к эмоциональной дисрегуляции, характеризуются быстротой реакций и их низким порогом (высокая сенситивность). Во-вторых, они переживают и выражают эмоции очень интенсивно (высокая реактивность), и такая повышенная активация также дисрегулирует когнитивные процессы. В-третьих, они длительное время находятся в состоянии возбуждения (медленное возвращение к базовому состоянию). Действительно, имеющиеся данные позволяют предположить, что лица, удовлетворяющие критериям ПРА, характеризуются более частыми, интенсивными и длительными негативными состояниями (Stiglmayr et al., 2005) и что биологическая уязвимость может усиливать трудности в управлении эмоциями (например, Juengling et al., 2003; Ebner-Priemer et al., 2005).

Рассмотрим влияние такой биологической уязвимости. Трудности в управлении эмоциями означают сложности в регуляции большинства аспектов нашей жизни: то, что мы делаем, и то, кем мы являемся, в основном зависит от стабильности настроения и адекватной эмоциональной регуляции. Одно и то же действие может восприниматься как легкое или сложное в зависимости от нашего настроения. Для примера возьмем знакомую всем ситуацию общения с незнакомыми людьми на вечеринке. Если у вас отличное настроение, вы болтаете с самыми интересными людьми в зале; если же вы не уверены в себе и чувствуете себя незащищенными, вы стоите под стенкой, едва глядя на людей. Или же вы отложили выполнение какого-либо неприятного дела на несколько месяцев. А потом, когда у вас было хорошее настроение, вы — вуаля! — справились с ним за полдня. Те из нас, кто управляет своими эмоциями без значительных усилий, считают такую способность естественной. Время от времени у нас бывают ситуации, когда наше поведение зависит от эмоций, но в большинстве случаев мы выкарабкиваемся.

А теперь представьте, что по причине биологической уязвимости ваши эмоции, наоборот, поражают разнообразием. Вы не можете предсказать, в каком настроении окажетесь. Если ваше поведение крайне разнится в зависимости от настроения, можете ли вы предугадать, будете вы дикарем или компанейским человеком в неформальном общении с людьми? Если вы способны отвечать за свои действия, когда в достаточной мере эмоционально собраны, становитесь ли вы несознательным и неприлежным, ког-

да эмоции берут над вами верх? Вас исключали из школы или увольняли с работы? Можете ли вы сказать, что ваша способность выполнять какие-либо обязанности не в вашей власти, а зависит от эмоционального состояния? Влияние такой непредсказуемой уязвимости сказывается на всех сферах жизни. Как в страшном сне, ваши усилия постоянно оказываются напрасными или оборачиваются катастрофой. Данная биологическая уязвимость усугубляется, а в некоторых случаях даже формируется в результате взаимодействия эмоционально уязвимой личности и инвалидирующего социального окружения.

Инвалидирующее окружение и его влияние

Давайте сначала поговорим об эмоциональном развитии в оптимально валидирующем окружении. Эмоции вызывают быструю реакцию во всем нашем теле: наша физиология, восприятие, действия и когнитивные процессы активизируются, чтобы мы могли адаптироваться к непрекращающимся внешним и внутренним изменениям. Мы слышим неожиданный шум, и сразу же возникает эмоциональная реакция, благодаря которой мы ориентируемся, вследствие чего оказываемся в состоянии готовности. Когда эмоциональное развитие происходит в здоровых условиях, родители или воспитатели обращаются с ребенком таким образом, который укрепляет связи между внешними стимулами, первичными эмоциями и социально уместным внешним проявлением эмоций, в то же время ослабляя связи с социально неуместным проявлением. Реакции наших близких валидируют все эффективное, адекватное и целесообразное в наших ответных действиях и нивелируют все неэффективное, неадекватное и лишённое смысла. Например, на основании таких процессов социализации мы учимся интерпретировать определенные звуки как внешний стимул для возникновения интереса или страха, а также учимся модулировать способы выражения наших чувств. Валидирующие реакции других людей учат нас применять эмоции для понимания происходящего внутри и вокруг нас как моментальной информации о нашем собственном состоянии и наших потребностях, принимая во внимание наше окружение. В оптимальном окружении воспитатели обеспечивают соответствующее обстоятельству, адекватное снижение интенсивности наших сильных эмоций. Они помогают личности укрепить и улучшить естественные адаптивные, организующие и коммуникативные функции эмоций.

Конечно, никому из нас не достается безупречно оптимальное окружение. Даже самые лучшие родители могут уставать и находиться в состоянии стресса. Они сами бывают беспокойными, сердитыми или подавленными. В подобном сниженном настроении они могут наказывать за

выражение первичных эмоций или делать так, чтобы они были минимизированы. В результате мы усваиваем более или менее дисфункциональные способы выражения и осмысления наших эмоций. Вместе с тем, более серьезные проблемы возникают тогда, когда воспитатели *регулярно и последовательно* не способны отвечать на первичные эмоции и их выражение согласно нашим потребностям. Стойкая инвалидация происходит тогда, когда в большинстве случаев воспитатели или родители воспринимают наши первичные реакции как неправильные, неуместные, патологические или не заслуживающие того, чтобы их принимали всерьез. Первичные реакции интереса постоянно подавляются или высмеиваются; естественная потребность в утешении регулярно игнорируется или осуждается; искренние побуждения ставятся под сомнение или неверно истолковываются. Таким образом, человек учится избегать, блокировать и контролировать свои собственные природные наклонности и первичные эмоциональные реакции. Подобно подопытному животному, запертому в клетке с находящейся под электрическим напряжением сеткой на полу, человек учится избегать любого шага, ведущего к боли и инвалидации.

Например, допустим, что, в отличие от моих братьев и сестер с лучшей эмоциональной регуляцией, я высказывала большую потребность в любви либо выражала эмоции дольше по времени или интенсивнее, нежели допускали мои родители, чем систематически вызывала нетерпение и презрение (инвалидация). В конце концов я пытаюсь контролировать свое поведение, возможно, за счет того, что учусь подавлять внешнее выражение моей потребности в любви и, может быть, даже игнорирую мои личные переживания такой потребности. В стойком инвалидирующем окружении вырабатывается условный рефлекс в связи с переживанием чувства страха — мы не только избегаем касаться бьющую током сетку инвалидации, но также избегаем каких-либо личных переживаний (мыслей, ощущений или эмоций), способных привести нас к этой сетке. Мы становимся повышенно чувствительными ко всем внешним признакам, сигнализирующим об опасности болезненного столкновения с инвалидацией. Мы фобически боимся собственных обоснованных, естественных реакций. Опыт стойкой инвалидации делает людей чрезмерно чувствительными не только к инвалидации со стороны других, но также и к собственным реакциям, обоснованным или нет, которые могут стать поводом для инвалидации со стороны других. Естественная реакция по производимому эффекту часто может сравниться с падением паука за пазуху человека с арахнофобией.

Согласно теории М. Линехан, различные комбинации биологической уязвимости и социальной инвалидации могут привести к приблизительно

похожим жизненным ситуациям. Люди также могут пройти различные пути развития и в итоге столкнуться с одними и теми же трудностями. Для людей с высокой биологической уязвимостью в отношении эмоциональной дисрегуляции даже “нормального” уровня инвалидации может оказаться достаточно, чтобы создать серьезные проблемы. Как и люди с синдромом дефицита внимания, они сталкиваются с огромными, но трудными для понимания проблемами. Например, если ребенок с “нормальным” вниманием играет в настольную игру с ребенком, имеющим синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), и при этом они слишком шумят, строгого окрика “А ну-ка, тихо там!” от взрослого на кухне будет достаточно для того, чтобы ребенок с “нормальным” вниманием послушался. Но ребенку с СДВГ, вероятно, будет нужно, чтобы взрослый пришел и дал пошаговую консультацию: “Нет. Сейчас не твоя очередь. Отдай кубики Джоуи. Солнышко, посмотри на меня. Брось кубики. Спасибо. Хорошо, а теперь смотри. Сейчас очередь Джоуи. Нет, положи руки на колени. Вот так. Давай посмотрим, ему выпало пять...”, и так далее. Время и практика превращают такой коучинг в саморегуляцию. Подобный коучинг необходим людям, которые пытаются справиться со стойкой эмоциональной дисрегуляцией. Как и в случае с дефицитом внимания, внешнее руководство и структурирование требуются для развития эмоциональной саморегуляции. Не многие родители знают, как обеспечить такую помощь; большинство из них могут оказаться не в состоянии справиться с удовлетворением всех потребностей крайне уязвимого ребенка. Как следствие, подобные эмоционально уязвимые дети редко обучаются эффективным стратегиям для регуляции своих зашкаливающих эмоциональных переживаний. ДПТ имеет дело с подобного рода недостатком и непосредственно обучает навыкам, необходимым для эмоциональной регуляции.

Другие люди вступают в жизнь с низкой биологической уязвимостью, но сталкиваются с запредельной и стойкой инвалидацией в то время, когда у них появляются трудности с управлением эмоциями. Сексуальное насилие над детьми является классическим примером инвалидирующего окружения в отношении ПРЛ (Wagner & Linehan, 1997, 2006). Тем не менее, не все люди, соответствующие критериям ПРЛ, сообщают о сексуальном насилии, и не все лица, подвергшиеся сексуальному насилию в детском возрасте, обнаруживают признаки ПРЛ. Остается неясным, каким образом объяснить индивидуальные различия (в частности, см. Rosenthal, Cheavens, Lejuez, & Lynch, 2005, — направление исследований, в котором начинают сводиться воедино опосредованные факторы между симптомами ПРЛ и сексуальным насилием в детском возрасте). В связи с вышеизложенным Линехан (1993а) утверждает, что причина проблем гораздо чаще лежит в

столкновении со стойкой инвалидацией, чем каким-либо другим определенным видом травм. Подобные истории делают людей чрезвычайно чувствительными к инвалидации.

Описанные мной трудности, следовательно, проистекают из основной проблемы — эмоциональной дисрегуляции. Когда окружение не удовлетворяет наши потребности, биологическая уязвимость либо стойкая инвалидация вынуждает нас усваивать ряд проблемных стратегий эмоциональной регуляции. Когда наши базовые переживания и выражение эмоций вызывают чувство дискомфорта у других людей, которые скорее отвернутся и осудят нас, чем помогут и поддержат, мы понимаем, что то, кем мы являемся, и то, как мы себя ведем, вызывает отторжение у других. Таким образом, мы учимся избегать наших собственных обоснованных первичных реакций и вместе с тем разрабатываем привычные способы притупления эмоций, маскировки и/или искажения наших переживаний и выражения эмоций. Избегание может быть очень ловким: мы защищаемся, когда чувствуем в друге малейшую невнимательность к нашему рассказу, с помощью того, что говорим не то, что собирались сказать, а нечто менее рискованное в смысле самораскрытия; бессознательно мы мгновенно избегаем способного уязвить нас ощущения грусти или стыда, вместо этого испытывая раздражение. Избегание может быть очевидным бегством из всех сил: наше эмоциональное состояние вызывает такое отвращение, что мы бессознательно пытаемся избежать его с помощью диссоциации² или обращаемся к таким отчаянным методам, как умышленное нанесение себе телесных повреждений во избежание боли душевной. Хотя такое научение негативно сказывается на всех нас, люди, склонные к эмоциональной дисрегуляции, сталкиваются с более стойкой социальной инвалидацией и доходят до того, что меняют стратегии, чрезмерно регулирующие эмоции и их выражение, на стратегии, недостаточно их регулирующие. Такое проблемное поведение серьезно вредит качеству жизни клиентов и терапевтическому процессу, и будет рассмотрено далее.

Диалектическая дилемма: вторичные поведенческие паттерны

Попытки справиться с эмоциональной уязвимостью и продолжающаяся инвалидация часто ставят клиента перед дилеммой: сверхрегуляция или недостаточная регуляция эмоциональных переживаний и их выра-

² Диссоциация — механизм психологической защиты, в результате работы которого индивид начинает воспринимать происходящее с ним так, будто оно происходит с кем-то посторонним. Такая позиция защищает от избыточных, непереносимых эмоций. — *Примеч. ред.*

жения? М. Линехан назвала такие шаблоны “диалектической дилеммой”, поскольку основополагающая идея диалектики состоит в том, что каждая отдельная позиция содержит свою собственную антитезу или противоположность. Неизбежные неудачи клиента в его эмоциональной регуляции приводят к возрастанию инвалидации (“Почему ты так остро реагируешь?”, “Ты с ума сошел!” или “Да не обращай ты на это внимания!”), которая, в свою очередь, приводит к отчаянным попыткам саморегуляции, чтобы избежать дальнейшей инвалидации. И наоборот, клиент может начать более интенсивно выражать свои эмоции в попытке объяснить, почему его реакции обоснованны и уместны (“Я не сумасшедший!”, “Ты не понимаешь!”). Со временем развиваются общие поведенческие паттерны в ответ на попытки клиента решить эту дилемму, сопряженную со стойкой эмоциональной дисрегуляцией. На основании клинических наблюдений Линехан выделила три модели, описывающие, как клиент переключается от недостаточно регулируемого состояния, в котором он перегружен эмоциональными переживаниями, к сверхрегуляции с избеганием эмоциональных переживаний.

Эмоциональная уязвимость и самоинвалидация

Биологическая уязвимость и стойкая инвалидация приводят к болезненно повышенной чувствительности. Самый слабый раздражитель способен вызвать душевную боль, сравнимую с получением ожога третьей степени. Поскольку человек не может контролировать возникновение и окончание событий, вызывающих эмоциональную реакцию, он отчаянно нуждается в чем угодно, что способно избавить от боли. Для многих по ощущениям это похоже на то, будто их физическое тело не способно противостоять силам, яростно на него бросающимся. Даже дисрегуляция положительных эмоций способна вызвать боль. Например, клиент рассказывает: “Я был в таком восторге, когда увидел своих друзей, что не мог этого перенести. Я смеялся слишком громко, говорил слишком много — все, что я делал, было для них чрезмерно”. “Эмоциональная уязвимость” касается не только повышенной чувствительности, но и ее последствий для жизни болезненно чувствительного человека. Неизбежные ежедневные переживания вызывают сильную душевную боль, и это в конце концов приводит к тому, что эмоции сами по себе становятся травмирующими: в такой ситуации человек не может сказать, когда эмоции возьмут над ним верх и причинят вред. Поведение становится совершенно непредсказуемым, поскольку привязано к эмоциональному состоянию, которое человек не может контролировать. Эта непредсказуемость приводит к обману ожиданий как самого клиента, так и других, и в итоге все чувствуют себя разочарованными. Человек

отчаивается, поскольку считает свою эмоциональную сенситивность биологически неотъемлемой особенностью своего темперамента, следовательно, чем-то, что никогда не изменится. Клиент чувствует, что попал в сети кошмара дисконтроля. Жизнь превратилась в постоянную битву за то, чтобы пережить обычные события дня. В такой ситуации суицид может показаться единственным способом, который поможет избежать дальнейших мучительных страданий. Самоубийство также может быть последним ответом другим людям на их неотзывчивость.

Для людей с болезненной сенситивностью почти каждое терапевтическое действие вызывает душевную боль, так же, как причиняет боль удаление омертвевших тканей при лечении серьезных ожогов. Чувствительность к критике делает болезненной обратную связь. Как можно было убедиться на примере Мэри в начале данной главы, эмоциональная дисрегуляция во время психотерапевтических сессий (диссоциация, паника, сильное раздражение) препятствуют выполнению терапевтических заданий. Генерализация достигнутых во время сессии изменений становится невозможной по причине эмоциональной дисрегуляции в повседневной жизни. Психотерапия сама по себе может быть травмирующей, поскольку клиент не способен регулировать вызванные ею эмоции и поэтому часто стыдится своей беспомощности перед лицом сильных эмоций. Принятие эмоциональной уязвимости означает, что психотерапевт должен понимать и считаться с интенсивной болью, которая является частью жизни человека без “защитной оболочки”.

Люди учатся реагировать на свою постоянную уязвимость в плане эмоциональной дисрегуляции, инвалидируя самих себя, точно так же, как делали другие. Самоинвалидация имеет как минимум две формы. В первом случае человек строго осуждает свою дисрегуляцию (“Я не должен быть таким”). В данном случае он пытается контролировать и избегать естественных первичных реакций. Когда это не получается, он отворачивается от себя с обвинениями и ненавистью к себе. Умышленные самоповреждения могут быть наказанием за неудачу. Во втором случае человек может отрицать и игнорировать свою уязвимость в плане дисрегуляции (“Я не такой”), блокировать эмоциональные переживания и иметь недостижимо высокие или перфекционистские ожидания. Тем самым он преуменьшает сложность решения жизненных проблем и не в состоянии признать, что ему требуется дополнительная помощь. Данный поведенческий паттерн часто мешает изменениям, поскольку человек не станет терпеливо обучаться методом проб и ошибок, чтобы овладеть стратегиями самоуправления.

Активная пассивность и ложная компетентность

Со временем человек учится реагировать пассивно, когда остается один на один с проблемами, превосходящими его возможности, при этом сложность их решения преуменьшается. Порой пассивность способна активизировать других. Вид беззащитной женщины, безнадежно смотрящей на спущенную шину на обочине дороги в неблагополучном районе, способен побудить кого-нибудь остановиться и помочь. Если на помощь никто не приходит, она может начать выражать еще больший стресс — лихорадочно смотреть на часы и плакать. Активная пассивность — это склонность пассивно реагировать на проблемы в условиях недостатка помощи, в то же время выражая стресс таким образом, чтобы вызвать у других активные действия.

Например, Марк, упомянутый в начале главы, едва перебивается, подрабатывая программистом, потому что его перфекционизм³, прокрастинация⁴ и переменчивость настроения привели к срыву сроков многих проектов — столь многих, что его последний работодатель не стал продлевать контракт. Опустошенный и пристыженный, он прячется, не отвечая на звонки и складывая письма в ящик стола нераспечатанными. Когда терпение арендодателя Марка иссякло, он попросил его съехать. Вместо того, чтобы искать новое жилье, Марк проводит дни в постели и молчит на терапевтических сессиях, несмотря на все усилия психотерапевта подтолкнуть его к активному решению проблемы. Марк ощущает себя не способным делать то, что нужно, и он действительно не способен действовать без дополнительной помощи. Если бы он просто сломал ногу, помощь ожидалась бы в ближайшее время. Однако, не видя особых причин для страданий, другие считают его ленивым. Когда он просит других о помощи, пользы от этого мало — они считают его требовательным и плаксивым. Марку же ситуация кажется безнадежной, независимо от того, что он делает. С точки зрения психотерапевта ситуация становится критической, однако этот кризис легко бы разрешился, если бы Марк боролся более активно (например, искал в Интернете другое жилье). Когда подобная модель активной пассивности становится привычной, жизнь становится все более стрессогенной по мере того, как проблемы остаются нерешенными; она

³ Перфекционизм (от фр. *perfection* — совершенствование) — убеждение, что идеал может и должен быть достигнут. В патологической форме — убеждение, что несовершенный результат работы не имеет права на существование. — *Примеч. ред.*

⁴ Прокрастинация (от англ. *procrastination* — задержка, откладывание) — склонность человека к постоянному откладыванию даже важных и срочных дел, приводящая к жизненным проблемам и болезненному состоянию. — *Примеч. ред.*

отталкивает тех, кто мог бы помочь; таким образом, суицид оказывается одним из способов сообщить о необходимости дополнительной помощи.

Ложная компетентность очень опасна. В какой-то момент клиент показывает себя способным справиться с ситуацией, а затем (неожиданно для сторонних наблюдателей), в другой момент, этой способности будто и не существовало. Клиенты научились “казаться компетентными”, то есть скрывать свою уязвимость и эмоции таким образом, чтобы со стороны была заметна лишь малая их часть. Часто клиенты способны вербализировать свои негативные эмоции, но на невербальном уровне не проявляют ни малейшего дистресса. При этом сами они чувствуют себя так, будто только что прокричали о своем дистрессе — они настолько сенситивны по отношению к собственным переживаниям, что, даже просто о них сообщая, чувствуют себя так, будто их лишили кожи. Если вербальное и невербальное выражение эмоций не конгруэнтны, мы склонны переоценивать точность невербального. Психотерапевт (и другие люди в жизни клиента), скорее всего, в этих случаях превратно поймет его состояние. Если клиент произносит фразу “Это действительно беспокоит меня” спокойным голосом, легко подумать, что на самом деле он, по сути, в порядке, и упустить из виду истинное переживание крайне интенсивного, но не выражаемого дистресса. Второй вариант ошибочной интерпретации может возникнуть из типичного предположения, что поведение генерализуется (то есть, если я дружелюбный и общительный на одной вечеринке, значит, я буду дружелюбным и общительным также и на другой). Тем не менее, как было сказано выше, настроение влияет на то, сложно или легко нам будет реализовать тот или иной тип поведения. Когда основной проблемой является эмоциональная дисрегуляция, клиент слабо контролирует свое эмоциональное состояние и, следовательно, плохо способен управлять своим поведением. Со временем это приводит к неустойчивой и зависимой от внешних условий компетентности. При этом сам клиент и люди из его окружения будут ожидать последовательности и повторяемости и снова и снова будут удивлены, когда компетентность не окажется устойчивой, как это могло бы быть у людей с более стойкой эмоциональной регуляцией. Поскольку другие неверно воспринимают ситуацию, они непреднамеренно создают инвалидирующую обстановку, будучи не способными помочь, так как не замечают дистресса. В худшем случае другие воспринимают отсутствие ожидаемой компетентности как попытку манипуляции, что уменьшает желание помочь.

Стойкий кризис и подавленная боль

Стойкий кризис означает самовоспроизводящееся поведение, когда человек создает себе невыносимые условия жизни. Так, эмоционально уязвимый человек способен повести себя импульсивно, чтобы ослабить дистресс; это, в свою очередь, приводит к дополнительным проблемам, которые нарастают как снежный ком и ведут к еще более сложным проблемам.

Например, Мэри “потеряла самообладание” на работе, ее собираются уволить, что влечет за собой выселение из квартиры. Другая клиентка в гневе сорвалась на социального работника и этим прервала интервью. Это означает, что животрепещущий жилищный вопрос остался нерешенным. Когда назначить другую встречу не удалось, клиентка в конце концов оказалась в приюте для бездомных. Во время пребывания в приюте она подверглась воздействию множества раздражителей, напоминающих о пережитом в прошлом изнасиловании, что вызывает ежедневные вспышки воспоминаний и панические атаки. Подобный стойкий кризис способен настолько подавлять терапевтический процесс, что становится сложно добиться какого-либо прогресса.

Подавленная боль — бессознательное, не зависящее от воли человека избегание болезненных эмоциональных переживаний, торможение естественного развития эмоциональных реакций. Некоторые наши клиенты пережили действительно тяжелые трагедии. Они могут подавлять боль, связанную с детскими травмами или ревиктимизацией во взрослом возрасте, либо боль, вызванную недавними потерями, являющимися последствиями дезадаптивных попыток совладать со стрессом или чрезмерными неудачами. Чтобы прекратить душевную боль, они используют тактику избегания, что неумышленно усиливает сенситивность к эмоциональным раздражителям и реакциям. Некоторые клиенты постоянно переживают какие-либо потери, начинают горевать, непроизвольно подавляют этот процесс, избегая или отвлекаясь от действующих раздражителей, начинают процесс заново и таким образом циклически идут от раздражителя к избеганию, снова и снова. Такие люди не способны в полной мере ни пережить реакцию на болезненные события, ни принять ее как часть себя, и поэтому не могут разрешить ситуацию.

Три поведенческих паттерна, о которых говорилось выше, являются последствиями развития гремучей смеси биологической уязвимости и социальной инвалидации. В то время как у большинства людей развиваются привычные, пусть и несколько проблемные, реакции на собственную душевную боль, эти три паттерна просто сеют хаос.

Повседневная жизнь и психотерапия в частности создают череду эмоциональных раздражителей: поведение самого клиента или окружающих

людей может стимулировать дисрегуляцию. Подобные вторичные реакции на дисрегуляцию, заставляющие клиента метаться между сверхрегуляцией и недостаточной регуляцией эмоций, создают дальнейшие серьезные проблемы. Как следствие, поведенческие паттерны сами по себе становятся терапевтическими целями в ДПТ.

Подводя итог вышесказанному, можно утверждать, что принципиально важным элементом ДПТ является биосоциальная теория расстройства. Она предполагает, что: 1) проблемное или неупорядоченное поведение, в частности крайне дисфункциональное поведение, может быть результатом эмоциональной дисрегуляции либо попыток контролировать свои эмоции; 2) инвалидация играет определенную роль в поддержании проблем с эмоциональной регуляцией; 3) общие поведенческие паттерны развиваются по мере того, как человек пытается регулировать свои эмоции и борется с инвалидацией; эти паттерны в свою очередь становятся проблемами, требующими решения. Таким образом, принцип комплексной терапии, лежащий в основе ДПТ, предполагает обучение и поддержку в управлении эмоциями и восстановление естественной организации эмоций и их коммуникативной функции.

ДИАЛЕКТИКО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД К СТОЙКОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ

В ДПТ стойкая эмоциональная дисрегуляция и последующие общие поведенческие паттерны, формирующиеся по мере увеличения количества попыток с ней совладать, лечатся следующими методами: комбинацией базовых терапевтических стратегий — изменения и принятия — и диалектических стратегий, кратко изложенных в табл. 1.1, а также руководящей структуры, формирующей терапевтическую среду и определяющей приоритетность терапевтических задач и целей в зависимости от степени нарушения поведения клиента.

Базовые терапевтические стратегии

Стратегии изменений

Первый комплекс базовых стратегий ДПТ уделяет первоочередное внимание изменениям, соединяя в себе принципы и стандарты когнитивно-поведенческой и других теоретически совместимых стратегий для терапии стойкой эмоциональной дисрегуляции. Анализ поведенческой

цепочки — форма функционального анализа — используется для определения контролирующих переменных, лежащих в основе конкретных проблем, которые выступают терапевтическими целями (например, нанесение самоповреждений). Формулирование случая в ДПТ основывается на функциональных моделях, выявленных в результате такого анализа. Терапевтический план уделяет внимание тому, что должно быть изменено в поведенческой цепочке, чтобы клиент не переходил к проблемному поведению. Некоторым клиентам, подобным вышеупомянутому Марку, недостает элементарной способности к эмоциональной регуляции, и, следовательно, решение проблемы в ДПТ отчасти состоит в обучении навыкам, необходимым для восполнения этого дефицита.

Тренинг навыков будет рассмотрен в данной главе позднее. Но овладения навыками не всегда достаточно. Например, способности, имеющиеся у Марка, часто нарушаются вызывающими определенную реакцию эмоциями, проблемными непредвиденными обстоятельствами и дисфункциональными когнитивными процессами. В связи с этим стратегии изменения в ДПТ включают в себя не только тренинг навыков, но также три прочие группы когнитивно-поведенческих процедур: экспозиционную терапию, ситуационное управление и когнитивную модификацию. Однако, поскольку стойкая эмоциональная дисрегуляция приводит к тому, что поведение начинает зависеть от настроения, а также к возникновению кризиса, диалектико-поведенческому терапевту часто приходится видоизменять стандартную когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), чтобы интервенция имела успех. Подобные видоизменения подробно описаны в главе 3. Стратегии изменения также включают техники, направленные на повышение мотивации клиента и его осознанной готовности к изменению. Среди них стратегии заманчивого предложения, адвоката дьявола, шейпинга и другие, перечисленные в табл. 1.1. Необходимой для успеха ДПТ является поведенческая диагностика, неумение осуществлять которую может стать серьезной преградой для психотерапевта, желающего работать в области ДПТ.

ТАБЛИЦА 1.1. Краткий обзор базовых стратегий ДПТ

Стратегии поведенческих изменений (ориентированы на изменения)

- Анализ поведенческих цепочек.
- Анализ заданий.
- Анализ способов решения проблем.
- Тренинг навыков (см. табл. 1.2).
- Самомониторинг: дневник клиента.

-
- Экспозиция.
 - Ситуационное управление.
 - Когнитивная модификация.
 - Дидактические стратегии (обучение психологической самопомощи).
 - Ориентирование.
 - Стратегии готовности к изменениям:
 - за и против;
 - заманчивое предложение;
 - высокая планка;
 - свобода выбора и отсутствие альтернатив;
 - старые ресурсы;
 - адвокат дьявола;
 - шейпинг.

Стратегии валидации (ориентированы на принятие)

- Эмпатия + сообщение того, что точка зрения клиента в некотором смысле обоснованна:
 - уровень 1: слушайте с полным вниманием; будьте бдительны;
 - уровень 2: точно повторите полученную от клиента информацию;
 - уровень 3: артикулируйте невербализированные эмоции, мысли или поведение;
 - уровень 4: опишите, каким образом поведение клиента обосновано с точки зрения его прошлого опыта или биологии;
 - уровень 5: активно обосновывайте рациональность поведения клиента при данных обстоятельствах и проговаривайте это;
 - уровень 6: будьте совершенно искренни.

Диалектические стратегии

- Диалектические предположения и диалектическая позиция.
 - Диалектическое равновесие:
 - стратегии изменений и валидации;
 - стилистические стратегии: реципрокность и конфронтация;
 - стратегии сопровождения: консультирование клиента и средовая интервенция.
 - Специфические диалектические стратегии:
 - диалектический анализ;
 - вхождение в парадокс;
 - метафора;
 - адвокат дьявола;
 - буквальное восприятие;
-

-
- пробуждение мудрого разума;
 - обращение недостатков в достоинства;
 - признание естественных изменений.
-

Стратегии валидации

Второй комплекс стратегий в ДПТ ориентирован на принятие. Например, история Марка сделала его чрезвычайно чувствительным к валидации. Такая сенситивность привела к тому, что он остался без работы: требования начальника изменить поведение обескуражили его, а попытки предыдущего психотерапевта помочь ему измениться соответствующим образом в ответ на низкую оценку его эффективности были для него мучительны. Большинство реакций Марка были неэффективны, и их нужно было менять, однако клиенты, подобные ему, воспринимают процесс изменения как невыносимый.

В таких случаях стратегии валидации играют важнейшую роль. Валидация уходит своими корнями в клиент-центрированную традицию (Linehan, 1997b; см. также замечательную работу “Пересмотренная эмпатия” (*Empathy Reconsidered*, Bohart & Greenberg, 1997). ДПТ определяет валидацию как эмпатию плюс сообщение того, что точка зрения клиента в некотором смысле обоснованна. Эмпатия подразумевает, что вы точно понимаете, как клиент видит мир со своей точки зрения; валидация же подразумевает также то, что вы активно даете клиенту понять, что его точка зрения оправданна.

Возможен соблазн рассматривать валидацию лишь как одно из условий, способствующих успеху психотерапии, как один из ее общих факторов, или свести ее к уровню конфеты, помогающей клиенту подсластить пилюлю — необходимость заняться “настоящим делом”, т.е. ориентированными на изменения стратегиями. Тем не менее, валидация сама по себе способна вызвать значительные изменения, если она активная, упорядоченная и точная. Применяемая искренне и со знанием дела, она снижает физиологическое возбуждение, являющееся естественным следствием инвалидации, а также помогает выявить более адаптивные эмоции. Применяя стратегии валидации, психотерапевт фокусируется на том, что валидировать (а что нет) и как валидировать. М. Линехан (1997b) выделила шесть уровней валидации, как показано в табл. 1.1; также она настоятельно рекомендует психотерапевтам валидировать на максимально высоком уровне. Стратегии валидации подробно будут рассмотрены в главе 4.

Диалектические стратегии

Противоречие между необходимостью принятия клиентом собственной действительной уязвимости и одновременными попытками убедить его пойти на необходимые изменения представляет для психотерапевта постоянную дилемму и нередко создает в терапии тупиковую ситуацию. Чтобы как-то сориентироваться, психотерапевт занимает диалектическую позицию и использует диалектические стратегии. Диалектика выступает одновременно и видением действительности, и методом убеждения. В обоих случаях основной идеей является то, что каждая позиция содержит свою собственную антитезу, или противоположность. Прогресс достигается тогда, когда две противоположные позиции объединяются методом синтеза. Другими словами, путь вперед возможен через принятие клиента и одновременное побуждение его к изменениям. Поляризация в таком случае естественна и ожидаема. Терапевтический прогресс возможен тогда, когда обе противоположности остаются активными. В ДПТ тупиковая терапевтическая ситуация сигнализирует о необходимости исследовать оба полюса диалектического противоречия.

Диалектические стратегии обеспечивают и психотерапевта, и клиента практическими средствами для сохранения гибкости среди противоречивых и даже несовместимых “истин”. Например, когда один из предыдущих психотерапевтов Марка слишком настойчиво подталкивал его к изменениям, Марк не пришел на следующую сессию. Когда психотерапевт сконцентрировал внимание Марка на принятии своей уязвимости, он впал в отчаяние и начал критиковать психотерапевта за бесполезность — а затем снова не явился на прием. Противоречие между принятием уязвимости и необходимостью изменений даже более заметно при работе с такими клиентами, как Мэри. Мэри и ее психотерапевт все-таки пережили сложную сессию, с описания которой началась данная глава. К концу сессии они разработали план выхода из кризиса, чтобы предотвратить суицидальную попытку со стороны клиентки. Хотя Мэри покинула кабинет в лучшем состоянии, психотерапевт все же опасался кризисного поведения с ее стороны. Вечером того же дня у Мэри была встреча с фармакотерапевтом. Желая быть откровенной, она описала ему, насколько сильно ей хотелось умереть; объяснила, что ей нравится ее новый психотерапевт, но она не уверена, что сможет следовать плану выхода из кризиса, который они составили; высказала опасения, что будет не способна контролировать свое суицидальное поведение. Фармакотерапевт пришел к выводу, что Мэри нуждается в госпитализации. Он направил ее в ближайшее отделение неотложной помощи на осмотр. На следующее утро, вместо ожидаемого звонка от Мэри, психотерапевт получил сообщение от дежурной

медсестры из местной психиатрической больницы: по дороге от фармакотерапевта до отделения неотложной помощи Мэри приняла большую дозу лекарств и была принудительно госпитализирована для наблюдения в течение трех суток.

Диалектическая позиция — это способность понять, что суицидальные клиенты вроде Мэри часто *одновременно* хотят и жить, и умереть. Произнесение фразы “Я хочу умереть” вместо совершенного тайно самоубийства содержит в себе противоположную позицию: “Я хочу жить”. Это не значит, что желание жить “более настоящее”, чем желание умереть: она искренне не хочет уходить из жизни. Точно так же и низкая вероятность того, что суицидальная попытка привела бы к смерти, не означает, что она на самом деле не хочет умереть. Это даже не говорит о том, что она делает выбор между двумя вариантами — она одновременно держится за обе противоположные позиции. Клиент смотрит на суицид как на единственную альтернативу невыносимой жизни. В диалектическом подходе вместо того, чтобы принять одну из позиций, психотерапевт соглашается с тем, что жизнь клиента невыносима и что необходимо найти выход, а затем предлагает другой путь, используя терапию, чтобы построить такую жизнь, которая действительно стоила бы того, чтобы жить. Как будет более подробно описано в главе 5, принятие диалектической позиции означает выбор такой картины мира, где вы сможете одновременно полностью принимать своего клиента и все происходящее и двигаться к необходимым переменам. Третий, и последний, комплекс базовых терапевтических стратегий предполагает способность удерживаться от упрощений и выйти за рамки компромиссов, чтобы найти действительно конструктивное сочетание способов решения проблемы и валидации, разума и эмоций, принятия и перемен.

Клиенты, прошедшие через повторяющиеся суицидальные кризисы и несколько госпитализаций в психиатрическую больницу, часто встречаются со сложным сплетением связанных между собой проблем. В этих сложных обстоятельствах с высокой степенью риска требуется нечто большее, чем только что описанные биосоциальная теория и базовые стратегии. Например, госпитализация одной клиентки повлекла за собой инвалидирующие отношения с недостаточно квалифицированным, измотанным персоналом учреждения, в котором она находилась. Единственным доступным для клиентки способом привлечь внимание и получить помощь оказалось выражение крайне сильных эмоций и неуправляемое поведение. В ее случае управление кризисом как временная мера помощи для решения острых проблем может в конце концов начать доминировать над терапией до такой степени, что действенная, эффективная работа ставит-

ся под сомнение. Возможно, обучение персонала лучшему реагированию могло бы быть хорошим долговременным решением проблемы. Тем не менее, поскольку уровень текучести кадров в учреждении просто зашкаливал, как бы человек ни был хорошо обучен, он едва ли продержался бы месяц. Вместо этого, возможно, более эффективным решением мог быть тренинг навыков клиентки, пока ее способности еще достаточно сильны, чтобы она могла регулировать свои эмоции, даже столкнувшись с инвалидацией со стороны персонала. Но для этого требуется время, и к тому же для кого угодно регулировать эмоции в столь хаотичной жизненной ситуации будет невероятно сложной задачей. Несомненно, что оставить клиентку в больнице без существенных изменений ситуации означает провоцировать дальнейшее развитие кризиса и новые госпитализации, в то же время внесение необходимых изменений в обстановку кажется чрезвычайно трудной, а может, и неосуществимой задачей.

Возможно, лучшим вариантом было бы подтолкнуть ее к тому, чтобы покинуть больницу. Но без присущей больнице дисциплины она скатится в бездеятельность и непрекращающееся пережевывание своих проблем. Ее родители впадут в панику при мысли, что им придется брать на себя ответственность за дочь, если она не останется в больнице, и неизвестно, станут ли они финансово поддерживать смену места жительства (или психотерапевта, который это предложил!). Для успешной социальной активности за пределами структурированной больничной среды ей необходима дружба, требующая лучших, чем у нее, социальных навыков. В свою очередь, это потребует от нее толерантности к вашей корректирующей обратной связи по поводу ее социальных навыков и возможности пройти групповой тренинг навыков — без того, чтобы впасть в дисрегуляцию и броситься вон из комнаты при первых признаках инвалидации.

С чего же начать? Термин Хорста Риттеля “злостная проблема” (Rittel & Webber, 1973) целиком определяет ситуацию, когда сложная взаимозависимость между проблемами мешает даже смоделировать путь решения одного аспекта проблемы, не создавая при этом других проблем. В случае с такими злостными проблемами существует столько сложных взаимосвязей и зависимостей между проблемами, что, начав работать над одной из них, психотерапевт вынужден взяться также и за несколько других.

Решение, которое предлагает ДПТ в случае со злостными проблемами, — создать структуру. ДПТ структурирует терапевтический процесс в зависимости от уровня расстройства клиента. Чем более нарушено поведение клиента, тем в большем количестве услуг он нуждается и тем более комплексной должна быть психотерапия. Кроме того, при работе с клиентами, пережившими повторяющиеся суицидальные кризисы, как Мэри,

ДПТ предлагает систему протоколов и процедур, структурирующих процесс принятия клинического решения и помогающих таким же образом, как в отделении интенсивной терапии рабочие протоколы и процедуры помогают скоординировать действия.

Структурирование терапевтической среды

Стандартная комплексная ДПТ, как было указано в руководствах и исследованиях, структурирована таким образом, чтобы обеспечить психотерапию, необходимую клиенту с серьезными поведенческими нарушениями для достижения приемлемого качества жизни. Комплексная терапия таких клиентов позволяет выделить пять функций с учетом воздействия стойкой эмоциональной дисрегуляции, о которой говорилось выше.

1. **Расширение возможностей клиента.** Люди со стойкой эмоциональной дисрегуляцией обычно недостаточно способны к эффективному управлению своими эмоциями; им необходимо осваивать новые навыки и иногда получать медикаментозную терапию, чтобы расширить свои способности.
2. **Повышение мотивации клиента к изменениям.** Как говорилось выше, клиенты часто чувствуют безнадежность в отношении возможности перемен и привыкли пассивно встречать проблемы; им нужна помощь в мотивации к тому, чтобы освоить новые виды реакций и пользоваться ими.
3. **Генерализация приобретенных навыков на ситуации реальной жизни.** Поскольку эмоциональная дисрегуляция препятствует немедленному применению только что освоенных реакций, необходимо стремиться к их обобщению и применению в обстоятельствах и условиях повседневной жизни.
4. **Расширение умений и повышение мотивации психотерапевта.** Эмоциональная дисрегуляция клиента, стойкий кризис, суицидальное поведение снижают мотивацию психотерапевта, который часто работает на пределе возможностей. Следовательно, психотерапевту также требуется поддержка, мотивация и возможность улучшать свои умения.
5. **Структурирование среды с целью поддержания возможностей клиента и психотерапевта** (Linehan, 1996, 1997a; Linehan et al., 1999). В ситуациях, когда интенсивные эмоции и кризис являются ожидаемой частью работы, каждый должен осознавать свою роль, понимать, что он должен делать, а что нет, для того чтобы обеспечить четкий, по-

следовательный и хорошо организованный подход. Когда терапия терпит неудачу, часто причина лежит в том, что та или иная из этих функций была нарушена; в результате потребности клиента и/или психотерапевта не удалось согласовать.

В стандартной комплексной ДПТ данные функции распределены между различными провайдерами услуг. В табл. 1.2 приведены перечисленные выше терапевтические функции и примеры видов услуг. Например, клиент в комплексной ДПТ может проходить еженедельную индивидуальную психотерапию, еженедельный групповой тренинг навыков, телефонный коучинг, а психотерапевт, в свою очередь, может принимать участие в проходящей раз в одну-две недели встрече экспертной консультационной группы. Клиент и психотерапевт формируют ядро терапевтической команды, к которой затем могут привлекаться другие специалисты и близкие люди. Необходимо, чтобы все участники команды разделяли основные принципы философии ДПТ. Терапевтические задания четко распределяются между участниками терапевтической команды, при этом психотерапевт и клиент несут ответственность за то, чтобы эти задания были распределены надлежащим образом.

ТАБЛИЦА 1.2. Функции и способы терапии в комплексной ДПТ

Функции	Способы терапии
Расширение возможностей клиента: помощь ему в освоении новых способов реагирования для осуществления эффективной деятельности.	Тренинг навыков (индивидуальный или групповой), фармакотерапия, психологический “ликбез”.
Повышение мотивации клиента к изменениям: закрепление клинического прогресса и помощь в снижении действия факторов, замедляющих прогресс или препятствующих ему (эмоции, усталости, внешнее поведение, факторы окружающей среды).	Индивидуальная психотерапия, терапия социального окружения.
Генерализация приобретенных навыков на ситуации реальной жизни: перенесение навыков, приобретенных в процессе психотерапии, в естественное окружение клиента и помощь ему в приспособлении освоенных реакций к изменчивым условиям естественного окружения.	Коучинг навыков, терапия социального окружения, терапевтическое сообщество, интервенция <i>in vivo</i> , просмотр записей терапевтических сессий, вовлечение членов семьи/друзей.

Функции	Способы терапии
Расширение умений и повышение мотивации психотерапевта: приобретение, обобщение и введение в использование совокупности когнитивных, эмоциональных, поведенческих и вербальных навыков, необходимых для эффективной терапии, включая закрепление реакций, которые способствуют терапии, и избавление от тех, которые ей препятствуют.	Супервизия, экспертная консультационная группа, непрерывное образование, руководства по терапии, мониторинг приверженности терапии и компетентности, стимулирование персонала.
Структурирование среды с целью поддержания возможностей клиента и психотерапевта: с помощью ситуационного управления в рамках терапевтической программы в целом, равно как и с помощью сопровождения клиента в пределах его ближайшего окружения.	Руководство клиники, взаимодействие с администрацией, сопровождение клиента, семейная и супружеская интервенция.

Роль тренинга навыков

Сессии индивидуальной психотерапии обычно переполнены задачами первостепенной важности и кризисами, что затрудняет акцент на пошаговом обучении навыкам. Следовательно, необходим групповой тренинг навыков. М. Линехан (1993b) взяла за основу различные протоколы, доказавшие свою эффективность, и самую существенную информацию разделила на четыре категории навыков, которые клиенты смогут осваивать и практиковать: осознанность, управление эмоциями, стрессоустойчивость и межличностная эффективность. В табл. 1.3 представлен полный перечень навыков по категориям. Диалектика принятия и изменения, обсуждавшаяся ранее, прослеживается и в навыках, которым обучают клиента.

ТАБЛИЦА 1.3. Диалектико-поведенческие навыки

Навыки, ориентированные на принятие	Навыки, ориентированные на изменения
<i>Базовые навыки осознанности</i>	<i>Управление эмоциями</i>
Придерживаться своего разума: <ul style="list-style-type: none"> • рациональный разум (логический анализ); • эмоциональный разум (эмоциональные переживания); • мудрый разум (добавление интуитивного знания к рациональному и эмоциональному). 	Изменение эмоциональных реакций: <ul style="list-style-type: none"> • проверка фактов; • оппозиционное действие (по отношению к эмоциям); • решение проблем. Снижение уязвимости: <ul style="list-style-type: none"> • накопление позитивных эмоций;

Навыки, ориентированные на принятие

Навыки осознанности категории “что”:

- наблюдение;
- описание;
- участие.

Навыки осознанности категории “как”:

- безоценочность;
- однонаправленность;
- эффективность.

Стрессоустойчивость и принятие

Кризисное выживание:

- работа с телом:
 - охлаждение лица;
 - интенсивные физические упражнения;
 - ритмическое дыхание;
 - попарная мышечная релаксация.
- Отвлекайтесь, используя мудрый разум:
 - активность;
 - помощь другим людям;
 - сравнение;
 - вызывание противоположных эмоций;
 - дистанцирование от проблемы;
 - контроль мыслей;
 - ощущения.
- Самоуспокоение с помощью органов чувств:
 - вкуса;
 - обоняния;
 - зрения;
 - слуха;
 - осязания.
- Улучшение настоящего момента:
 - воображением;
 - осмыслением;

Навыки, ориентированные на изменения

- усиление чувства контроля;
- заблаговременность поступков;
- забота о физическом здоровье;
- сбалансированное питание;
- избегание психотропных веществ, если они не были выписаны врачом;
- полноценный сон;
- физическая активность.

Межличностная эффективность

- Объективная эффективность:
 - описание проблемы;
 - выражение чувств;
 - настаивание на своем;
 - укрепление позиций;
 - осознание ситуации;
 - проявление уверенности;
 - ведение переговоров.
- Эффективность взаимоотношений:
 - вежливость;
 - заинтересованность;
 - валидация;
 - непринужденность;
- Эффективность самоуважения:
 - справедливость;
 - отказ от излишних извинений;
 - настаивание на своем;
 - честность.

Навыки, ориентированные на принятие**Навыки, ориентированные на изменения**

- молитвой;
 - релаксацией;
 - сосредоточением на происходящем;
 - отдыхом;
 - приободрением.
 - За и против:
 - принятие реальности;
 - готовность;
 - изменение мышления;
 - полное принятие;
 - осознанность.
-

Навыки осознанности и стрессоустойчивости ориентированы на принятие. Осваивая навыки осознанности, клиент постепенно становится способен полностью, добровольно и безоценочно принимать свой непосредственный опыт. Навыки осознанности также помогают клиенту воздерживаться от импульсивных поступков, и в своих действиях он начинает руководствоваться мудрым разумом — интуитивным соединением эмоционального и рационального — полностью принимает происходящее и адекватно на него реагирует.

Навыки стрессоустойчивости представляют собой навыки кризисного выживания, которые помогают переносить дистресс без совершения импульсивных действий, усугубляющих ситуацию. Также они включают в себя навыки принятия реальности, являющиеся психическими и поведенческими аналогами медитативных практик, направленных на развитие такого образа жизни, который будет наполнен осознанностью и мудростью.

Навыки управления эмоциями и межличностной эффективности, наоборот, направлены на изменения. Клиенты знакомятся с естественными и адаптивными функциями базовых эмоций и обучаются практическим методам для предотвращения эмоциональной дисрегуляции, для изменения либо ослабления отрицательных эмоций, а также для умножения своих положительных эмоций. Они учатся управлять межличностным конфликтом, просить о том, что им нужно, а также говорить “нет” таким образом, чтобы не терять свою позицию, одновременно сохраняя хорошие отношения и самоуважение.

При каждой возможности в течение терапевтической сессии или во время телефонного коучинга психотерапевт должен побуждать клиента к тому, чтобы он пробовал заменять дисфункциональные реакции соответствующими диалектико-поведенческими навыками. Индивидуальный психотерапевт всесторонне изучает такие навыки, чтобы на основании собственного опыта объяснить, как их использовать в сложных случаях.

Индивидуальный психотерапевт и экспертная консультационная группа

В комплексной ДПТ каждый индивидуальный психотерапевт является участником экспертной консультационной группы. Задача группы состоит в том, чтобы помочь психотерапевту обрести мотивацию и умения, необходимые для успешной терапии. Группа помогает психотерапевту четко концептуализировать трудности терапии и способы решения проблем, будь они следствием недостатка опыта психотерапевта, его собственных проблемных эмоций, установок либо непредвиденных обстоятельств, препятствующих терапевтическому процессу. Такой процесс экспертного консультирования служит обязательным элементом ДПТ и более подробно описан в главе 7.

Психотерапевт и другие участники экспертной консультационной группы приходят к согласию относительно комплекса конкретных предположений о клиентах, терапии и психотерапевтах, которые представлены в табл. 1.4. Это *предположения*, а не констатация фактов. Они представляют собой согласованные установки по умолчанию относительно образа ваших действий, особенно в решающую минуту.

Таблица 1.4. Предположения ДПТ относительно клиентов, терапии и психотерапевтов

Предположения относительно клиентов:

- клиенты делают все, что в их силах;
 - клиенты хотят стать здоровее;
 - клиенты не могут потерпеть неудачу в ДПТ;
 - жизнь людей, склонных к суициду, такая, какая она есть сейчас, невыносима;
 - клиенты должны обучаться новому поведению во всех соответствующих контекстах;
 - возможно, некоторые проблемы клиентов возникли не по их вине, но решать эти проблемы придется в любом случае им;
 - клиенты должны делать все лучше, стараться больше и/или быть более мотивированными к изменениям.
-

Предположения о терапии и психотерапевтах:

- самая большая забота, которую психотерапевт может проявить по отношению к клиенту, — это помочь ему измениться;
 - четкость, точность и сочувствие имеют первостепенное значение при проведении ДПТ;
 - отношения между психотерапевтом и клиентом — это настоящие отношения между равными людьми;
 - психотерапевт может потерпеть неудачу даже при проведении эффективной терапии, которая может не привести к желаемым результатам;
 - психотерапевты, работающие с клиентами со стойкой эмоциональной дисрегуляцией, а также с теми, чье поведение соответствует первому этапу, нуждаются в поддержке.
-

Данные предположения подобны нити Ариадны в лабиринте, ведущей психотерапевта к эмпатическому пониманию того, каково это — быть в шкуре клиента. Предположения начинаются с той идеи, что клиенты, как и все люди, делают все, что в их силах, а также что они хотят быть здоровее. Однако же на фоне неудач и мучительно медленного прогресса психотерапевту действительно легко впасть в отчаяние и действовать так, будто суть проблемы лежит в недостаточном желании со стороны клиента — он просто недостаточно сильно хочет измениться.

Но представьте себе ребенка, который всю весну тренировался в закрытом помещении, чтобы совершить свой первый прыжок в бассейн с 10-метрового трамплина. И вот в чудесный первый летний день у него соревнования. Среди зрителей сидит его семья, а он взбирается наверх, подходит к краю и смотрит вниз. Огромная волна страха и головокружения накрывает его; он отступает к лестнице, чтобы спуститься вниз, и наталкивается на взгляд своего отца. Сила его ободряющей улыбки возвращает ребенка к краю. Там он замирает. Это совсем не похоже на тренировки весной: нет ни шуток друзей, ни старательных объяснений тренера. Только тишина и ощущение страха и унижения. Он делает шаг назад от края. Хочет ли этот ребенок прыгнуть сейчас? Да! Больше всего на свете. Но страх стал несокрушимой стеной. Необходимое поведение не было проработано во всех соответствующих контекстах.

То же и с клиентами. Предположение, что они хотят стать здоровее и в каждый момент времени делают все, что в их силах, снова заставляет нас пересматривать факторы, препятствующие необходимому поведению. Можно предположить, что новое поведение должно быть проработано во всех соответствующих контекстах: то, что возможно во время сессии в условиях поддерживающей терапии, отличается от того, что возможно, когда

человек пребывает в одиночестве глубокой ночью. Мало кто из нас захотел бы поменяться местами с клиентами с выраженным дистрессом — их жизнь действительно невыносима, если ее не менять. Хотя клиенты действительно хотят стать здоровее и делают все, что в их силах, часто этого недостаточно. Они на самом деле должны стараться лучше и быть более мотивированными. По сути, мальчик на трамплине находится именно на своем месте: все, что требовалось для создания такой ситуации, где он замер на краю в положении между прыжком или возвращением обратно, было исполнено. Что-то где-то должно было пойти иначе, чтобы его прыжок состоялся.

То же мы можем предположить и в случае с нашими клиентами: психотерапия должна выявить, какой элемент требуется изменить, чтобы нужное поведение стало возможным. И хотя некоторые проблемы клиентов, возможно, возникли не по их вине, решать эти проблемы придется именно им. Психотерапевт делает предложение, что клиент не может потерпеть неудачу, но при этом воспринимает мотивирование и обеспечение готовности к изменениям как работу, требующую усилий и с его стороны. Можно провести подобную аналогию с химиотерапией: если пациент умирает, мы не виним его. Скорее уж можно предположить, что “лечение не удалось” из-за того, что врач не следовал инструкциям, или, возможно, что оно само по себе не совершенно и должно быть доработано. Однозначно согласившись с данными предположениями, психотерапевт и экспертная консультационная группа избегают непродуктивной поляризации и скорее возвращаются к безусловно результативной позиции феноменологической эмпатии.

Диалектическая позиция дает психотерапевту и экспертной консультационной группе информацию для обсуждения. Это означает, что поляризация оказывается ожидаемым явлением, так что ее скорее следует изучить, чем избегать. В любой момент времени можно предположить, что понимание всегда является частичным и какой-нибудь важный элемент всегда будет упущен. Например, психотерапевт просит, чтобы его проконсультировали по поводу работы с клиенткой. Группа сразу же вспоминает ее — та, что обычно выражала свой дистресс, возникший из-за отношений с мужем и состояния здоровья, столь драматичным, беспомощным образом, что уже лишила сил всех, кто ее поддерживает. Психотерапевт несколько недель о ней не упоминал. Группа не знает, что последние полтора месяца клиентка весьма эпизодически посещала индивидуальную психотерапию. Сейчас психотерапевт просит о помощи из-за того, что этим утром клиентка оставила сообщение, в котором вскользь упомянула, что

пыталась покончить с собой. Она приняла большое количество адвила⁵, пошла в отделение неотложной помощи и вскоре оказалась участницей лучшей в городе поддерживающей программы дневного стационара.

Психотерапевт вне себя от раздражения. В то время как другие участники экспертной консультационной группы выражают сочувствие и помогают психотерапевту спланировать дальнейшие действия, кто-нибудь из них, будучи частью диалектически ориентированной команды, вслух задаст вопрос: возможен ли вариант, что психотерапевт неумышленно подтолкнул клиентку к тому, чтобы выразить свой дистресс подобным неадекватным образом, поскольку не реагировал на ее слабые попытки коммуникации? Может быть, он тоже выдохся, как и остальные? Другой участник группы ответит тем, что, возможно, именно *группа* сыграла свою роль в формировании *психотерапевта*: может быть, нетерпеливость группы, связанная с медленным терапевтическим прогрессом, вызвала у психотерапевта сомнения в том, нужно ли просить у нее помощи в связи с эпизодическими появлениями клиентки и собственным эмоциональным выгоранием? Для диалектически ориентированной команды подобные диалоги представляют ценность, и не стоит смотреть на них как на раскол и часть патологического процесса клиента.

Роль индивидуального психотерапевта — то, на чем акцентирует внимание данная книга — заключается в работе с клиентом таким образом, чтобы продвигаться вперед в достижении всех терапевтических задач. В то время как остальные участники экспертной консультационной группы получают информацию, именно психотерапевту принадлежит львиная доля в терапевтическом планировании и урегулировании кризиса. В данной книге обрисована структура терапевтических приоритетов, конструирующая проведение индивидуальной психотерапии. В ДПТ психотерапевт структурирует терапевтический процесс в зависимости от степени нарушений клиента. При работе с клиентами с серьезными расстройствами терапевтическая среда имеет сложную структуру.

ИЕРАРХИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ И ЦЕЛЕЙ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Ключевым методом для структурирования и определения приоритетности множества терапевтических заданий является поэтапная иерархия терапевтических задач и целей. *Терапевтические задачи* — это желаемые ко-

⁵ Адвил — болеутоляющий лекарственный препарат, основным действующим веществом которого является ибупрофен. — *Примеч. ред.*

нечные результаты определенного этапа работы, имеющие ключевое значение. *Терапевтические цели* — это поведение, которое необходимо изменить — усилить или ослабить. ДПТ разделяет терапевтический процесс на этапы, основываясь на принципах здравого смысла: определять приоритетность той или иной проблемы следует исходя из угрозы, которую она несет приемлемому качеству жизни. Терапевтические задания организованы иерархично, так, что более важные задания имеют приоритет перед менее важными. М. Линехан (1996) описала ДПТ как терапевтический процесс, который можно разбить на пять этапов. В табл. 1.5 показана иерархия первоочередных целей для предварительного этапа психотерапии, а также ее первого и второго этапов. Кроме того, существуют второстепенные терапевтические цели. Они решают проблемы поведенческих паттернов и диалектических дилемм, о которых говорилось выше. Менее разработаны третий и четвертый этапы ДПТ, и о них можно найти меньше информации. Линехан утверждает, что на третьем этапе психотерапевт помогает клиенту синтезировать то, что он освоил на предыдущих этапах, повысить самооценку и чувство прочной коммуникации, а также работать над решением жизненных проблем. На четвертом этапе психотерапевт обращает основное внимание на чувство неполноценности, испытываемое многими людьми, даже когда жизненные проблемы в целом решены. Задание клиента состоит в том, чтобы отрешиться от своего эго и полнокровно проживать каждый момент “здесь и сейчас”, не пытаясь изменить происходящее. Хотя этапы терапии представлены линейно, прогресс часто бывает нелинейным, а этапы могут накладываться друг на друга. В случае возникновения проблем естественно вернуться к обсуждениям, проводимым на предварительном этапе психотерапии, чтобы возобновить работу над достижением терапевтических задач или восстановить следование определенным терапевтическим методам. По завершении этапа или перед перерывом, особенно если соответствующая подготовка проведена не очень хорошо, клиент может вернуться к поведению, характерному для первого этапа.

ТАБЛИЦА 1.5. Иерархия первоочередных и второстепенных терапевтических целей в соответствии с этапами индивидуальной психотерапии

Первоочередные поведенческие цели

Предварительный этап: согласие и осознанная готовность:

- согласие в вопросе терапевтических задач и методов;
- осознанная готовность работать над выполнением согласованного плана.

Первый этап: тяжелый поведенческий дисконтроль → поведенческий контроль

1. Снижение проявлений угрожающего жизни поведения:

- суицидальное или гомцидное кризисное поведение;
 - несуицидальное аутоагрессивное поведение;
 - суицидальные мысли и разговоры о суициде;
 - связанные с суицидом надежды и убеждения;
 - связанные с суицидом эмоции.
2. Снижение проявлений поведения, препятствующего терапевтическому процессу.
 3. Снижение проявлений поведения, ухудшающего качество жизни.
 4. Освоение поведенческих навыков:
 - осознанность;
 - стрессоустойчивость;
 - межличностная эффективность;
 - управление эмоциями;
 - самоуправление.

Второй этап: тихое отчаяние → эмоциональные переживания

Не является априорной иерархией, приоритеты зависят от индивидуального формулирования случая

Снизить:

- навязчивую симптоматику (например, навязчивую симптоматику при ПТСР);
- избегание эмоций (и проявление избегающего поведения);
- избегание ситуаций и переживаний (то есть избегание наподобие того, которое наблюдается при ПТСР, но не ограничено избеганием раздражителей, связанных с травмой);
- эмоциональную дисрегуляцию (как обостренные, так и подавленные эмоциональные переживания, в частности, связанные с тревогой/страхом, гневом, грустью, чувством стыда/вины);
- самоинвалидацию.

Второстепенные поведенческие цели (относятся ко всем этапам)

Усиление эмоционального контроля

Снижение эмоциональной реактивности

Повышение самовалидации

Снижение самоинвалидации

Усиление способности составлять суждения и принимать решения, основываясь на действительности

Снижение проявлений ведущего к кризису поведения

Усиление эмоциональных переживаний

Облегчение подавленной боли

Повышение способности активно решать проблемы

Снижение активной пассивности

Повышение точности эмоциональной коммуникации и компетентности

Снижение зависимости поведения от настроения

Переход от первого этапа ко второму для многих также сложен потому, что экспозиционная терапия может привести к усилению болезненных эмоций и последующему поведенческому дисконтолю. На сегодняшний день четко сформулированы только предварительный этап терапии, а также ее первый и второй этапы; они и будут рассмотрены в этой книге.

Предварительный этап: ориентирование и готовность

Все клиенты в ДПТ начинают работу с предварительного этапа. Психотерапевт и клиент используют этот структурированный этап для того, чтобы сформулировать проблемы клиента и составить индивидуальный терапевтический план. Цель данного этапа — узнать друг друга в достаточной степени, чтобы выяснить, смогут ли психотерапевт и клиент работать вместе как команда, сойтись во взглядах на основные терапевтические задачи и методы, а затем согласованно действовать для выполнения терапевтического плана.

Поскольку ДПТ требует добровольного, а не вынужденного согласия, и клиент, и психотерапевт должны иметь возможность выбора в применении иных видов терапии. Например, в отделении судебно-медицинской экспертизы либо, если клиент направлен на терапию решением суда, он не считается проходящим ДПТ, пока не будет получено осознанное согласие с его стороны. Не обязательно составлять письменный договор, важно иметь взаимную устно выраженную готовность выполнять договоренности относительно терапии. Конкретные договоренности могут зависеть от обстановки и проблем клиента. Например, он может согласиться работать над конкретными терапевтическими целями на протяжении определенного периода времени, посещать все назначенные сессии, оплачивать терапию и т.д. Психотерапевт может согласиться обеспечивать наилучшую возможную терапию (включая расширение своих умений при необходимости), соблюдать этические принципы и участвовать в консультациях экспертной группы. Таким же образом психотерапевты экспертной консультационной группы проходят предварительный этап перед присоединением к группе, изучая и принимая договоренности команды (рассмотренные в главе 7). Все эти договоренности согласовываются перед началом формальной психотерапии.

Как и в любой комплексной КПТ, стратегии ориентирования (ориентированные на изменения) используются для того, чтобы наглядно соотносить терапевтические методы и важнейшие цели клиента таким образом, чтобы он понимал, что ему предлагают, почему и как это делать. Ориентированию в ДПТ уделяется особое внимание, причем не только в

начале психотерапии, но и на всем ее протяжении, поскольку эмоциональная дисрегуляция может нарушить взаимодействие с терапевтическими задачами. Даже тщательно продуманные, осторожно используемые психотерапевтом меры могут восприниматься как крайне инвалидирующие.

Следовательно, вам придется регулярно пояснять клиенту, почему конкретная терапевтическая задача необходима для достижения целей; вам придется отдельно инструктировать его, как выполнять терапевтические задачи в условиях эмоциональной дисрегуляции или несмотря на нее. К тому же многие клиенты начинают терапию с определенными ожиданиями относительно ее прохождения, основанными на их предыдущем опыте. Четкое ориентирование и организация совместной работы клиента и психотерапевта, распределение обязанностей и прогнозируемые результаты способны предотвратить недопонимание и разочарование при условии хорошей осведомленности и осознанной готовности клиента перед началом терапии.

Клиенты часто приступают к предварительному этапу с понятными колебаниями и сомнениями в помощи, которую им могут предоставить, поскольку опыт предыдущей терапии был неудачен. Таким образом, клиент и психотерапевт должны тщательно обсудить проблемные вопросы и сомнения, чтобы прийти к согласию, необходимому одновременно обеим сторонам. Восприятие психотерапевтом активного анализа и повышения мотивации клиента как части своей работы начиная с предварительного этапа и в течение терапевтического процесса — одна из важнейших целей ДПТ. В ДПТ используется множество специальных стратегий осознанной готовности. Они представлены в табл. 1.1 вместе с другими ориентированными на изменения стратегиями. Клиент может приступить к первому этапу терапии, если он хотя бы минимально осознает свою готовность. Психотерапевт работает над постепенным повышением осознанной готовности клиента и его мотивации на протяжении всего терапевтического процесса, что неоднократно упоминалось в данной книге.

Первый этап: достижение базовых возможностей (ослабление поведенческого дисконтоля)

На первом этапе клиенты демонстрируют самые серьезные нарушения, их проблемы и поведенческий дисконтроль настолько стойкие, что значительно ухудшают качество жизни, препятствуют терапевтическому процессу и представляют опасность для жизни. Этим клиентам требуется комплексная ДПТ. Первостепенные терапевтические задачи на первом этапе заключаются в том, чтобы помочь клиенту развить базовые способности,

которые необходимы ему для того, чтобы остаться в живых и продолжить психотерапию, а затем — такие способности, которые необходимы для улучшения качества его жизни. Психотерапевт в течение сессии распределяет время в соответствии со следующими приоритетами: 1) угрожающее жизни поведение; 2) препятствующее терапии поведение психотерапевта или клиента; 3) поведение, серьезно ухудшающее качество жизни клиента; 4) дефицит поведенческих навыков, необходимых для того, чтобы изменить жизнь.

В пределах наивысшей приоритетности, угрожающего жизни поведения, приоритетными являются (в порядке убывания приоритетности): суицидальное или гомицидное кризисное поведение; несуицидальное аутоагрессивное поведение; суицидальные мысли и разговоры о суициде; связанные с суицидом надежды и убеждения; связанные с суицидом эмоции. Все они перечислены в табл. 1.5. Поведение, препятствующее терапевтическому процессу, — это поведение клиента или психотерапевта, негативно влияющее на терапевтические отношения либо ставящее под угрозу эффективность терапии. Для клиентов оно включает в себя пропуски терапевтических сессий, частые госпитализации в психиатрическую больницу, неспособность или отказ активно участвовать в терапевтическом процессе, а также завышенные требования к психотерапевту. Психотерапевт, в свою очередь, может забывать о назначенных встречах или опаздывать на них, не перезванивать клиенту, быть невнимательным, беспорядочно менять правила взаимодействия, а также чувствовать себя недостаточно мотивированным или дезорганизованным. Цели, связанные с качеством жизни, включают в себя любые серьезные проблемы с психическим здоровьем, такие как аффективное или тревожное расстройство, злоупотребление психоактивными веществами или расстройство пищевого поведения, психотическое и диссоциативное расстройство, а также такие жизненные проблемы, как неспособность сохранять постоянное место жительства, невнимательность к проблемам со здоровьем, насилие в семейных отношениях и т.д.

Дневник клиента

Психотерапевт контролирует ключевое поведение клиента с помощью специального дневника, который тот должен заполнять ежедневно. Изучение дневника в начале каждой сессии помогает определить, каким целям следует уделить внимание во время этой сессии. Если клиент не заполняет дневник или не приносит его на сессию, это расценивается как поведение, препятствующее терапевтическому процессу. Психотерапевт приступает к работе над терапевтическими целями в зависимости от их приоритетности, сочетая базовые терапевтические стратегии (изменения,

валидации, диалектики). Приоритетность терапевтической цели не всегда соответствует количеству времени, потраченного на нее во время сессии. Целью психотерапевта является достижение наибольшего прогресса в каждом аспекте клинического взаимодействия, сохраняя баланс между тем, что наиболее важно для клиента, и имеющимся в наличии временем, что более подробно описано в главе 6.

Приоритеты телефонного коучинга

Психотерапевт также несет ответственность за то, чтобы приобретенные клиентом навыки применялись во всех соответствующих условиях. Он не только использует терапевтические отношения в качестве способа помочь клиенту освоить и применять новые типы реакций, но также тщательно структурирует психотерапию таким образом, чтобы генерализировать то, что было освоено клиентом, на все необходимые контексты. Для этого психотерапевт использует телефонный коучинг и *in vivo* терапию (то есть терапию за пределами кабинета), считающуюся необходимой в стандартной ДПТ для клиентов с высокой степенью суицидального риска и эмоциональной дисрегуляцией. У телефонных звонков есть определенные преимущества перед индивидуальной психотерапией, их приоритеты следующие: 1) ослабление суицидального кризисного поведения; 2) генерализация навыков; 3) преодоление ощущения конфликта, отчужденности и сдержанности по отношению к психотерапевту. Телефонный коучинг не занимает много времени — обычно 5–10 минут. Параллельно с ним психотерапевт может применять коучинг навыков у социального окружения, терапевтическое сообщество, интервенцию *in vivo* (сопровождение клиента), просмотр записей психотерапевтических сессий и системную интервенцию. Функция генерализации навыков может также охватывать семью клиента и его круг общения (Miller, Rathus, DuBose, DexterMazza, & Goldberg, 2007; Fruzzetti, Santisteban, & Hoffman, 2007; Porr, 2010). Психотерапевт делает все необходимое для того, чтобы помочь клиенту перенести навыки, приобретенные с помощью психотерапии, в повседневную жизнь.

Второй этап: нетравмирующие эмоциональные переживания (снижение проявлений поведения, связанного с посттравматическим стрессом)

Когда состояние клиентов стабилизировано, они способны контролировать свое поведение и становятся более конструктивными, можно переходить ко второму этапу терапии (Wagner & Linehan, 2006). На этом этапе

клиент работает над проявлениями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и травмирующими эмоциональными переживаниями. В этом случае терапевтические цели могут включать ослабление навязчивой симптоматики (а именно навязчивой симптоматики ПТСР); избегание эмоций (и избегающего поведения), а также избегание ситуаций и переживаний (то есть избегание наподобие того, которое наблюдается при ПТСР, но не ограниченное избеганием раздражителей, связанных с травмой), эмоциональную дисрегуляцию (как обостренные, так и подавленные эмоциональные переживания, в частности, связанные с тревогой/страхом, гневом, грустью, чувством стыда/вины) и самоинвалидацию. В отличие от первого этапа, на втором этапе терапевтические цели не иерархизируют, а определяют их приоритетность в зависимости от степени тяжести и дестабилизации жизни, вызванной стоящими за ними проблемами, а также задач клиента и функциональных отношений между терапевтическими целями. Например, если навязчивые образы провоцируют всплеск суицидальных идеаций, им уделяется приоритетное внимание. Если, наоборот, со всплеском суицидальной идеации более связаны самоинвалидация и чувство ненависти к себе, то акцент делается на них.

В связи с распространенностью ПТСР среди обратившихся за терапией клиентов с ППЛ (36–58%; Linehan, Comtois, Murray, et al., 2006; Zanarini et al., 1998; Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2004; Zimmerman & Mattia, 1999), а также высоким уровнем заболеваемости вследствие жестокого обращения с пожилыми людьми (Zanarini, Frankenburg, Reich, Hennen, & Silk, 2005; Golier et al., 2003), следует рассмотреть экспозиционные методы КПТ, такие как длительная экспозиционная терапия (например, Foa et al., 2005; Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991). Однако поведение, характерное для людей с эмоциональной дисрегуляцией, к сожалению, приводит к неблагоприятному исходу при длительной экспозиционной терапии (в частности, к поведению избегания, тяжелой депрессии, сильной тревоге, чувству вины, стыда, гнева, чрезмерному физическому напряжению, ошеломлению и диссоциации; Foa & Kozak, 1986; Foa, Riggs, Massie, & Yarczower, 1995; Jaycox & Foa, 1996; Meadows & Foa, 1998; Feeny, Zoellner, & Foa, 2002; Nembree, Cahill, & Foa, 2004; McDonagh et al., 2005; Zayfert et al., 2005).

Испытывая трудности в регулировании и перенесении сильных эмоций, некоторые клиенты могут подвергаться повышенному риску импульсивного и саморазрушающего поведения во время экспозиционной терапии. Поэтому в ДПТ клиенту и психотерапевту следует тщательно проанализировать свою готовность к ней (на втором этапе). Ориентировочные показатели готовности включают в себя следующее: способность контролировать суицидальное и несуйцидальное аутоагрессивное поведение (в частности,

воздержание от такого типа поведения в течение 2–4 месяцев); твердое решение избегать подобного поведения в будущем; а также подтвержденная способность применять приобретенные навыки для борьбы с импульсами, приводящими к такому поведению. Готовность клиента перейти ко второму этапу терапии можно проверить следующим образом: выбрать пункт из экспозиционной иерархии, связанный с низким уровнем стресса, и пронаблюдать, как он сможет с ним справиться. Экспозиция может быть противопоказана, если клиент не способен воспринимать травмирующие факторы, не прибегая к диссоциации, либо в данный момент переживает кризис или имеет проблемы, связанные с организационными вопросами, которые могут прервать участие в психотерапии.

Много усилий по выработке терапевтических методов направлено на то, чтобы адаптировать методы экспозиционной терапии для лиц со стойкой эмоциональной дисрегуляцией и суицидальным поведением, включая техники стрессоустойчивости, снижения тревожности и других эмоций во время терапии, а также сдерживания суицидальных наклонностей. Людям с менее тяжелыми расстройствами (в частности, клиентам, у которых отсутствует суицидальное или несуйцидальное аутоагрессивное поведение) может помочь предшествующий экспозиции краткий тренинг навыков (Cloitre et al., 2002), экспозиционная терапия с элементами ДПТ (Becker & Zayfert, 2001; Zayfert et al., 2005) или стандартная экспозиционная терапия без каких-либо предварительных интервенций. Как показывают предварительные данные исследований Харнед (Harned) и Линехан (2008), клиенты на первом этапе ДПТ на самом деле довольно скоро становятся готовы к участию в длительной экспозиционной терапии для ПТСР, при условии, что они хорошо ориентированы, их поведение стабилизировалось, а навыки, необходимые для эмоциональной регуляции, приобретены. Следует быть готовым к тому, что клиенты могут продолжать испытывать слабую способность справляться с импульсами, ведущими к аутоагрессивному поведению или суицидальным попыткам, и во время проведения экспозиционной терапии. Если такие порывы становятся слишком сильными, экспозиционную терапию придется временно отложить до тех пор, пока основной психотерапевт не поможет клиенту восстановить или усилить контроль своего поведения. По этой причине может быть полезно проходить экспозиционную терапию у другого специалиста, в то время как индивидуальный психотерапевт продолжает параллельно проводить ДПТ.

Организовывая терапию в соответствии со степенью тяжести расстройства клиента и ранжируя его поведенческие проблемы по приоритетности, психотерапевт не сбивается с правильного пути даже среди хаоса. ДПТ на протяжении всех этапов уделяет первоочередное внимание управ-

ление эмоциями. Поскольку сложность структуры терапевтической среды зависит от степени тяжести расстройства клиента, биосоциальная теория и базовые стратегии остаются неизменными. Применение базовых стратегий ДПТ (изменения, валидации, диалектических стратегий) может сначала показаться простым и ясным, однако в изменчивых, часто сопряженных с высоким риском и эмоционально сложных клинических ситуациях применение даже простых стратегий становится непростым. Бесконечные “если, то”, возникающие в клинической работе, приводят к одновременному использованию нескольких наборов принципов. Каждое мгновение похоже на переплетение нитей в замысловатом гобелене. Очень сложно держать в руках все нити и работать над находящейся прямо перед вами деталью, одновременно сохраняя в уме весь рисунок. Более того, когда Линехан только начала обучать ДПТ, свидетели ее клинических демонстраций часто говорили ей: “Вы — талантливый психотерапевт. У вас удивительно эффективный собственный стиль работы, вы необыкновенно хорошо понимаете клиентов, но никто не сможет это повторить”. Но сейчас сотни психотерапевтов как в обучении, так и на практике “повторяют это”. Как утверждает Малкольм Гладуэлл (Malcolm Gladwell, 2008) в своем анализе выдающихся исполнителей, хотя определенный врожденный талант важен, но не он объясняет различия между выступлениями и полученные результаты, а практика. И первое, что нуждается в практике, это определение проблем клиента с помощью принципов ДПТ. В главе 2 объясняется, как в ДПТ применяется формулирование случая для структурирования процесса принятия клинического решения и терапевтического планирования для каждого отдельного клиента. Используете ли вы комплексную ДПТ или заимствуете ее философию и стратегии для того, чтобы дополнить собственное направление терапии, формулирование случая является первым шагом каждого специалиста, занимающегося индивидуальной работой.

Формулирование случая и составление терапевтического плана

В данной главе описывается использование теоретически обоснованного формулирования случая в ДПТ для составления терапевтического плана и принятия клинического решения. Формулирование случая представляет собой комплекс гипотез о причинах трудностей клиента; оно помогает перевести общие терапевтические протоколы в индивидуальный терапевтический план. Такие термины, как “формулирование” и “терапевтический план”, как правило, подразумевают существование фиксированного документа наподобие амбулаторной карточки. Однако формулирование случая и терапевтическое планирование в ДПТ должны быть *активными*.

Хорошие базовые терапевтические модели, как и хорошие карты, помогут вам найти ориентиры на широких участках местности. Например, вы можете применить терапевтический протокол Барлоу (Allen, McHugh, & Barlow, 2008) для формулирования случая и терапевтического планирования независимо от того, боится клиент пауков, социального отторжения, своих собственных тревожных мыслей или телесных ощущений. Тем не менее, есть вероятность, что методики диагностики и экспозиционные приемы нужно будет адаптировать для каждого отдельного клиента. Но переход к формулированию случая и терапевтическому планированию в таких условиях подобен выезду на главную дорогу в солнечный день — хорошая карта и дружеские подсказки помогут вам легко найти верный путь.

Сложность поиска правильного пути возрастает в геометрической прогрессии, когда у клиента множество хронических серьезных проблем. Вы часто оказываетесь в неизведанных землях, где ни научная литература, ни ближайшие коллеги не смогут указать верное направление. Кроме того, обычные способы анализа эффективности психотерапии не действуют, поскольку предпринятые вами меры воспринимаются как крайне инвалидирующие и вызывают проявления сильной эмоциональной дисрегуляции. Осмысление происходящего и того, что нужно делать, похоже на путе-

шествие в метель; вы можете чувствовать движение вперед, но не можете сориентироваться, есть ли действительно существенный прогресс в вашем продвижении.

Поэтому в ДПТ психотерапевт должен быть активным. Ориентирование на местности — лучшая метафора, способная описать формулирование случая в ДПТ и терапевтическое планирование, поскольку она указывает уровень активности, необходимый для того, чтобы добраться из пункта А в пункт Б. Вы должны быть способны понимать вашего клиента, определять местоположение и использовать соответствующие теории и терапевтические методы, которые могут указать направление. Кроме того, необходимо постоянно проверять направление движения, при необходимости менять маршрут и в то же время оставаться сосредоточенным на пункте назначения. Количество и сложность препятствий, встречающихся на пути, требуют одновременно все возрастающей гибкости и четкой навигации. Три концепции, представленные в главе 1, помогут ориентироваться в ДПТ:

- Иерархизация целей призвана расположить их в порядке очередности для диагностики и терапии, в зависимости от сложности проблем клиента.
- Биосоциальная теория служит для того, чтобы понять основную проблему стойкой эмоциональной дисрегуляции. Мы исходим из того, что 1) биологическая уязвимость и социальная инвалидация являются факторами, способствующими развитию эмоциональной дисрегуляции; и что 2) первоочередное и второстепенное целевое поведение представляет собой последствие эмоциональной дисрегуляции (например, диссоциации) или же выступает в качестве способов решения клиентом проблемы эмоциональной дисрегуляции (то есть как способ достижения временного облегчения при невыносимых состояниях).
- Теории поведенческих изменений используются для определения переменных, которые контролируют целевое поведение клиента, а также факторов, которые его определяют. Таковые включают в себя инвалидацию и эмоциональную дисрегуляцию, недостаток определенных необходимых навыков, проблемные эмоциональные реакции, установки либо когнитивные факторы. Поведенческие теории предлагают методы для усиления более адаптивных альтернативных реакций.

Эти концепции используются диалектически для формулирования проблем и терапевтического планирования. Основная идея в данном случае состоит в следующем: истина меняется. Психотерапевт в этой ситуа-

ции не исходит из рассуждений, основанных на неизменной подборке фактов, ведь ни один из них не может клинически объяснить тот относительный процесс, где все изменчиво. Вместо этого вы занимаете диалектическую позицию. Это значит, что вы ведете серию диалогов с клиентом и другими значимыми лицами, такими как его близкие и экспертная консультационная группа. Подобные обсуждения основываются на научных данных и жизненном опыте каждого участника. Такие диалоги ведут к синтезу. Когда вы формулируете проблемы клиента, то освещаете лишь часть “правды”. Точка зрения других (например, родителей клиента или психиатра) либо его собственные непосредственные наблюдения в разные периоды времени (в хорошем настроении и в кризисном состоянии) составляют часть гораздо большего целого. Научные данные о “среднестатистическом клиенте” могут соответствовать или не соответствовать ситуации конкретного человека; сами “данные” могут меняться со временем. Любое понимание неполно и не учитывает нечто важное, в то же время в диалогах мы сталкиваемся с противоречиями, неотделимыми от нашей собственной позиции, — и именно в них мы обретаем более полное и четкое видение ситуации, помогающее нам измениться.

Другими словами, цель формулирования случая и терапевтического планирования в ДПТ состоит не в том, чтобы прийти к единственно “правильному” пониманию, а в том, чтобы найти конструктивный подход к противоположным формулировкам; не выбирать одну в ущерб другой, а использовать это противостояние для создания третьей, более сложной модели, включающей в себя обоснованные со всех точек зрения составляющие. Например, клиентка страдает социофобией. Проехать на автобусе, чтобы поучаствовать в групповом тренинге навыков, — очень сложная для нее задача (хотя иногда она ездит автобусом в церковь по воскресеньям). Нужно ли основывать терапевтический план на принятии ее уязвимости и, следовательно, не требовать ее присутствия на групповых тренингах, либо же следует блокировать поведение избегания, настаивая на ее присутствии, чтобы помочь ей достичь необходимых изменений? Формулируя данную дилемму в ДПТ, следует занять следующую позицию: посещение групповых тренингов — крайне сложная задача, в то же время оно необходимо. Диалектический анализ и терапевтическое планирование одновременно принимают во внимание обе позиции, таким образом, решение проблемы будет включать в себя то, что является важным в каждой из них. Например, первоначальный план может основываться на принятии того, что имеющиеся возможности клиентки делают невозможными регулярные поездки на автобусе на групповые тренинги и одновременно способствуют изменениям за счет того, что предлагают обучение навыкам *in vivo*

каждое воскресенье. Аналогично, поскольку изменения порой происходят очень медленно, а дистресс клиента не снижается, невозможно точно знать, что реализуемый вами терапевтический план эффективен или что терапевтический процесс идет настолько хорошо, насколько это возможно при данных обстоятельствах, и поэтому вы должны придерживаться того же направления. В ДПТ вместо преждевременного принятия одной из позиций (психотерапия работает; психотерапия не работает) следует удерживать в уме обе позиции одновременно и искать то, что достоверно в каждой из них, принимая во внимание исходное положение, что истина меняется. Противоположные на вид элементы могут быть синтезированы, и что-то непременно будет исключено из каждой имеющейся позиции.

На практике формулирование и терапевтическое планирование работают наилучшим образом, если применять вышеупомянутые концепции ДПТ в три шага. Во-первых, вы определяете этап терапии на основе того, насколько нарушено поведение клиента. В частности, можно взглянуть на примеры поведения на предварительном и на первом этапах терапии. Во-вторых, следует поискать поддающиеся изменениям элементы, которые контролируют первоочередные терапевтические задачи предварительного и первого этапов. В частности, биосоциальная теория указывает на инвалидацию и прочие события, способные спровоцировать эмоциональную дисрегуляцию. Нужно внимательно следить за изменениями с точки зрения различных терапевтических целей и в течение долгого времени. Наконец, используйте анализ способов решения проблем и анализ задач для того, чтобы разработать терапевтические мини-планы для изменения тех ключевых переменных, которые определяют первоочередные задачи.

Теперь перейдем к пошаговому объяснению, как прийти к такому исходному формулированию, которое может быть применимо к клиническому взаимодействию.

ШАГ 1: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭТАПА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЦЕЛЕЙ

Первый шаг к формулированию случая и составлению терапевтического плана состоит в том, чтобы собрать необходимую информацию для определения этапа терапии. Этот важнейший шаг определяет, есть ли необходимость в комплексной терапии, для того чтобы помочь клиенту. Пусть даже при первой встрече вопросы, которые вы обычно задаете для анализа ситуации, будут ориентированы на структуру этапов и первоочередных целей, описанную в главе 1. Структурируйте терапию в соответствии с тяжестью поведенческого расстройства клиента. В табл. 2.1 при-

ведены примеры возможных вопросов для сбора данных, организованные в соответствии с иерархией целей. Когда вы, например, задаете вопрос “Почему вы сейчас пришли на терапию?”, то выслушиваете ответ, держа в уме иерархию целей. В соответствующий момент можно открыто задать вопрос, касающийся каждой из целей, например: “Случалось ли, что все было настолько плохо, что вы много думали о смерти или о самоубийстве?”, “Что вы можете сказать о своем предыдущем опыте терапии?”

ТАБЛИЦА 2.1. Диагностические вопросы и источники информации в соответствии с этапом и терапевтической целью

Предварительный этап

Способны ли психотерапевт и клиент прийти к согласию относительно:

- терапевтических задач?
- терапевтических методов?

Способны ли психотерапевт и клиент достичь выполнения всех соглашений?

Какие препятствия (если таковые имеются) стоят на пути:

- согласия относительно терапевтических задач и методов?
- осознанной готовности к терапии?

Обозначьте все противоречия или сомнения с каждой стороны. Проанализируйте поддающиеся изменениям элементы. Работайте над достижением осознанной готовности.

Первый этап

Есть ли риск угрожающего жизни поведения?

Умышленного членовредительства?

(Клиенту:) “Случалось ли, что все было настолько плохо, что вы много думали о смерти или вам казалось, что лучше было бы, если бы вы умерли?”

(Клиенту:) “Пытались ли вы покончить с собой? Вы когда-либо умышленно причиняли себе вред?”

Тщательно опросите клиента, обращая внимание на наличие либо отсутствие суицидальных кризисов, несуйцидального аутоагрессивного поведения, суицидальных идей, связанных с суицидом надежд, убеждений и эмоций. Особое внимание следует уделять суицидальным попыткам, почти приведшим к смерти, актам членовредительства с высокой вероятностью смерти, а также прочим серьезным с медицинской точки зрения типам аутоагрессивного поведения.

Какое поведение клиента и психотерапевта может препятствовать терапевтическому процессу?

Если предыдущие попытки терапии не дали результата, было ли это в некоторой степени обусловлено недостатком комплексной терапии (то есть были ли представлены все пять функций терапии)?

(Клиенту:) “Что вы можете сказать о своем предыдущем опыте терапии? Получили ли вы какую-либо нужную вам помощь?”

Психотерапевт/консультационная группа: определите, все ли пять функций были представлены в прошлых терапевтических процессах.

Какие серьезные хронические проблемы ухудшают качество жизни клиента?

Каких навыков недостает клиенту?

Второй этап

Являются ли эмоциональные переживания сами по себе травмирующими?

Имеются ли реакции ПТСР, ухудшающие качество жизни клиента?

Если ответы клиента соответствуют тому или иному этапу терапии (например, первому этапу: “Да, я пытался покончить с собой и оказался в реанимации” либо “С моим предыдущим психотерапевтом ничего не вышло”, или же “Я неоднократно лечился у психотерапевта, но ничего не изменилось; у меня нет особой надежды на терапию, и я не знаю, что еще можно сделать”), используйте соответствующую иерархию задач, чтобы провести дальнейший анализ каждой из их областей. Например, если человек кажется настроенным амбивалентно в отношении изменения определенного типа поведения или психотерапии в целом, для формулировки вопросов обратитесь к целям предварительного этапа. Если клиент много думал о смерти, предполагал, что будет куда лучше, если он умрет, или же результаты предыдущих попыток психотерапии были сомнительными, следует прибегнуть к целям первого этапа для формулирования вопросов в отношении более полного списка проблем.

Какие сложности (если таковые имели место) были связаны с умышленным нанесением себе телесных повреждений или другими видами аутоагрессивного поведения клиента? Как проходил терапевтический процесс при предыдущих попытках, получил ли клиент какую-либо нужную помощь от психотерапевта и окружающих людей? Если у клиента был опыт неудачной терапии, постарайтесь определить, каких функций комплексной терапии не доставало либо они были проблемными (например, достаточное ли внимание уделялось совершенствованию навыков и их генерализации, достаточно ли было индивидуальных занятий по повышению мотивации, получал ли психотерапевт необходимую поддержку?). С какими значительными, влияющими на качество жизни проблемами приходится бороться клиенту? Проанализируйте каждую из них. Наконец, развитие каких навыков необходимо клиенту? Тренинг навыков в ДПТ направлен на восполнение дефицита осознанности, управления эмоциями, стрессоустойчивости и межличностной эффективности. Старайтесь найти доказательства того, что недостаток навыков в одной или нескольких сферах играют важную роль в проблемах клиента.

Теперь ознакомимся со случаями двух клиенток, Саманты и Жонелль, которые были направлены на прохождение ДПТ. Рассмотрим, как следует анализировать этапы терапии во время приема или первой сессии.

Саманта

Базовая проблематика и общая информация

Саманте 24 года, она была направлена на прохождение программы ДПТ из психиатрической больницы штата. Она наносит себе порезы и ожоги, а также приняла большую дозу анальгетиков с амбивалентным желанием умереть (“Будь, что будет; это что-то вроде русской рулетки”). Саманта принимает опиаты от хронической боли в спине; в возрасте 21 года она получила серьезный удар по голове и тяжелые травмы в результате дорожно-транспортного происшествия с пьяным водителем; другие пассажиры погибли. С 16 лет она страдает булимией и наносит себе порезы, но после аварии ее желание умереть и суицидальное поведение стали проявляться гораздо сильнее, а расстройство пищевого поведения стало более серьезным. Переедание и принудительная элиминация пищи в недавнем прошлом стали причиной кардиологических проблем, и Саманту пришлось госпитализировать в ближайшую сельскую больницу. Когда ее физическое состояние стабилизировалось, ее перевели в психиатрическую больницу. От врача, направившего ее на прохождение программы ДПТ, психотерапевт узнала, что Саманта и персонал больницы буквально сдвинули горы для того, чтобы она смогла поселиться с тетей и, таким образом, была способна принять участие в данной программе.

Мышление с учетом этапов терапии помогает психотерапевту организовать уже имеющуюся у нее информацию. Каким образом психотерапевт может ответить на вопросы, перечисленные в табл. 2.1, зная только базовую проблематику и общую информацию о Саманте? Вот ее приблизительные мысли.

Предварительный этап: могут ли клиент и психотерапевт прийти к согласию относительно терапевтических задач и методов? Какие препятствия (если таковые имеются) стоят на пути осознанной готовности клиента к терапии?

Усилия клиентки, членов ее семьи и персонала психиатрической больницы, приложенные для того, чтобы устроить первую встречу, уже свидетельствуют о некоторой степени готовности. На предварительном этапе наибольший приоритет для первой сессии имеет анализ задач, стоящих

перед Самантой, например ее желание прекратить суицидальное поведение и умышленное причинение себе вреда, справиться с расстройством пищевого поведения, а также ее стремление освоить альтернативные методы управления сильными эмоциями.

Первый этап: имеется ли риск угрожающего жизни поведения?

Безусловно, здесь требуется тщательный анализ. Диалектико-поведенческому терапевту необходимо собрать подробную информацию о пяти видах угрожающего жизни поведения (в порядке убывания приоритетности): 1) суицидальное кризисное поведение; 2) несуйцидальное аутоагрессивное поведение; 3) суицидальные идеации и разговоры о суициде; 4) связанные с суицидом надежды и убеждения; 5) связанные с суицидом эмоции. Перед переходом к терапии либо в ее начале психотерапевту необходимо узнать подробности, касающиеся умышленного нанесения себе телесных повреждений в течение последнего года, в том числе что именно было сделано, цель таких действий, а также была ли необходимость в медицинской помощи. Данная информация имеет особое значение для точной оценки суицидального риска, а также для того, чтобы выявлять ситуации, вызывающие суицидальные идеации и умышленное членовредительство, и управлять суицидальным кризисом. В частности, психотерапевт должен определять условия, связанные с: 1) суицидальными попытками, едва не приведшими к смерти; 2) актами членовредительства с высокой вероятностью смерти; 3) прочими серьезными с медицинской точки зрения видами аутоагрессивного поведения. Имеющаяся информация о Саманте определенно указывает на необходимость дальнейшего анализа.

Первый этап: имеется ли какая-либо информация о поведении, препятствующем терапевтическому процессу?

Вторая из первоочередных целей первого этапа — поведение, препятствующее терапевтическому процессу — включает в себя поведение клиента либо психотерапевта, негативно влияющее на терапевтические отношения либо на эффективность терапии, как описано в главе 1. Информация об этих целях должна быть получена из предшествующей истории терапии и наблюдения. Информации об истории терапии Саманты пока недостаточно, поэтому ее необходимо собрать. Экспертная консультационная группа помогает психотерапевту предвидеть собственное поведение в новых терапевтических отношениях, которое может препятствовать терапевтическому процессу. Если бы Саманта была новым клиентом в вашей практике, какое поведение, препятствующее терапевтическому процессу,

вы бы могли ожидать от себя в процессе работы? Каковы ваши типичные недостатки (например, привычка опаздывать, ограниченный предел терпения), а что может быть вызвано специфичностью проблем Саманты (в частности, ваша недостаточная осведомленность в плане оценки выраженности ПТСР и работе с ним, а также в терапии боли; необъективное отношение к Саманте из-за того, что у вас есть ребенок ее возраста)?

Первый этап: имеется ли поведение, серьезно ухудшающее качество жизни клиентки?

Самый быстрый способ проанализировать сферу третьей из приоритетных целей, качества жизни, это диагностика и обстоятельное изучение психологического анамнеза Саманты для понимания круга ее проблем. Проанализируйте, насколько такие проблемы, как аффективное или тревожное расстройство, злоупотребление психоактивными веществами, расстройство пищевого поведения, психотическое и диссоциативное расстройство, неспособность сохранять постоянное место жительства и невнимательность к проблемам со здоровьем и т.д. могут ухудшать качество жизни клиента, приводить к умышленному нанесению себе телесных повреждений, а также препятствовать терапевтическому процессу. На данный момент психотерапевт знает, что ей необходимо проанализировать расстройство пищевого поведения Саманты, ее хроническую боль и применение наркотических средств, результат пребывания в больнице и стабильность ее жизненной ситуации.

Учитывая то, что Саманта выжила в автокатастрофе, а другие пассажиры погибли, и то, что после этого происшествия ее проблемы усугубились, психотерапевт захочет провести оценку тяжести ПТСР. Обычно терапия ПТСР откладывается до второго этапа, когда клиент уже в достаточной мере способен к эмоциональной и поведенческой регуляции, чтобы справиться с вызванными сильными эмоциями. Тем не менее, в случае с Самантой мы хотим определить, имеется ли функциональная зависимость между аварией и ее нынешними проблемами. Может ли ее поведение, демонстрируемое на первом этапе, способствовать избеганию или регулированию эмоций либо воспоминаний, связанных с аварией? Если воспоминания об аварии продолжают негативно сказываться на ее состоянии и имеют связь с умышленным нанесением себе телесных повреждений, именно эти факторы могут стать приоритетными задачами первого этапа терапии. Однако в том случае, если будут показаны терапевтические методы, основанные на применении экспозиционных техник, требуется тщательный анализ и осторожность, чтобы удостовериться, что клиентка не прибегнет к поведению первого этапа терапии, чтобы справиться с на-

хлынувшими на нее сильными эмоциями (Harned & Linehan, 2008). Если поведение Саманты дестабилизируется или ей становится трудно противостоять побуждениям умышленно причинить себе вред, когда психотерапевт начинает разговор об аварии, это указывает на то, что перед переходом к целям второго этапа терапии следует обратиться к целям первого. Редкость рецидивов поведения первого этапа, а также темпы восстановления управления эмоциями (даже в большей мере, чем присутствие какого-либо поведения) определяют готовность Саманты к непосредственной работе над проявлениями ПТСР. Саманта и ее психотерапевт должны прощупать почву с помощью обсуждения определенных аспектов травматической ситуации, вызывающих у нее меньший стресс, чтобы убедиться, что она способна благополучно перенести экспозицию.

Жонелль

Базовая проблематика и общая информация

Теперь рассмотрим случай Жонелль, клиентки, нашедшей психотерапевта через Интернет.

Ей 28 лет, и она работает секретарем юриста. Во время первого телефонного разговора психотерапевт узнал, что четырехлетнего сына Жонелль второй раз исключили из детского сада за поведение и проблемы с вниманием. Жонелль с сыном живут с ее матерью, которая постоянно критикует ее методы воспитания ребенка. Жонелль говорит, что ей стыдно и что она чувствует себя параноиком из-за того, что ее мать постоянно рассказывает соседям о своей “сумасшедшей” дочери. Однажды спор с матерью и ее сожителем разгорелся настолько, что соседи из-за шума вызвали полицию. Во время их последней ссоры Жонелль так разозлилась, что заперлась в ванной и била себя по ногам, пока не успокоилась. По словам Жонелль, в этот момент она серьезно думала о самоубийстве, настолько, что даже взяла снотворное и кардиопрепараты своей матери. Но мысль о том, как это отразится на сыне, заставила ее остановиться. Жонелль говорит, что в той ужасной ситуации был один положительный момент — она четко поняла, что никогда больше не будет рассматривать суицид в качестве выхода из ситуации.

Когда психотерапевт попытался назначить ей встречу во второй половине дня, Жонелль отказалась, поскольку ради этого пришлось бы делать перерыв в работе, на которую она устроилась недавно и где довольно жесткий график; стоимость психотерапии также проблемна, поскольку она еще не выплатила кредит на обучение. Необходимость платить за отмененную сессию, если об отмене не было извещено за сутки, также не

устраивает Жонелль, поскольку ее ребенок часто ведет себя плохо и это может заставить ее отменить сессию в любой момент. В Интернете она нашла информацию о том, что ДПТ включает в себя групповую терапию, и мысль о том, что ей придется посещать групповые тренинги, вызвала у нее неприятие. Когда психотерапевт согласился, что ситуация, в которой она оказалась, действительно непростая, Жонелль сказала: “Да, что мне действительно нужно — это выйти замуж. Это дало бы мне дом, куда я бы переехала, деньги, чтобы заплатить долги, и человека, который смог бы контролировать моего сына”.

Рассмотрим, как психотерапевт применяет иерархизацию целей, чтобы систематизировать все, что он знает о трудностях Жонелль.

Предварительный этап: могут ли клиент и психотерапевт прийти к согласию относительно терапевтических задач и методов? Какие препятствия (если таковые имеются) стоят на пути осознанной готовности к терапии?

Вполне понятно, что Жонелль колеблется, стоит ли тратить время и деньги на психотерапию, если учесть ее финансовое положение, статус нового сотрудника на работе, а также ее обязанности матери. Вероятно, у вас возникло бы желание выявить сомнения Жонелль и разрешить их, а также уточнить задачи, которые она ставит перед собой по ходу терапии. ДПТ может быть одним из рекомендованных терапевтических методов для Жонелль, если исходить из данных, к настоящему моменту известных психотерапевту. Эти данные включают в себя информацию об одном случае суицидального кризиса и умышленного нанесения себе телесных повреждений, предположительно вызванных инвалидацией и проблемами с эмоциональной дисрегуляцией, но на данный момент психотерапевту неизвестно, является ли это для нее устоявшимся паттерном. Дальнейший анализ может показать, что в равной степени действенной будет ограниченная по времени терапия, направленная на то, чтобы клиентка переехала из дома матери. Также в центре внимания может находиться обучение родительским навыкам, чтобы помочь Жонелль и ее матери регулировать конфликты, связанные с воспитанием ее трудного ребенка. Только дальнейший анализ может показать, соответствует ли Жонелль критериям первого этапа и, соответственно, нуждается ли она в комплексной психотерапии.

Первый этап: имеется ли риск угрожающего жизни поведения?

Проведите оценку по категориям несуицидального аутоагрессивного поведения и суицидального поведения, как указано выше (суицидальное

кризисное поведение; несуицидальное аутоагрессивное поведение; суицидальные идеации и разговоры о суициде; связанные с суицидом надежды и убеждения; связанные с суицидом эмоции). В частности, вероятно, что у вас возникнет желание понять, насколько клиентка тверда в своем решении никогда не рассматривать суицид как способ выхода из ситуации. Также вам захочется проанализировать потенциальную возможность проявлений физической агрессии в отношении ее матери и, возможно, сына. Если суицидальный кризис был единичным случаем, можно внести в терапевтический план элементы ДПТ, а не использовать комплексную модель целиком. Если же подобных кризисов, а также фактов умышленного нанесения себе телесных повреждений было несколько, комплексная ДПТ может рассматриваться как один из вариантов психотерапии.

Первый этап: имеется ли какая-либо информация о поведении, препятствующем терапевтическому процессу?

Есть большая вероятность проявлений поведения, препятствующего терапевтическому процессу, — обстоятельства, в которых находится Жонелль, уже указывают на необходимость обсудить с ней множество важных тем. Поскольку у нее есть маленький ребенок с поведенческими проблемами, ей, возможно, будет необходима возможность отменять сессию в последний момент. Как недавнему выпускнику, выплачивающему кредит на обучение, ей, вероятно, понадобится возможность оплаты по скользящей шкале. Возможное участие в групповом тренинге навыков Жонелль воспринимает без энтузиазма, поэтому психотерапевту нужно будет прояснить причины и найти способы решения этой проблемы вместе с клиенткой, если они придут к выводу, что данный элемент играет важную роль в терапевтическом плане. Психотерапевту будет необходимо прояснить, насколько его собственные возможности соответствуют потребностям Жонелль в гибком реагировании. Психотерапевту и клиентке нужно будет прийти к согласию относительно способов решения проблем до начала терапевтического процесса.

Первый этап: имеется ли поведение, серьезно ухудшающее качество жизни клиентки?

Для достижения каждой из первоочередных целей понадобятся хорошее диагностическое интервью и подробный психологический анамнез клиентки. Это поможет определить, являются проблемы Жонелль результатом отдельного ситуационного конфликта или стойким паттерном. Главное правило здесь: не предполагай, а анализируй.

Как показывает пример данных двух случаев, иерархия целей помогает пройти путь от первого контакта с клиентом до определения терапевтических приоритетов и построения комплексной терапевтической модели.

ШАГ 2: ВЫЯВЛЕНИЕ КОНТРОЛИРУЮЩИХ ПЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ КАЖДОЙ ИЗ ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ ЦЕЛЕЙ

Когда сфера, к которой относится та или иная цель, особо важна для клиента, следует выбрать конкретное поведение и прибегнуть к анализу поведенческих цепочек для выявления контролирующих переменных — условий, провоцирующих и поддерживающих проблемное поведение, а также отвечающих за положительные изменения. Для поведенческой диагностики (см. Haynes & O'Brien, 2000) исключительно важно выявить контролирующие переменные. Считается, что проблемное поведение каждого человека во многом зависит от уникальной комбинации контролирующих его переменных, и эти переменные могут варьироваться при различных стечениях обстоятельств. Например, факторы, приведшие к суицидальной попытке у одного человека, отличаются от факторов, которые спровоцировали ее у другого. Даже у одного человека причины одной суицидальной попытки могут отличаться от причин другой. В связи с этим для понимания конкретных поведенческих расстройств или проблемного поведения в ДПТ используется особо тщательный метод функционального анализа, называемый анализом поведенческих цепочек.

Анализ поведенческих цепочек

Анализ поведенческих цепочек — это тщательный анализ событий и контекстуальных факторов, имевших место до и после случая (или ряда случаев) рассматриваемого поведения. Данный способ используется для выявления переменных, контролирующих определенное поведение. Психотерапевту совместно с клиентом необходимо составить как можно более полный список таких переменных. Расчет должен быть прагматичным: что нужно изменить, чтобы события развивались по другому сценарию и не спровоцировали проблемное поведение и клиент мог достичь желаемого результата?

Пошаговое проведение анализа поведенческих цепочек

Анализ поведенческих цепочек начинается с четкого определения *проблемного поведения* и выбора одного конкретного случая для анализа. Например, проблемное поведение может заключаться в том, что вчера клиентка расплакалась, когда руководитель раскритиковал ее работу. Психотерапевт и клиентка определяют два вида переменных: провоцирующие события и факторы уязвимости. *Провоцирующие события* — это события, которыми непосредственно начинается цепочка, приведшая к проблемному поведению. *Факторы уязвимости* представляют собой условия, в которых провоцирующие события имеют большее влияние, например соматическое заболевание, недостаток сна и прочие факторы, влияющие на эмоциональную реактивность. В данном случае провоцирующим событием выступает критика руководителя. Часто это событие воспринимается как случай сравнительно незначительной важности и вызывает легкое раздражение. Однако в контексте двух факторов уязвимости, недостатка сна и сжатых сроков работы, критика спровоцировала слезы у клиентки. Факторы уязвимости создают условия, в которых провоцирующие события ведут к большему эффекту.

Психотерапевту и клиентке следует выявить все связи между провоцирующим событием и проблемным поведением, чтобы составить подробный отчет о каждой мысли, каждом ощущении, поступке, которые привели клиентку из пункта А в пункт Б. Особое внимание следует уделить взаимодействию между внешними событиями и эмоциональными, когнитивными и поведенческими реакциями клиента.

Наконец, психотерапевт и клиентка выявляют последствия проблемного поведения — моментальные и отсроченные реакции клиентки и других людей, последовавшие за проявлением проблемного поведения. Полезно составить наглядную схему анализа поведенческих цепочек. На рис. 2.1 показан один из способов представить контролирующие переменные в таком анализе.

Анализ поведенческих цепочек на примере суицидального поведения Жонелль

Рассмотрим анализ поведенческих цепочек в случае суицидального кризиса у Жонелль. На рис. 2.2 представлено схематическое изображение ее поведения. Во время сессии с Жонелль психотерапевт начал с проблемного поведения — подготовки к приему большой дозы лекарственных препаратов матери — и затем совместно с Жонелль рассмотрел в подробностях,

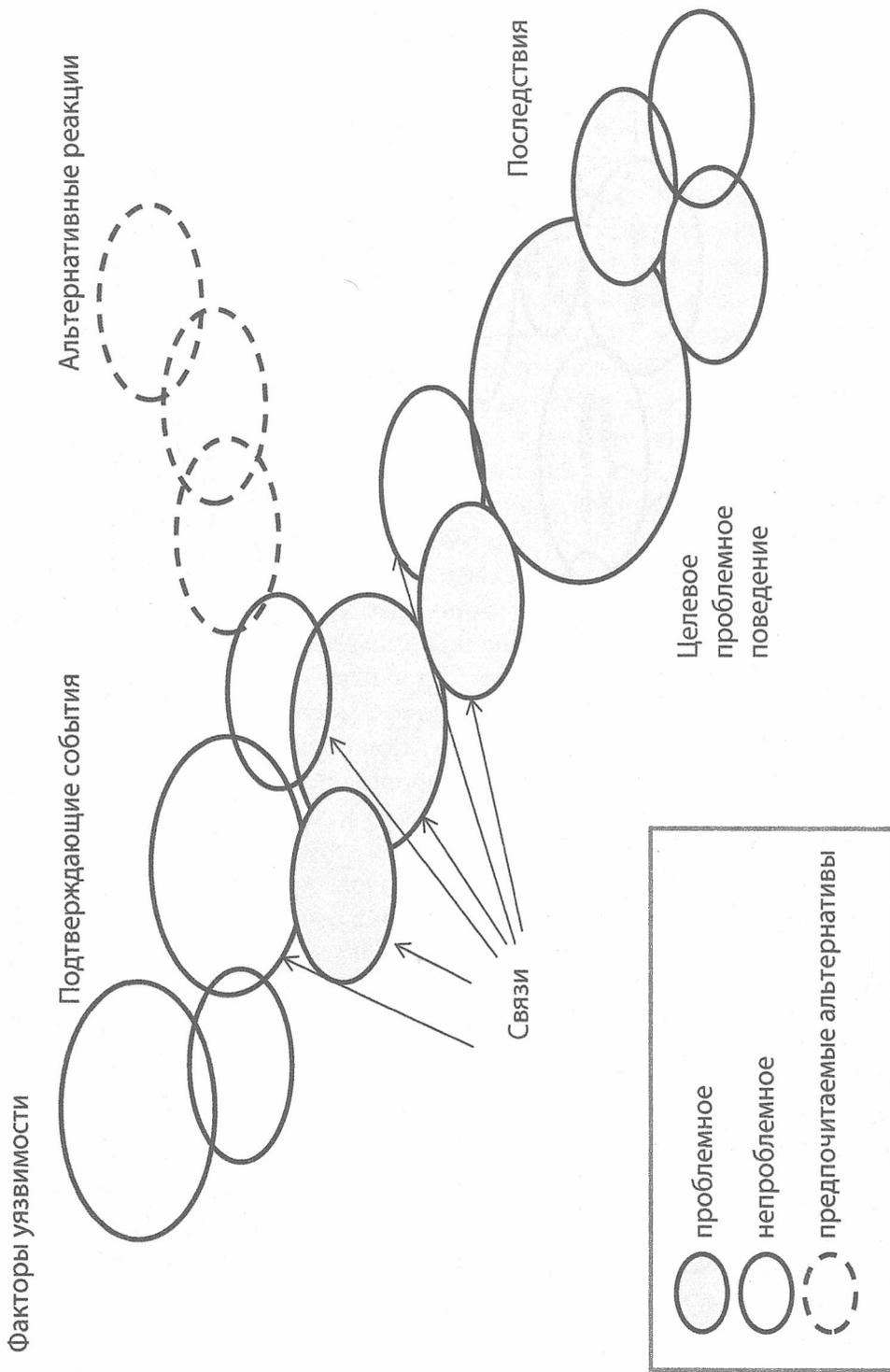


Рис. 2.1. Контролирующие переменные в анализе поведенческих цепочек

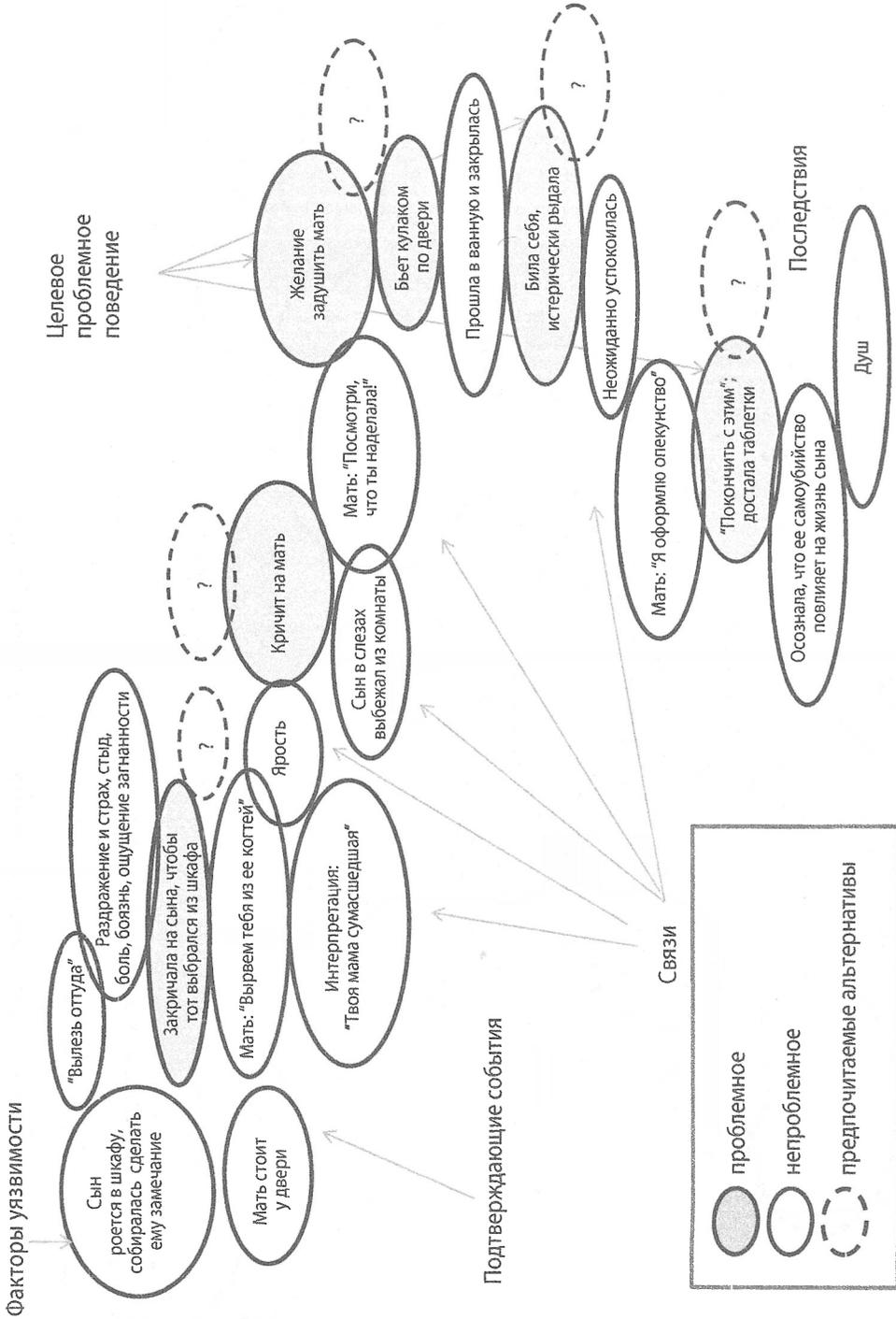


РИС. 2.2. Анализ цепочки суицидального поведения Жонеллы

что привело к этому кризису и что последовало за ним. Рассказ Жонелль в хронологическом порядке выглядит следующим образом.

Провоцирующее событие берет начало в первой половине дня, когда сын Жонелль из-за болезни остался дома и ей пришлось отпроситься с работы, куда она устроилась совсем недавно. Ребенок жаловался на скуку и копался в шкафу Жонелль у нее в спальне. Когда Жонелль повернулась к сыну, чтобы попросить его найти себе другое занятие, она почувствовала, что ее мать стоит на пороге за ее спиной и наблюдает за ее взаимодействием с сыном (провоцирующее событие). Как сказала Жонелль, из-за этого ее нервы натянулись “до предела”. По ее словам, она собиралась сказать сыну: “Еще пять минут, а потом иди играть где-нибудь в другом месте”, — но, чувствуя присутствие матери позади себя, вместо этого произнесла сдавленным голосом: “Вылезай оттуда, я не хочу, чтобы ты играл в моем шкафу”. Рисунок изображает дальнейшую последовательность мыслей, эмоций, действий и событий, связывающих провоцирующее событие и рассматриваемое проблемное поведение.

Как сказала Жонелль, пока она ждала, что сын ее послушается, ей представлялся голос матери, указывающий: “Ты должна быть с ним строгой, Жонелль”. Разнообразные эмоции переполняли ее: раздражение и страх, вызванные ожиданием критики со стороны матери; стыд за то, что она не может справиться со своим сыном; боль от того, что мать не лучше других понимает, как сложно растить мальчика; чувство боязни, от которого заньло под ложечкой; ощущение загнанности. Ребенок проигнорировал ее просьбу. Не задумываясь, она резко крикнула: “Я сказала, *убирайся* оттуда!” Тогда ее мать подошла к шкафу и мягко сказала мальчику: “Пошли, милый, вытащим тебя из когтей твоей матери”. Этот комментарий показался Жонелль крайне враждебным — ее мать дала понять, что Жонелль слишком остро реагирует и потому ей приходится защищать мальчика от дочери. У Жонелль было ощущение, будто мать сказала ее сыну: “Твоя мама сумасшедшая; не шуми и ходи на цыпочках, чтобы она не взбесилась”. Жонелль пришла в ярость, чувствуя, что мать подрывает ее авторитет. Она крикнула на мать, они начали спорить, и сын в слезах выбежал из комнаты. Тогда мать Жонелль произнесла: “Посмотри, что ты надела! Ты совсем запугала ребенка!” По словам Жонелль, в этом момент она вскипела от гнева и ощутила сильное желание схватить мать за горло и задушить. Вместо этого она вскрикнула от отчаяния и пробила кулаком тонкую дверь спальни.

Чувствуя, что все больше и больше выходит из себя, Жонелль, спотыкаясь, прошла мимо матери в ванную комнату и закрылась там, а затем села на сиденье унитаза и била себя кулаками по бедрам, чтобы “наказать”

и “заставить успокоиться”. По словам Жонелль, сначала она истерически рыдала, но смогла успокоиться минут через пять после того, как начала бить себя. Затем ее мать подошла к двери ванной и сказала: “Я обращусь в органы опеки и узнаю, как оформить опеку, и заберу внука подальше от тебя”. При этих словах матери Жонелль неожиданно успокоилась.

По ее словам, она почувствовала, что может покончить с собой, а ее мать позаботится о ребенке. Через дверь она произнесла: “Я знаю, что ты любишь моего сына. Ты делаешь то, что нужно. Но мне сейчас нужно немного времени, чтобы подумать. Хорошо? Просто не трогай меня сейчас”. Она высыпала снотворное и кардиопрепараты матери на столешницу, набрала стакан воды и включила душ, чтобы мать не помешала ей (целевое проблемное поведение — планирование суицидальной попытки). По ее словам, ей стало страшно, а еще она подумала о своем сыне и осознала, что ее самоубийство повлияет на его жизнь. Жонелль отчетливо осознала, что никогда с ним так не поступит. Она долго мылась в душе, затем пошла на кухню и сказала матери: “Ты можешь обращаться за помощью куда угодно или уйти отсюда, но опекать этого мальчика буду я” (последствия).

Выявление контролирующих переменных в анализе поведенческих цепочек

Как сказано выше, тщательный анализ поведенческой цепочки позволяет психотерапевту определить конкретный момент в стечении обстоятельств, когда альтернативная реакция со стороны клиента помогла бы избежать проблемного поведения. Иерархия целей, биосоциальная теория и теории поведенческих изменений будут полезны в процессе выявления контролирующих переменных.

Во-первых, иерархия целей помогает определить приоритеты: диагностика и работа с факторами, ведущими к суицидальному поведению (намерение использовать медикаменты матери для передозировки), затем — с факторами, провоцирующими аутоагрессивное поведение (удары по ногам), а также анализ потенциальной возможности физического насилия (по отношению к матери). Следует отметить, что каждый из перечисленных важных видов проблемного поведения может быть отдельной целью анализа поведенческой цепочки. Тем не менее, поскольку в данном примере в центре внимания находится наивысший приоритет (суицидальное поведение), проблемное поведение в виде нанесения себе ударов и близкой к физической агрессии ссоры с матерью рассматриваются в качестве звеньев в цепи, приведшей к суицидальному поведению.

Во-вторых, биосоциальная теория указывает на необходимость рассматривать эмоциональную дисрегуляцию и инвалидацию как предпосылки к

суицидальному и аутоагрессивному поведению. Инвалидация со стороны матери, по всей видимости, способствовала эмоциональной дисрегуляции Жонелль. Также биосоциальная теория предполагает, что первоочередное целевое поведение может быть результатом слишком интенсивных эмоциональных переживаний либо выступать в качестве средства для прекращения таких переживаний. В описаниях Жонелль фигурируют оба варианта. Временами она чувствует, что настолько не способна себя контролировать, что готова наброситься на кого угодно (неконтролируемое поведение является частью острой эмоциональной дисрегуляции). В других случаях она умышленно наносит себе удары, чтобы успокоиться (дисфункциональное поведение, используемое для управления эмоциями).

В-третьих, теории поведенческих изменений предполагают, что дисфункциональные реакции возникают в результате действия одного или более из следующих четырех факторов: дефицита навыков, проблемных эмоциональных реакций, установок или когнитивных процессов. Варианты сочетаний этих факторов бесконечны, по аналогии с различными сочетаниями сладкого, соленого, кислого и горького вкусов в пище. Следует тщательно рассмотреть все возможные роли, которые может играть каждый из этих факторов в возникновении анализируемой поведенческой цепочки.

Дефицит навыков

Сначала следует оценить, владеет ли клиент необходимыми навыками. Способен ли он 1) управлять своими эмоциями; 2) быть стрессоустойчивым; 3) адекватно реагировать в случае межличностных конфликтов; 4) воспринимать ситуацию, описывать ее и принимать в ней участие безоценочно и осознанно, сосредотачиваясь на эффективности? Если клиент недостаточно хорошо владеет тем или иным навыком, уместен тренинг навыков. Например, можно выдвинуть гипотезу, что Жонелль недостает уверенности в себе — так, она не может попросить мать прекратить маячить у дверей ее комнаты. Далее психотерапевт рассматривает это предположение в контексте разных ситуаций и в разные моменты времени. Оказывается, что Жонелль обычно избегает конфликтов с матерью, молчаливо соглашаясь с ней и чувствуя себя обиженной, а затем в один прекрасный момент взрывается. Такое же поведение наблюдалось у Жонелль и в ее отношениях с мужчинами. Однако на работе она пытается избегать как конфликтов, так и сильных реакций со своей стороны. В тех или иных ситуациях она редко устанавливает определенные границы или просит о том, чего хочет, — здесь действительно значительную роль может играть дефицит навыков.

Можно сделать другое предположение: Жонелль недостает навыков, чтобы терпимо воспринимать дистресс, справляться с его физиологическими проявлениями и управлять своими эмоциями. Во время первой беседы с психотерапевтом Жонелль сообщила, что была чувствительным ребенком, а в подростковом возрасте употребляла наркотики, чтобы быть в состоянии терпеть мать. Теперь, когда с наркотиками покончено, мать постоянно действует ей на нервы; Жонелль чувствует себя настолько раздражительной и нервной, что теряет способность держать себя в руках. В этом случае дефицит навыков тоже может быть ключевой контролирующей переменной: если бы Жонелль могла с помощью того или иного надежного способа сохранять толерантность к своему эмоциональному возбуждению и управлять им, это помогло бы избежать цепочки, ведущей к целевому поведению.

Оценить, обладает ли человек соответствующими навыками, можно несколькими способами. Можно попросить клиента подробно рассказать, каким образом получалось урегулировать проблему или взаимоотношения с другими людьми в прошлом при различных обстоятельствах. Можно непосредственно наблюдать за его поведением. Можно задать гипотетический вопрос, как в идеале клиент разрешил бы проблему или справился с ситуацией, или что бы он посоветовал другу. Также можно попросить клиента попробовать новое поведение во время психотерапевтических сессий и ролевых игр. В данном случае психотерапевт оценивал родительские навыки Жонелль, собирая общую информацию, а также непосредственно слушая, как Жонелль обращается с сыном, когда проводил телефонный коучинг. Он узнал, что у Жонелль и ее ребенка почти не было конфликтов в выходные, когда ее мать уехала погостить к родственникам. Жонелль эффективно справлялась с ребенком, даже когда он вел себя слишком энергично, поэтому можно предположить, что проблема заключается в применении родительских навыков в условиях ожидаемой либо действительной критики со стороны матери. Навык, которого недостает Жонелль, — способность управлять своими эмоциями в условиях критики. Также она не способна эффективно отстаивать свои права перед властной и деспотичной матерью.

Когда оценка показывает, что клиент способен эффективно применять навыки, психотерапевту нужно определить, какой из прочих трех факторов препятствует их использованию либо не позволяет прибегнуть к более эффективному поведению.

Проблемные эмоциональные реакции

Иногда более эффективное поведение с применением необходимых навыков блокируется проблемными эмоциональными реакциями — чувством стыда, вины, необоснованным чувством страха либо другими неуправляемыми эмоциями. Человек может фобически бояться собственных эмоций. Он может демонстрировать паттерны избегания или бегства. В данном случае следует прибегнуть к тому или иному методу экспозиционной терапии. В случае с Жонелль это является основной гипотезой. По мере более тщательного анализа поведенческой цепочки выясняется, что чувство стыда было первичной эмоцией. Когда ее мать стояла возле двери, а затем когда она сказала мальчику “вытащим тебя из когтей твоей матери”, Жонелль захлестнуло чувство стыда. Вторичной реакцией оказался гнев. Таким образом, принципы экспозиционной терапии предлагают способ замены ее эмоциональных реакций на более регулируемые, которые позволяют Жонелль эффективно применять родительские навыки.

Проблемные установки

Эффективное поведение с применением необходимых навыков может не проявиться в связи с определенными обстоятельствами, усиливающими проявления дисфункционального поведения или не способными подкрепить более функциональное поведение. Эффективное поведение может привести к нейтральным результатам либо к наказанию; в других случаях поощряющие результаты могут быть отсрочены. Например, эффективное применение родительских навыков со стороны Жонелль часто сопровождается комментариями ее матери: “Смотри, это не так уж и трудно! Почему ты не можешь делать так всегда?” Со временем подобные негативные подкрепления ослабляют способность Жонелль эффективно применять родительские навыки в присутствии матери. Проблемное поведение может привести к положительным или желаемым результатам либо создать условия для предпочтительного поведения или эмоционального состояния. Например, умышленное нанесение себе телесных повреждений влечет за собой желаемые последствия (то есть выполняет функции самонаказания, сообщения о своем дистрессе, помогает ослабить боль за счет действия эндогенных опиатов, Nock, 2009). Если аутоагрессия используется для сообщения о своем дистрессе и приводит к более чуткому отношению со стороны окружающих, вероятность подобного поведения в будущем возрастает. Другими словами, несуицидальное аутоагрессивное поведение может поддерживаться положительным подкреплением.

Тем не менее, умышленное нанесение себе телесных повреждений чаще поддерживается отрицательным подкреплением. Оно помогает справиться с негативными состояниями, такими как отрицательные эмоции или напряжение, в то время когда человек борется с побуждением причинить себе вред. Жонелль испытала значительное облегчение и успокоилась после того, как некоторое время наносила себе удары кулаками, а также когда мысленно представляла, что примет большую дозу медикаментов. У одного и того же человека могут быть оба вида установок, контролирурующих умышленное аутоагрессивное поведение. Когда Жонелль начинала наносить себе удары в детстве, учителя проявляли к ней повышенную заботу (положительное подкрепление), а мать прекращала словесно ее атаковать (отрицательное подкрепление). Если проблемные обстоятельства поддерживают рассматриваемое поведение, следует направить интервенцию на эти обстоятельства.

Проблемные когнитивные процессы или содержание мыслей

Четвертый вариант заключается в том, что эффективное поведение блокируется проблемными паттернами мышления либо определенными ошибочными убеждениями или предположениями. Если в данной сфере выявлены проблемы, можно обратиться к стратегиям когнитивной модификации. Можно предположить, что Жонелль слишком сильно реагирует, поскольку неверно истолковывает или искажает комментарии своей матери (“она называет меня сумасшедшей в присутствии моего сына”), и рассмотреть когнитивную модификацию, чтобы снизить интенсивность гнева (то есть найти альтернативную интерпретацию, например, что намерения ее матери были благими, даже если были нежелательны). Вместо того, чтобы сделать такое предположение, психотерапевт провел дальнейшую диагностику и действительно обнаружил, что мать Жонелль произносит чрезвычайно оскорбительные и жестокие слова — можно даже сказать, что Жонелль скорее преуменьшает, а не преувеличивает инвалидацию. Вместо когнитивной реструктуризации, призванной модифицировать ошибочные интерпретации и помочь Жонелль обуздать свой гнев, в данном случае более уместна другая гипотеза: следует помочь Жонелль поверить, что она имеет право отстаивать свои интересы даже тогда, когда другие люди реагируют недовольством и критикой.

Подобный тщательный анализ указывает клиенту и психотерапевту на такие моменты, когда альтернативная реакция со стороны клиента могла бы привести к тем изменениям, к которым он стремится. Если реакции клиента дисфункциональны (препятствуют достижению его долгосрочных задач), психотерапевту нужно определить, какое альтернативное поведе-

ние могло бы быть более функциональным и по каким причинам более эффективное применение навыков не было задействовано. Жонелль и ее психотерапевт определили три самых важных момента. На рис. 2.3 связи между дисфункциональными реакциями выражены с учетом задачи измениться, которая была одобрена Жонелль. Они с психотерапевтом пришли к согласию относительно такого замещающего поведения, при котором 1) она не будет прибегать к суицидальному поведению или умышленному нанесению себе телесных повреждений, какой бы интенсивной ни была инвалидация со стороны матери; 2) она будет способна уладить конфликт с матерью таким образом, чтобы не расстраивать сына; 3) она сможет эффективно противостоять матери, особенно в вопросах воспитания ребенка (хотя Жонелль и сложно себе это представить).

Выявление паттернов среди различного проблемного поведения

Сбор общей информации и предварительный анализ поведенческих цепочек различного целевого поведения помогут психотерапевту выявить паттерны путем классификации поведения в зависимости от выполняемых им функций. Например, попытаемся выявить такие паттерны, анализируя три поведенческих цепочки целевого поведения в случае с Самантой, как показано на рис. 2.4. Эти данные были получены в ходе первых двух психотерапевтических сессий. Можно заметить, что в этом примере намного меньше подробностей, чем в случае с Жонелль; это объясняется тем, что между первыми двумя сессиями у Саманты был кризис. Работа над тем, чтобы справиться с кризисом, оставила мало времени на сбор общей информации. Многие клиенты, так же как и Саманта, приступают к психотерапии тогда, когда их жизнь представляет собой хаос, поэтому кризис и попытки справиться с ним не позволяют провести тщательную диагностику. Тем не менее, можно сформулировать предварительные гипотезы о ключевых контролирующих переменных для первоочередных целей, используя имеющуюся информацию. Применим анализ поведенческих цепочек для трех видов целевого поведения Саманты: 1) недавний суицидальный кризис, повлекший за собой госпитализацию в психиатрическую больницу; 2) проявления поведения, препятствующего терапевтическому процессу, со стороны клиента и психотерапевта во время первой сессии и после нее; 3) конфликт между Самантой и ее тетей (из-за чего ставится под сомнение ее проживание в доме тети и, как следствие, прерывается терапевтический процесс, если она будет вынуждена оставить дом). Обратимся к тому же комплексу концепций (иерархия целей, биосоциальная теория, теории поведенческих изменений), чтобы выявить паттерны целевого поведения.

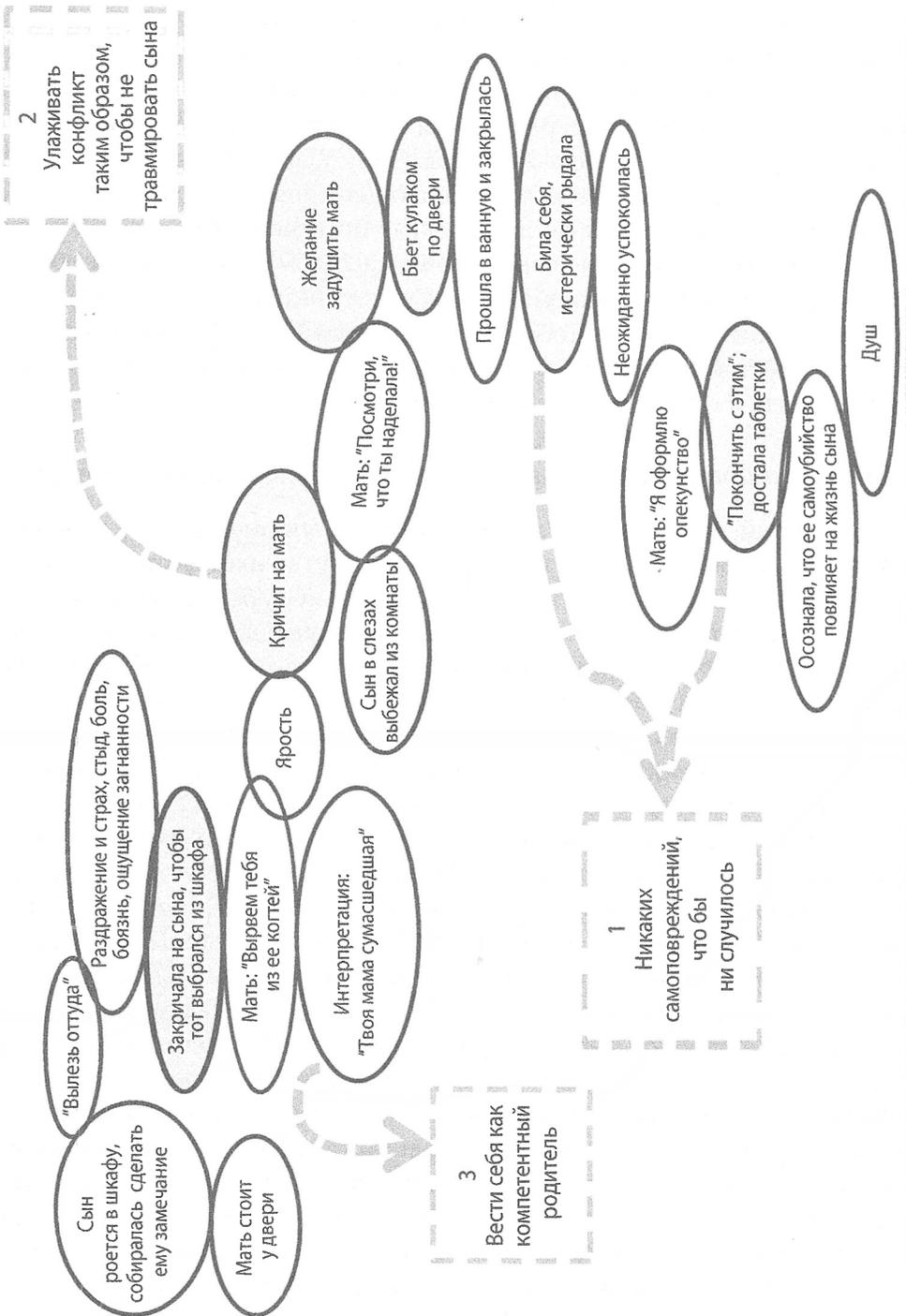


Рис. 2.3. Проявление альтернативных эффективных реакций со стороны Жонелль

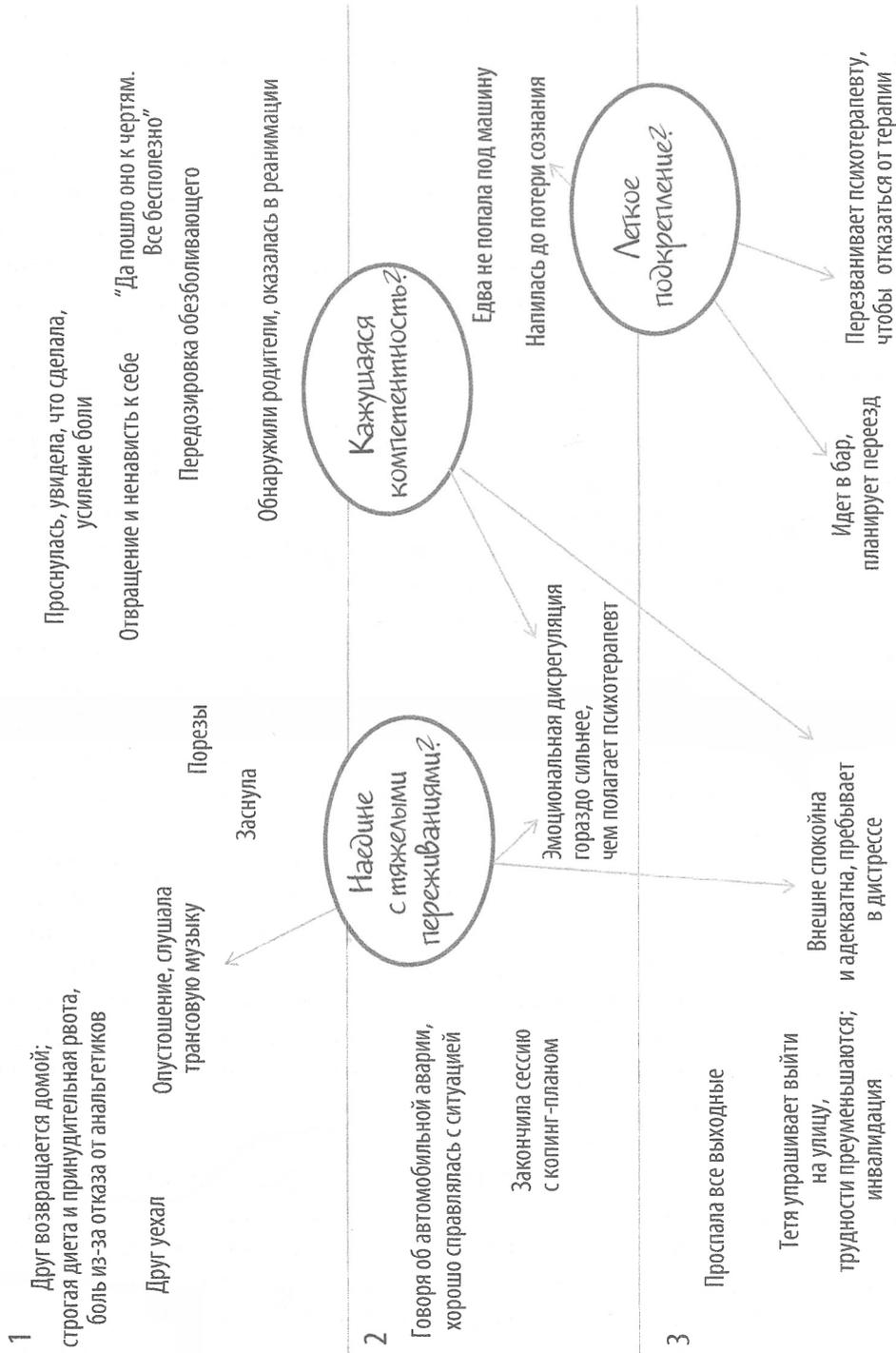


Рис. 2.4. Сравнение трех анализов поведенческих цепочек для важных задач Саманты

Руководствуясь иерархией целей, психотерапевт Саманты уделила первостепенное внимание получению информации о суицидальной попытке и других угрожающих жизни действиях во время первой сессии. На рис. 2.4 первый анализ поведенческих цепочек связан с принятием Самантой большой дозы болеутоляющих препаратов, суицидальной попыткой с амбивалентным желанием умереть, которая вызвала ее последнюю госпитализацию в психиатрическую больницу. Клиентка жила с родителями, когда с ней связался друг, морской пехотинец, который приехал домой на побывку из Ирака. Расстройство пищевого поведения усилилось, поскольку она хотела “выглядеть хорошо ради него”. Когда он вернулся домой, они разговаривали часами. Он прекрасно понимал, как это тяжело, когда умирает твой друг и ты чувствуешь себя в ответе за случившееся. Его черный юмор выражал сочувствие даже без разговоров “о случившемся” и действовал как успокоительное. Когда он вернулся на службу, Саманта почувствовала, что лишилась чего-то важного, и заиклилась на мысли, что он может погибнуть. Она продолжала ужесточать диету и вызывать рвоту, а также прекратила принимать анальгетики, поскольку “из-за них набирает вес”. Она практически не выходила из комнаты, плакала, спала и слушала трансовую музыку. Ее родители привыкли, что Саманта сидит у себя в комнате во время работы над творческими проектами, поэтому ни о чем не беспокоились. Прошло несколько дней, и однажды ночью “все стало как-то странно, как это иногда бывает”. Саманта вырезала ножом на своем бедре имя друга, заснула, затем проснулась с чувством отвращения к себе и страдая от боли в спине, усилившейся от нескольких часов сидения в сторбленном положении, в котором она вырезала имя. Она приняла обезболивающее, затем еще несколько таблеток, и еще, с мыслями “Да пошло оно к чертям. Все бесполезно”. Саманта почти не помнит, что было после этого, но рассказывает, что ее обнаружили родители, после чего она была госпитализирована в ближайшую больницу, где оказалась в реанимации, и оставалась там до тех пор, пока ее состояние не стабилизировалось с медицинской точки зрения настолько, чтобы ее перевели в психиатрическое отделение.

Анализ второй поведенческой цепочки, изображенный на рисунке, включает схему событий, начавшихся во время первой сессии, когда психотерапевт задал Саманте несколько вопросов об аварии. Она отвечала спокойно, твердо и обдуманно, хотя была заметна и определенная чувствительность; в связи с этим психотерапевт заключил, что Саманта очень хорошо справляется с ситуацией. Они составили хороший план, чтобы помочь Саманте совладать с прогнозируемым усилением интенсивности переживаний, которое могло быть вызвано разговором об аварии. Для психотера-

певта осталось неизвестным, что этот разговор чрезвычайно подействовал на Саманту и вывел ее из равновесия. После сессии она вышла на улицу в состоянии такой сильной когнитивной дезорганизации, что на парковке ее чуть не сбила машина. В этот вечер она напилась с друзьями до полной потери сознания.

Анализ третьей цепочки начинается там, где заканчивается анализ второй. Саманта проспала весь день в субботу и воскресенье. В конце концов ее тетя настолько забеспокоилась, что подняла Саманту с постели, настаивая, чтобы она “вышла подышать свежим воздухом или позвонила двоюродной сестре и сходила узнать, какие занятия проводятся на курсах неподалеку”. Тетя продолжала предлагать множество идей для решения проблем; Саманта реагировала дружелюбно, но уклончиво, и в конце концов ради тети вышла из дома, слегка воспрянув духом. Она пошла в бар на углу и начала звонить старым друзьям, решив, что переедет. Она отправила психотерапевту сообщение, где приносила извинения и объясняла, что у нее ничего не получится, если она будет продолжать жить у тети, поэтому ей надо переехать и в связи с этим придется отменить следующую сессию. (К счастью, психотерапевт достаточно быстро прочитала сообщение и связалась с Самантой до того, как она успела сжечь все мосты, а затем убедила клиентку не отменять назначенную на следующий день сессию.)

Что общего можно заметить в данных анализах поведенческих цепочек? Начнем с того, что постараемся сформулировать биосоциальные гипотезы, предполагающие, что 1) поведенческие расстройства могут быть следствием эмоциональной дисрегуляции либо попыток восстановить управления эмоциями; 2) инвалидация может играть определенную роль, поддерживая сложности управления эмоциями. Также следует рассмотреть диалектические дилеммы, которые характеризуют вторичные поведенческие паттерны, упомянутые в главе 1: эмоциональная уязвимость и самоинвалидация, активная пассивность и ложная компетентность, подавленная боль и стойкий кризис. Наконец, следует выяснить, дефицит каких навыков, какие эмоциональные реакции, установки или когнитивные процессы либо проблемное содержание мыслей характеризуют целевое поведение Саманты. На рис. 2.4 изображены первые шаги, предпринятые психотерапевтом Саманты для определения таких общих звеньев между различными видами целевого поведения.

В случае с Самантой можно выделить множество второстепенных целей. Она редко показывает свое стрессовое состояние и необыкновенно хорошо маскирует его в общении с людьми. Это может вызвать у психотерапевта желание напрямую сориентировать Саманту на работу над ложной компетентностью, которая может привести к недооценке стресса и суици-

дального риска психотерапевтом. Кроме того, Саманта будто застряла в Бермудском треугольнике, состоящем из подавленной боли, стойкого кризиса и эмоциональной уязвимости. Все напоминает ей об аварии; чувство стыда и боль оказываются сильнее ее; это заставляет ее импульсивно проявлять проблемное поведение, чтобы избежать слишком сильных переживаний. Даже короткий разговор об аварии с психотерапевтом в ходе предварительного сбора информации оказал на Саманту такое сильное действие, что привел ее к кризису. Второстепенные цели в ее случае, как оказалось, имеют большое значение для первоочередных, таких как суицидальный кризис и поведение, препятствующее терапевтическому процессу.

Наиболее важный дефицит в навыках Саманты — стрессоустойчивость без совершения импульсивных действий, которые бы ухудшали ситуацию. Не совсем ясно, какие установки провоцируют проявление наиболее рискованного поведения Саманты, но умышленное нанесение телесных повреждений, вероятно, связано с отрицательным подкреплением. Таким способом она справляется с невыносимыми состояниями вроде переживания негативных эмоций. Маловероятно, что такое поведение связано с положительным подкреплением (поскольку Саманта прячет следы порезов и, соответственно, не пытается известить окружающих о своем дистрессе). Саманта определенно страдает от проблемных эмоциональных реакций и эмоциональной дисрегуляции. Определенные навыки и эффективное поведение оказываются заблокированы и дезорганизованы чувством стыда, вины, необоснованного страха и другими интенсивными неуправляемыми эмоциями. Не совсем ясно, какие когнитивные процессы или содержание мыслей создают наиболее важные проблемы, но вероятно, что “все бесполезно” — это повторяющаяся безнадежная мысль, предшествующая переходу Саманты к полностью индифферентной позиции по отношению к жизни и смерти. Реакция Саманты на обсуждение травмирующего события с психотерапевтом позволяет предположить, что экспозиционную терапию второго этапа следует отсрочить до тех пор, пока не стабилизируется ситуация с умышленным нанесением телесных повреждений и расстройством пищевого поведения и пока Саманта не приобретет навыки управления эмоциями.

Психотерапевт разработала упрощенную схему поведенческого паттерна Саманты (рис. 2.5) и показала ей во время третьей сессии, чтобы удостовериться, что схема достоверно изображает ключевые элементы происходящего. Хотя психотерапевт берет на себя демонстрацию, рассмотрение и описание повторяющихся паттернов и комментирует последствия того или иного поведения, суть заключается в том, чтобы стимулировать клиента занять такую же позицию.

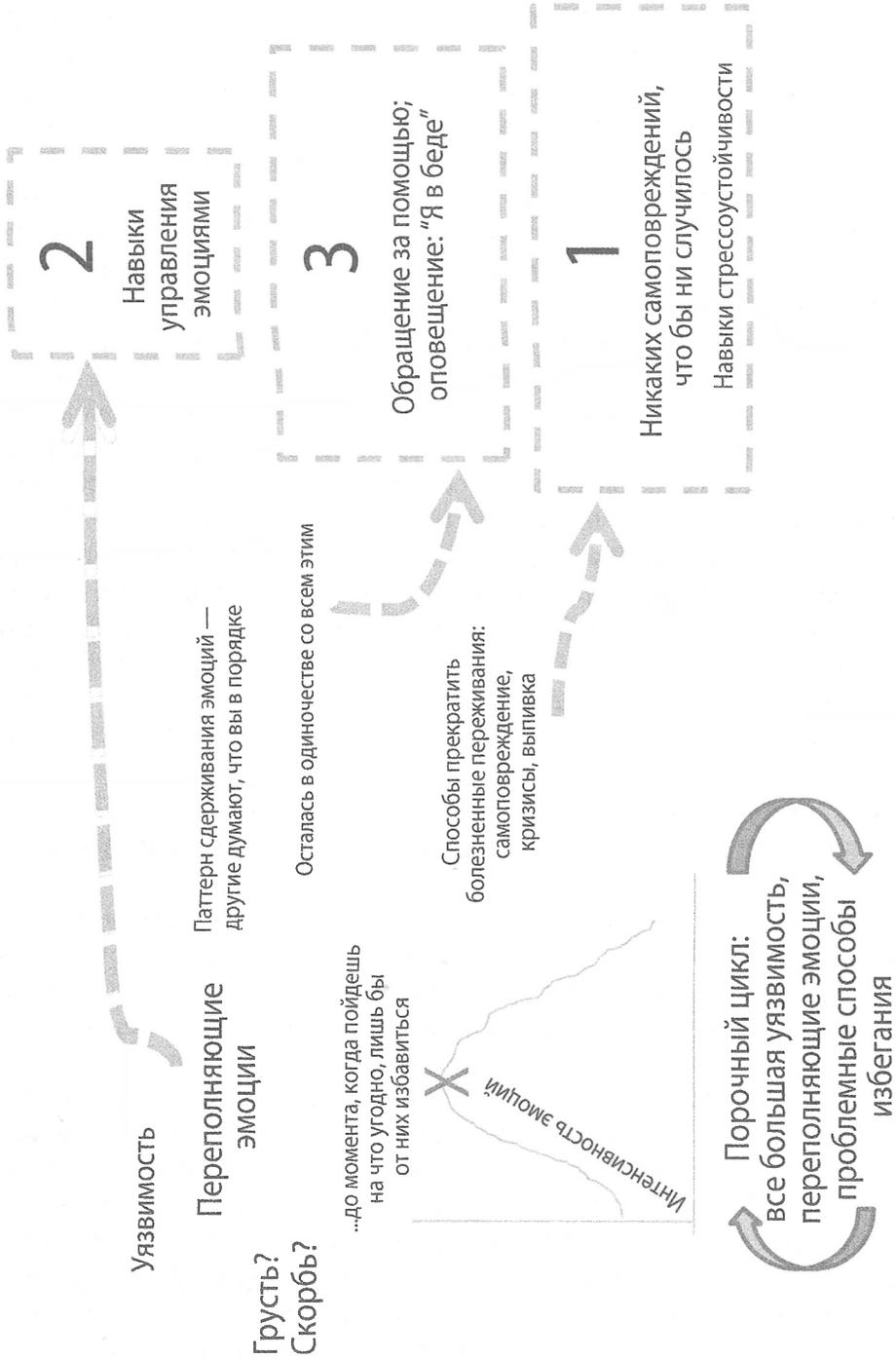


РИС. 2.5. Упрощенная схема поведенческого паттерна, согласованная с Самантой

По мере поэтапного продвижения среди различных целевых сфер и специфического проблемного поведения легко заблудиться в деталях, поэтому следует фокусироваться (снова и снова) на том, что помогает держиваться ориентиров. Постоянно возвращайтесь к сущности проблемы. В этом может помочь афоризм, меткий ярлык, метафора или фраза, схватывающие суть проблемы. Нужно крепко за них держаться, чтобы они могли помочь вам ориентироваться, но при этом следить, чтобы они не мешали вам оставаться открытым новой информации. Стремитесь сохранять “непрерывно вопрошающую позицию, то есть мыслительный процесс, при котором изначальная гипотеза подвергается постоянному пересмотру с точки зрения ее взаимодействия с действительностью. Вот что предотвращает трансформацию гипотезы в предубеждение, искажающее информацию, приводит к озарению и направляет поиск среди сбивающего с толку множества фактов, возможно, имеющих отношение к проблеме, к тому, что точно имеет значение” (Hart, 2007, с. 21).

Концепции формулирования случая в ДПТ, о которых шла речь выше, подобны способам ориентирования на местности. Если одна не работает, попробуйте другую, и так до тех пор, пока картина контролирующих переменных не прояснится или хотя бы не станет ясной настолько, чтобы можно было сделать следующий шаг.

ШАГ 3: АНАЛИЗ ЗАДАНИЙ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МИНИ-ПЛАНА ДЛЯ КЛЮЧЕВЫХ ЗВЕНЬЕВ

Анализ заданий означает составление пошаговой последовательности действий, необходимых для того, чтобы от обстоятельств, в которых находится клиент, и его имеющихся возможностей перейти к желаемому поведению или результату. Можно провести такой анализ с клиентом спонтанно по ходу беседы либо сделать это более целенаправленно. Нужно задать следующий вопрос: “Какая реакция была бы более эффективной в данных обстоятельствах?” Определите замещающее поведение для каждого целевого поведения и наиболее распространенных дисфункциональных звеньев. Затем необходимо точно определить, что нужно делать клиенту, чтобы прийти к замещающему поведению. Таким образом создается терапевтический мини-план, чтобы помочь клиенту перейти от старого поведения к новому и использовать его в определенные ключевые моменты.

Стратегии для таких терапевтических мини-планов берутся из трех источников. Во-первых, следует рассмотреть замену дисфункциональных звеньев диалектико-поведенческими навыками. Во-вторых, изучи-

те научную литературу по психотерапии и нормальной психологии, где рассматривается замещающее поведение. Наконец, необходимо обратиться к личному опыту. Каким образом вы или ваши знакомые решали подобные проблемы? Необходимо быть уверенным в том, что замещающее поведение, предлагаемое вами, действительно может быть реализовано и эффективно в условиях, в которых находится клиент. Например, если для человека характерна сильная дисрегуляция, едва ли можно ожидать от него применения навыков, требующих сложных размышлений. В подобных обстоятельствах пошаговый анализ заданий начинается со стратегий управления эмоциями, а не навыков, требующих от клиента владения собой, как, например, навыки межличностной эффективности. Определить способы решения проблемы, подходящие для конкретных ситуаций, вероятно сложно.

Например, каким образом *вы*, находясь в состоянии крайнего эмоционального возбуждения и при неадекватной реакции со стороны, подавляете импульсивные действия и вместо этого делаете то, что будет в данный момент эффективно? Этот аспект анализа задания предполагает обращение к эмпатии, являющейся чем-то вроде пространственного воображения. Это словно вам перезвонил знакомый с просьбой помочь найти дорогу, но который точно не знает, где находится или какое его текущее местоположение по отношению к тому, куда он хочет прийти. Если вы хорошо знаете местность, то можете описать заметные объекты, чтобы удостовериться, что человек находится там, где вы думаете; после этого вы можете дать точные указания, куда идти дальше. Шаг за шагом, как ему добраться из одной точки в другую. Иногда клиент не может четко сформулировать, что происходит, и это требует от психотерапевта чрезвычайно высокой способности определять его местоположение. Например, психотерапевт Саманты быстро научилась определять слабые сигналы, дающие понять, что Саманта куда более дисрегулирована, чем кажется. Затем она начала предлагать Саманте использовать доску для балансирования или держать в руках лед, чтобы сохранить управление эмоциями перед окончанием сессии.

Вернемся к случаю с Жонелль. Они с психотерапевтом провели анализ заданий, чтобы выявить, каким образом Жонелль хотела бы справляться с ситуацией в те моменты, когда ее мать стоит в дверях, готовая раскритиковать обращение Жонелль с ребенком. Они начали с того, что представили такие результаты и диалоги, которыми Жонелль могла бы гордиться. Ей хотелось бы сказать матери: “Пожалуй, уйди; я сейчас не нуждаюсь в твоей помощи с ребенком. Мы с ним хорошо ладим, если у нас есть возможность делать это по-своему”. Затем Жонелль и ее психотерапевт шаг за шагом

определили, каким образом она может из своего текущего положения дойти до желаемой реакции. Жонелль понадобится способность понимать, в какой момент ей нужно постоять за себя. Как показала диагностика, у Жонелль нет такой способности, поэтому пришлось прибегнуть к саомониторингу для развития осознанности. Ей понадобятся межличностные навыки для достижения своих целей с одновременным сохранением отношений и самоуважения.

Жонелль умеет избегать конфликтов, но не добиваться своих целей и сохранять самоуважение. Во время ролевых игр, когда психотерапевт и Жонелль пытались различными способами рассмотреть ее отношения с матерью, выяснилось, что Жонелль полагает, будто потеряла право высказывать свою точку зрения. Она стыдится того, что у нее не получается быть хорошей матерью. Чувство стыда возникло даже тогда, когда психотерапевт, играя роль матери Жонелль, выдвинула необоснованное требование; Жонелль оказалась полностью дисрегулированной и сдалась. Из этого следует, что следующий важный шаг в выполнении задачи заключается в том, чтобы помочь Жонелль справиться с чувством стыда. Когнитивная реструктуризация также применялась для того, чтобы помочь ей поверить, что она имеет право постоять за себя. Также ей нужна способность подавлять гнев в тех ситуациях, когда мать словесно атакует и критикует ее. Хотя у Жонелль есть такие навыки и она использует их на работе, но не применяет в близких отношениях. По мере того как психотерапевт и Жонелль оценивали ее навыки, выяснилось, что когда мать задевала ее чувства, быстро возникал гнев и оценочные мысли. Услышав причиняющие боль слова матери, Жонелль начинала думать: "Она не должна так поступать! Она должна понимать и поддерживать меня лучше, чем кто-либо другой!" Таким образом, еще одним пунктом, необходимым для выполнения задания, было помочь Жонелль полностью принять тот факт, что по тем или иным причинам мать часто критикует и не поддерживает ее. Терапевтические мини-планы, составленные психотерапевтом для каждой конкретной проблемы Жонелль, в итоге складываются в полный терапевтический план, включающий в себя следующее.

- Определение потребностей, желаний и ценностей Жонелль с учетом ее конфликта с матерью.
- Саомониторинг (для определения момента, когда нужно отстаивать свои интересы) в отношениях с матерью.
- Тренинг навыков (для управления эмоциями гнева и стыда, межличностной эффективности и полного принятия).

- Образная экспозиция (для ослабления реакций на критику в виде чувства стыда).
- Когнитивная модификация (убежденность в необходимости отстаивать свои интересы).

Применение навыков в поведении — непростая задача. У многих есть способность терпеливо направлять ребенка, пока он не перестанет плохо себя вести. Тем не менее, когда склонные к критике родители или бабушки-дедушки видят, что ребенок не слушается, ситуация намного усложняется. Можем ли мы терпеливо обращаться с непослушным ребенком, игнорируя или блокируя направленные против нас заявления других взрослых и не теряя при этом уверенности в себе? А испытывая фрустрацию из-за ощущения собственного бессилия, сохраняем ли мы способность принять их помощь? Можно обладать определенными частичными навыками, например знать, что сказать своему ребенку, как справляться с фрустрацией и нарушением душевного равновесия, замечать критику в словах окружающих, быть открытыми и не занимать оборонительную позицию и так далее, но собрать все это воедино, когда окружающие оказывают на тебя давление, — это и есть эффективное реагирование с применением необходимых навыков. Аналогично, утром в будний день на баскетбольной площадке возле дома можно сделать точный бросок. Но совсем другое — быть способным сделать это в процессе игры, что тоже отличается от способности выполнить такой бросок на последних секундах игры чемпионата. Поэтому в ДПТ терапевтический план должен уделять особое внимание не только тренингу навыков, но также их усилению и генерализации в куда более сложных ситуациях наподобие тех, с которыми мы сталкиваемся в повседневной жизни, то есть не просто практика, а практика во всех необходимых контекстах. Практика поведения чрезвычайно важна в ДПТ, поэтому ей уделяется особое внимание.

В различных ситуациях клиент сталкивается с повторяющимися проблемами по мере того, как пытается освоить более функциональное поведение. При столкновении с подобными повторяющимися препятствиями следует вернуться к четырем факторам поведенческой терапии, чтобы провести диагностику вероятных контролирующих переменных. Нужно найти ответы на следующие вопросы.

1. Каких навыков недостает клиенту?
2. Какие эмоциональные реакции блокируют более эффективное реагирование с применением определенных навыков?
3. Какие установки являются проблемными?

4. Какие когниции или когнитивные процессы блокируют более эффективное реагирование?

Например, имеющийся у Саманты паттерн заставляет обратить внимание на то, как часто ложная компетентность мешает ей получить необходимую помощь. Одним из самых срочных терапевтических заданий было помочь Саманте переносить дистресс, не ухудшая ситуацию. Но дистресс настолько выводит Саманту из равновесия, что ее разум не способен функционировать должным образом. Ей нужна дополнительная помощь, но она стыдится о ней попросить. Она боялась разочарования, если психотерапевт будет недоступен тогда, когда ей это будет нужно, и испытывала панический страх открыться, а затем остаться наедине со слишком сильными чувствами, с которыми она не сможет справиться. Но по ее виду никогда этого не скажешь. Даже когда она пыталась сообщать о своем дистрессе, ее самообладание и ложная компетентность постоянно заставляли других думать, что она не нуждается в дополнительной помощи. Для того, чтобы решить эту проблему, психотерапевт и Саманта прибегли к стратегиям ситуационного управления и практике навыков: Саманта должна была перезванивать каждый день в определенное время в течение двух недель, независимо от того, нуждалась она в данный момент в помощи или нет. Ее заданием было как можно более точно выразить эмоции, которые она испытывала на тот момент. Психотерапевт, помня о пользе, приносимой добродушным подшучиванием друга Саманты, морского пехотинца, проводила телефонный коучинг непринужденно, но с глубоким сочувствием, консультируя клиентку в отношении навыков стрессоустойчивости.

Терапевтические мини-планы в отношении конкретных проблем и механизмов в итоге складываются в полный терапевтический план. Применение техник анализа поведенческих цепочек и анализа заданий помогают наметить путь к важному целевому поведению, определив, что на этом пути следует изменить и какие препятствия могут при этом возникнуть. Возможно, наиболее важное, что вы можете выяснить, — что общего у различных проблемных сфер. Это позволяет сфокусироваться на изменении таких процессов, затрагивая, таким образом, множество целей.

Выявив повторяющиеся паттерны, вы гораздо быстрее сможете определить ваше с клиентом положение в череде событий и выяснить, над чем нужно работать в каждый конкретный момент времени. Вы будто специалист по контролю качества, определяющий длину цепи для определенной проблемы с отдельными звеньями. Когда вы знакомитесь с жизнью клиента и наблюдаете за тем, что происходит во время сессии, первоочередная задача для вас заключается в том, чтобы определить длину поведенческой цепочки, ведущей к умышленному нанесению себе телесных

повреждений, поведению, препятствующему терапевтическому процессу либо ухудшающему качество жизни клиента.

Как правило, проблемного поведения хватает с головой. Сложность заключается в том, чтобы решить, во что вмешаться и как продолжать терапию в случае медленного прогресса и сильного дистресса. Правильное решение заключается в том, чтобы “определить истинную длину цепи”, ведущей к первостепенным терапевтическим целям (умышленное нанесение себе телесных повреждений; поведение, препятствующее терапевтическому процессу либо ухудшающее качество жизни клиента). Над изменениями следует работать на каждом участке поведенческой цепочки, на котором находится клиент. Когда клиент сообщает о том, что столкнулся с факторами уязвимости, ранее приводившими к проблемному поведению, следует заняться работой над этими факторами. Когда клиент находится в состоянии неизбежного суицидального риска, наибольшего внимания и коррекции требуют те звенья, которые связаны с непосредственной опасностью. В сущности, психотерапевт оказывается возле конца цепи с набором инструментов в руках и пытается починить каждое доступное ему звено, по возможности стараясь научить самого клиента заниматься ремонтом в период между сессиями. Если клиент не так близок к концу цепи, психотерапевт может “проверить и починить” те звенья, которые находятся ближе к началу. Схематичное изображение таких путей может быть весьма полезным как клиенту, так и психотерапевту, помогая им определить, как двигаться дальше от проблемных реакций к более адекватным. Для определения способов избегания проблемных реакций необходимо: 1) работать над угрожающим жизни поведением; 2) улавливать паттерны, когда клиент еще достаточно регулируем и адекватен; 3) находить альтернативы общим поведенческим звеньям разных проблем.

На протяжении всего процесса формулирования и терапевтического планирования следует постоянно подытоживать, перефразировать и проверять основные положения с клиентом. Будьте откровенны, готовы к сотрудничеству и психопедагогичны (в такой мере, в какой это будет полезно конкретному клиенту), когда дорабатываете, проверяете или отбрасываете гипотезу. Повторяйте этот процесс, чтобы определить контролирующие переменные для каждого важного проблемного поведения.

На протяжении всего процесса важно придерживаться диалектического мышления — позиции, сохраняющей подвижность и гибкость вашего разума. В диалектической позиции ощущение, что вы зашли в тупик или принимаете одну из противоположных точек зрения, служит сигналом, напоминающим, что вы отделились от понимания действительной ситуации, а небольшой осколок знания, оказавшийся в ваших руках, принима-

ете за комплексную абсолютную истину. Напряженность, недоразумения и поляризация между клиентом и психотерапевтом, а также между участниками экспертной консультационной группы в вопросах, касающихся того, как разобраться в проблеме и работать с ней, вполне ожидаемы и даже приветствуются, поскольку помогают увидеть и понять, что является обоснованным в каждой из противоположных точек зрения.

Образ мыслей и манера беседы в диалектическом анализе напоминают прикосновение кончиком пальца к старомодному красно-белому поплавку, который находится в воде. Напряженность в разговоре или ходе мыслей вызывает ответное напряжение, так же как и прикосновение к поплавку. Давление от прикосновения заставляет поплавок отскочить и появиться в другом месте. Можно привести в пример следующую ситуацию: скажем, клиентка испытывала мгновенное эмоциональное облегчение, когда обжигала свои руки сигаретой, и не хотела отказываться от этого. Когда психотерапевт диагностировал факторы, повлекшие за собой последний инцидент, клиентка равнодушно сказала: “На этот раз ожог был не таким уж сильным”. Психотерапевт ответил так, чтобы подчеркнуть внутренние противоречия в словах клиентки.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Из того, что вы говорите, можно предположить следующее: если бы вы увидели человека, испытывающего сильную душевную боль, скажем, вашу маленькую племянницу, и ей было бы так же плохо, как вам в ту ночь, когда вы обожгли себе руку, — она чувствовала себя такой же разочарованной и уставшей от всего, как и вы — вы бы обожгли ей руку сигаретой, чтобы ей стало легче.

КЛИЕНТКА: Нет, я бы не стала этого делать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Почему?

КЛИЕНТКА: Просто не стала бы.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я верю, что вы бы так не сделали, но почему?

КЛИЕНТКА: Я бы попробовала ее утешить или сделала что-нибудь еще, чтобы ей стало лучше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А если бы утешить ее не получалось — если бы все, что бы вы ни делали, не помогало ей? К тому же, вы бы наверняка не так уж сильно ее обожгли.

КЛИЕНТКА: Я бы просто не стала этого делать. Это неправильно. Я бы сделала что-нибудь, но не это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это интересно, вам не кажется?

Клиентка приходит к заключению, что наносить себе ожоги неправильно — никому и ни в каких обстоятельствах, и что обжечь себя для того, чтобы облегчить боль, не представляет особого труда. Такой стиль диалектического анализа и “причин, почему эти вещи уместны для вас” помог получить важную информацию о ценностях клиентки (по аналогии с подчеркиванием несоответствия во время мотивационного консультирования). Диалектическая позиция отдает предпочтение рассмотрению подобных противоречий в действиях, взглядах и ценностях клиента, равно как и противоречий психотерапевта. Такое рассмотрение само по себе способно привести к изменениям, поскольку диалектический диалог главное внимание уделяет помощи клиенту и психотерапевту в принятии такой точки зрения, которая будет наиболее полной и внутренне непротиворечивой.

Чувствуя, что зашли в тупик или приняли одну из противоположных точек зрения, вы пытаетесь проанализировать, что упущено и что обосновано в каждой из позиций, поэтому формулирование случая и терапевтическое планирование представляют собой ряд диалогов, ведущих к синтезу, а не косное объяснение неизменных фактов. Диагностика должна способствовать контакту с клиентом и диалогу, помогающему определить, что мешает ему жить так, как хотелось бы. Любое направление решения проблемы или психотерапевтической интервенции должны учитывать множество существенных моментов диалога, чтобы сохранять эффективность. Внимание уделяется не только самому клиенту, а, скорее, отношениям между ним, его ближайшим окружением, психотерапевтом и ближайшим окружением психотерапевта.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ БЕСЕДА: МЭННИ

Оставшаяся часть главы посвящена примеру диалога с клиентом в начале предварительного этапа. Он показывает, каким образом психотерапевт применяет иерархию целей, чтобы определить приоритеты диагностики, а также пытается выявить контролирующие переменные для целевого поведения, особенно поведения первого этапа (угрожающего жизни и препятствующего терапевтическому процессу). В то же время сбор информации, например произвольный анализ поведенческой цепочки, выступает стратегией изменений, способной усилить эмоциональную дисрегуляцию у клиента. Поэтому психотерапевту следует диалектически уравновесить стратегии изменения и стратегии принятия (например, применять валидацию на протяжении всего взаимодействия, чтобы помочь клиенту регулировать эмоции и поддерживать разговор).

В то же время психотерапевт диагностирует приоритеты предварительного этапа. Удастся ли психотерапевту и клиенту прийти к согласию относительно терапевтических задач и методов? Какие препятствия, если таковые имеются, стоят на их пути? В достаточной ли мере клиент готов проходить терапию? Ключевое задание для психотерапевта — мотивировать клиента на прохождение терапии, одновременно пытаясь усилить его стремление и осознанную готовность к терапии. Клиенты неоднократно высказывают сомнения в необходимых изменениях. Они могут колебаться, быть настроенными против или полностью отказываться от определенных составляющих терапевтического процесса, которые вы считаете необходимыми. Особенно это касается предварительного этапа, но может иметь место, в той или иной степени, на протяжении всего курса психотерапии. Психотерапевту следует снова и снова убеждаться, что терапевтические методы и план непосредственно и наглядно связаны с важнейшими задачами клиента.

Определение таких задач — важное задание первой сессии. М. Линехан (1993а) обозначила ряд стратегий, помогающих стимулировать готовность клиента к изменениям. Например, в предложенном ниже диалоге используется стратегия заманчивого предложения, чтобы выигрышно показать связи между задачами и желаниями клиента и терапией. Позднее психотерапевт сделала акцент на свободе выбора клиентки и возможности не приступать к ДПТ, одновременно подчеркивая недостаточное количество реальных альтернатив, чтобы клиентка смогла принять во внимание результаты, к которым приведут изменения, и последствия текущего положения дел, если она не пойдет на изменения. Данные стратегии должны основываться на гибкости и искреннем уважении к выбору клиента и его задачам.

В моменты, когда клиент колеблется, вам следует формулировать проблему и терапевтический план, балансируя между противоположными позициями и работая над тем, чтобы прийти к настоящему синтезу. Нужно найти равновесие между потребностями, задачами и предпочтениями клиента и вашими собственными профессиональными и личностными границами, чтобы достичь действительно конструктивного соглашения относительно терапии. Применяйте иерархию целей для анализа поведенческой цепочки и введения базовых стратегий ДПТ (изменения, валидации и диалектических стратегий) для диагностики и терапии высокоприоритетных целей.

В приведенном диалоге психотерапевт пришла в стационарное отделение на встречу с клиенткой, чего требовали условия ее выписки. У клиентки, Мэнни, были случаи серьезного парасуицидального членовреди-

тельства, а также несколько суицидальных попыток с высокой степенью риска. У нее было несколько попыток пройти курс психотерапии, и ни одна из них, на ее взгляд, не принесла конкретной пользы, и Мэнни потеряла всякую надежду. В течение жизни ей диагностировали хроническое ПТСР, биполярное аффективное расстройство, атипичный психоз, ПРД и расстройство прерывистой вспыльчивости. Последняя госпитализация Мэнни вызвана передозировкой, спровоцированной разногласиями с ее предыдущим психотерапевтом, который отказывается продолжать терапию. Диалог отредактирован, подробное описание сбора информации опущено. Разговор начался после некоторых вводных фраз.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В телефонном разговоре вы упомянули, что испытываете смешанные чувства относительно новой попытки психотерапии. Если бы вы собирались снова начать терапию, какую помощь вы бы хотели от меня получить?

МЭННИ: Я точно не знаю. Все говорят мне, что ДПТ, что бы это ни было, как раз мне подходит, поэтому я согласилась с вами встретиться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хмм.

МЭННИ: Но психотерапия, в общем, ничего мне не дала.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мм. Хмм. Получается, многие думают, что вам нужна психотерапия, но вы не уверены, что она может чем-то вам помочь. Буду рада рассказать вам, в чем будет заключаться наша работа, если мы решим работать вместе и использовать ДПТ (*теплая, отзывчивая манера общения и акцент на валидации точки зрения клиентки*), но мне бы хотелось точнее узнать, что вы имеете в виду, когда говорите, что психотерапия ничего вам не дала.

МЭННИ: Удивляюсь, что вы вообще рассматриваете возможность того, чтобы быть моим психотерапевтом. Не думала, что кто-то за меня возьмется, учитывая тот факт, что доктор Джонс вышвырнула меня.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Продолжая разговор и пользуясь возможностью диагностировать препятствующее терапевтическому процессу поведение Мэнни и ее предыдущего психотерапевта.*) И что же произошло с вашим бывшим психотерапевтом, что она “вышвырнула” вас? (*Анализ поведения, препятствующего терапевтическому процессу; диалектическая позиция предполагает, что причина такого развития событий заключается в поведении как клиента, так и психотерапевта.*)

МЭННИ: Ну, у меня в определенном смысле были улучшения, а потом все пошло наперекосяк, и она больше не смогла это выдерживать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что же довело ее до такой крайности? *(Использование теплого, непредвзятого тона, утверждение того, что психотерапевт не осуждает Мэнни и не делает необъективного вывода, что проблема заключается в ней; могло оказаться так, что предыдущий психотерапевт был слишком уязвимым.)*

МЭННИ: Я снова начала причинять себе вред, а потом приняла большую дозу лекарств после того, как сказала ей, что с таблетками покончено.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Возможность оценить задачу с наивысшим приоритетом, суицидальную попытку, психотерапевт уточняет предмет диагностики.)* Получается, что вам было лучше, но затем вы снова начали вести себя так, как раньше, и причинять себе вред, и примерно в это время начали собирать таблетки, не рассказывая об этом вашему психотерапевту?..

МЭННИ: Да, я хотела вернуться в школу, и у меня была работа в библиотеке, которая позволяла мне учиться, но парень из одного из моих классов начал меня преследовать, он болтался на автомобильной парковке до самого закрытия, и в конце концов я все бросила.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Наверное, вы были очень расстроены! И испуганы...

МЭННИ: Да, я звонила в полицию, но они сказали, что не могут ничего сделать *(говорит равнодушным тоном)*, потом я позвонила маме, чтобы она помогла мне с деньгами и я могла уйти из библиотеки, но она не могла помочь, и...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Мягко прерывает клиентку.)* Знаете, когда вы говорите, то кажетесь довольно безразличной, почти небрежной, но у меня есть ощущение, что для вас это было большим шагом назад... *(Замечает несоответствие между содержанием и эмоциональным выражением и делает шаг к диагностике ложной компетентности и сложностей в достоверном выражении эмоций либо их переживании. Предполагает, что это могло быть фактором, препятствующим предыдущим попыткам терапии, поскольку мешает психотерапевту понять, насколько сильный стресс испытывает клиентка.)*

МЭННИ: Да, последние месяцы мне и правда было лучше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Наверное, в связи с этим вам пришлось испытать еще большую боль и разочарование?

МЭННИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, когда вы обо всем этом говорите, то по вашему тону скорее можно предположить, что у вас были проблемы с поиском места для парковки. *(Изображает непринужденный тон Мэнни.)* “Да,

знаете, у меня было несколько месяцев, когда наконец моя жизнь действительно начала чуть-чуть налаживаться, а потом тот парень начал цепляться ко мне, и полиция ничем не могла помочь, как и моя мама, так что все рухнуло". *(Использует грубоватый стиль общения, чтобы подтолкнуть клиентку к изменениям, одновременно валидируя ее проблемы.)*

МЭННИ: *(Смеется.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ваш тон может ввести меня в заблуждение и заставить думать, что это все для вас не так уж важно, но ведь для вас это действительно был существенный шаг назад, не так ли?

МЭННИ: Да. *(По выражению ее глаз заметно, что психотерапевт правильно ее поняла и что Мэнни почувствовала облегчение.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Мысленно отмечает ложную компетентность в качестве гипотезы, но из-за ограничений во времени хочет получить больше информации о задачах первоочередной важности.)* А когда вы начали снова наносить себе повреждения? *(Применяет иерархию целей, чтобы акцентировать внимание на определении факторов, провоцирующих умышленное самоповреждение, приступая к анализу приоритетных поведенческих цепочек.)*

МЭННИ: Когда мама сказала, что не сможет помочь, то я поняла, что все уже не так, как было, и мы тогда разговаривали по телефону.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: С мамой?

МЭННИ: Нет, с психотерапевтом. Я тогда действительно была не в себе, и она перезвонила мне и уговорила приготовить себе чай, но тогда мне было так плохо, что я вылила кипяток себе на руку.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Тогда вы все еще разговаривали с ней по телефону?

МЭННИ: Нет, я положила трубку. А потом просто сделала это. На следующий день я встретила с ней, но я так обожглась, что пришлось идти в больницу скорой помощи и моя рука была вся в бинтах, так что она спросила, что случилось, а я ответила, что чай не очень помог.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хмм... Похоже, что вы сильно на нее сердились... *(Сложности со сдерживанием гнева? Проблемы с уверенностью в себе? Неспособность психотерапевта оценить сложность проблем клиента или недостаточная коммуникация со стороны Мэнни? Отсутствие стимуляции контролировать проблемное поведение в тех случаях, когда самоповреждение возможно, поскольку Мэнни не способна подавлять такое поведение?)*

МЭННИ: Я злилась на всех. На той же неделе, только раньше, я сломала руку, когда ударила кулаком в стену, чуть не подралась на остановке, пока ждала автобус, я действительно была не в себе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, я вас понимаю. Можно ли сказать, что такое случается часто? (*Сложности со сдерживанием гнева?*)

МЭННИ: Что именно, злость и ощущение, что я не в себе?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да.

МЭННИ: Я просто сама все порчу. (*Существенное изменение эмоций.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Мысленно отмечает необходимость еще вернуться к анализу гнева клиентки, а также обращает внимание на то, что Мэнни, возможно, испытывает чувство стыда или грусти в связи с потерей прежнего психотерапевта. Психотерапевт понимает вероятность того, что во время сессии могут возникнуть проблемы, связанные с дисрегуляцией, а также то, что вопросы о частоте проявлений гнева могут восприниматься как инвалидирующие. Психотерапевт продолжает исследовать цепочку, ведущую к передозировке лекарственных препаратов, но полагает, что желательно повысить уровень валидации.*)

(*Мягкий, но деловой тон.*) Да, такие вещи действительно могут отрицательно сказаться на отношениях. Вы действительно не хотели, чтобы так получилось, и очень жалеете, что так произошло, мне так кажется... (*Валидирует эмоции Мэнни и подчеркивает ее положительные намерения и желание улучшить ситуацию.*)

МЭННИ: (*Молча кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Стоит перед выбором: проанализировать эмоциональную дисрегуляцию и, возможно, попытаться над ней поработать либо продолжить диагностику последней суицидальной попытки. Использует прозаичный, неосуждающий тон, чтобы способствовать управлению эмоциями Мэнни и продолжать разговор без дальнейшего усиления эмоциональных переживаний.*) Я рада, что вы делитесь со мной тем, насколько тяжело все это было. Значит, у вас были проблемы в школе, и в течение всей той недели вы испытывали сильную злость, можно сказать, были не в себе, потом обожгли себе руку и начали говорить об этом со своим психотерапевтом, а что было потом?

МЭННИ: Она сказала, что не будет больше со мной работать, если я буду продолжать так себя вести, она могла бы направить меня к кому-нибудь другому, и она это, в общем-то, и сделала.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Складывается впечатление, что это было для вас неожиданностью.

МЭННИ: Мне кажется, она была немного шокирована, когда летом я приходила с изрезанными руками, но... Она понимала, что я дохожу до того состояния, когда уже больше не могу все это выносить и режу себя. *(То, как Мэнни говорит об этом, позволяет предположить, что обнаружение порезов перед психотерапевтом могло быть способом сообщить об испытываемых ею страданиях, поэтому психотерапевт мысленно отмечает необходимость вернуться к этому пункту и оценить, насколько аутоагрессия связана с попытками сообщить о своем состоянии другим людям. Также Мэнни проявляет признаки недостаточного владения навыками стрессоустойчивости («я дохожу до того состояния, когда уже больше не могу все это выносить»)). Тем не менее, сейчас психотерапевт уделяет первостепенное внимание получению основных сведений о суицидальных попытках.)* Но она сказала, что не захочет больше со мной работать, если я собираюсь вытворять подобные вещи.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Получается, что вынести ваше самоповреждение после того, как она старалась вам помочь, выходило за пределы ее возможностей?

МЭННИ: Да, но дело не в ней, я просто была настолько не в себе, что мне нужно было как-то успокоиться... Я просто была настолько... Я просто не могла с этим справиться, так что я просто сделала это, это было глупо, но я сделала это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Получается, вы отчаянно нуждались в помощи, она пыталась вам помочь... И либо телефонный разговор, либо то, как он закончился... Что-то из этого ухудшило ситуацию, и тогда вы ошпарили кипятком свою руку?

МЭННИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А затем вы пришли с перевязанной рукой и?..

МЭННИ: Да, я чуть было не отказалась от встречи, потому что знала, что она плохо это воспримет. Это был бесполезный, глупый поступок.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, это был не самый лучший момент для того, чтобы сказать, что чай не помог. Похоже, разговор действительно был сложным. Мы могли бы вместе поработать над этим — как помочь вам переносить болезненные эмоции, не совершая поступков, о которых потом будете жалеть. Что вы об этом скажете? *(Мягко начинает применять ориентирование на изменения, для того чтобы клиентка согласилась на психотерапию.)*

МЭННИ: Да, я очень сильно выхожу из себя и порчу все вокруг, и так продолжается всю жизнь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, я понимаю, насколько вы не хотите, чтобы так было. Вы спрашивали про ДПТ, и частью данной терапии как раз является то, о чем мы с вами сейчас говорим. Многим людям, испытывающим очень сильные эмоции, не всегда удается справляться с ними, когда они зашкаливают. Один из навыков связан как раз с такими ситуациями, какую вы только что описали, вы учитесь переносить дистресс таким образом, чтобы не делать того, о чем потом пожалеете. Сейчас все, что вы можете сделать, это пощекотать себе нервы — у вас нет особого выбора способов, помогающих справиться с эмоциями, когда они становятся слишком сильными.

МЭННИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Получается, она сказала: “Послушайте, я не смогу с вами работать, если вы будете это делать”, и что вы ответили? *(Психотерапевт снова пытается хотя бы минимально поработать над чувством стыда, усиливая толерантность к нему, одновременно продолжая анализировать поведенческую цепочку, приведшую к суицидальной попытке, что является более приоритетной задачей. Тон психотерапевта спокойный, выражает полное принятие без осуждения, в то же время она не пытается избегать признания того факта, что Мэнни считает свое поведение неприемлемым.)*

МЭННИ: *(Очень серьезно и печально, будто прощаясь.)* Я сказала, что действительно ценю все, что она для меня сделала, она замечательный психотерапевт, и мне действительно было жаль, что я все испортила, как, в общем-то, всегда порчу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хмм, это не очень хорошо звучит. *(Замечает категоричность и предполагает усиление суицидальных мыслей.)*

МЭННИ: А потом я пошла домой и наглоталась таблеток.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Получается, что во время разговора вы решили покончить с собой?

МЭННИ: Ну, иногда нужно признаться себе в том, что именно ты виноват во всем, никто другой, и что ты должен перестать заставлять других людей страдать, понимаете? И просто покончить с этим.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Получается, во время разговора вы начали мыслить таким образом, осуждая себя?

МЭННИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Стыд за ваши действия, ощущение, что вы виноваты во всех ваших проблемах. Похоже на очень сильную ненависть к себе, не так ли?

МЭННИ: *(Кивает.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это очень и очень тяжелая ситуация. Вам нужна помощь в этой ситуации, возможно, психотерапия сможет эту помощь оказать... А потом вы наглотались таблеток?

МЭННИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А что именно вы приняли? *(Психотерапевт собирает общую информацию о суицидальной попытке и дополняет ее новыми сведениями.)* Позвольте мне пересказать историю так, как я ее вижу, чтобы убедиться, что я вас правильно понимаю, хорошо? Ваша попытка самоубийства стала итогом ряда событий, которые начались с того, что у вас были проблемы в школе, потом никто не мог вам помочь, и вы начали выходить из себя, злиться, совершать поступки, о которых жалеете, а ваши эмоции стали настолько сильными, что вы вернулись к своему прежнему поведению, чтобы с ними справиться... Верно?

МЭННИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И потом, когда все каким-то образом стало очень плохо и вы не могли получить нужную вам помощь, вы начали ненавидеть себя за то, что являетесь обузой, за то, что не можете справиться со всеми своими проблемами, и попытались покончить с собой, чтобы таким образом избавиться от страданий самой и избавить от страданий других людей?..

МЭННИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В конце концов вы оказываетесь здесь, помимо своей воли, и другие люди ожидают, что вы начнете проходить ДПТ... Я правильно понимаю?

МЭННИ: Да, это так. Вы все правильно понимаете.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Давайте теперь я расскажу, что я могу вам предложить. Но позвольте сначала уточнить, что я провожу только добровольную терапию, то есть работаю с людьми только тогда, когда мы оба считаем, что это хорошая идея, и приходим к согласию относительно того, как именно мы собираемся работать вместе. Вот как я вижу наши с вами дальнейшие действия — вы рассказываете мне, как у вас идут дела, а я говорю вам, что я думаю насчет того, сможет ли наша совместная работа помочь направить их в другое русло и сделать так, чтобы все было больше похоже на то, чего вам хочется. Мне бы хотелось больше поговорить о том, чего вам хочется, и если после этого мы обе поймем, что можем быть хорошей командой и выполнять ту работу, которую вы хотите выполнить, то тогда мы четко опреде-

лим, как долго мы собираемся работать вместе, как будем справляться с проблемами, возникающими в процессе нашего взаимодействия, и прочие подобные вещи. Сейчас я могу сказать, что вы мне нравитесь, а для меня это важно. А что чувствуете вы? Комфортно ли вам в общении со мной или?..

МЭННИ: Да, я даже удивлена, что говорю так много, обычно я не настолько разговорчива...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, я это чувствую, это замечательно. И для нас такое начало работы было бы очень хорошим. Позвольте мне высказать имеющиеся у меня на данный момент идеи, чтобы мы могли понять, подходят ли они вам и стоит ли пытаться воплотить их в жизнь. В основном я работаю с людьми, испытывающими очень сильные эмоции, которые, не по своей вине, не научились с ними справляться. Они чувствуют, что попали в западню и не могут решить жизненные проблемы, потом эмоции выходят из-под контроля, и эти люди обнаруживают, что нанесение себе повреждений приносит облегчение, успокаивает эмоции, как в том случае, когда, как вы сказали, порезы помогли вам успокоиться.

МЭННИ: Верно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Таким образом, психотерапия, которую я предлагаю, предназначена людям с интенсивными эмоциями и поддерживает их в освоении других способов самопомощи, кроме нанесения себе повреждений. Но для многих сложно расстаться с самоповреждениями. Вы когда-нибудь раньше пытались остановиться?

МЭННИ: Да, я стараюсь этого не делать, но иногда это единственное, что может помочь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. *(Пауза.)*

МЭННИ: Я хотела сказать, что понимаю, что это все делает только хуже, но иногда приходится делать выбор — порезать себе руки или покончить с собой, понимаете?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. Многие чувствуют то же самое, когда приступают к работе по нашей программе... Они чувствуют, что, если им не удастся снять напряжение, они будут ближе к самоубийству.

МЭННИ: Так оно и есть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. И какой самый долгий срок вам удалось продержаться без самоповреждений?

МЭННИ: Мне кажется, почти год, как раз до всех этих событий летом и осенью... Мне кажется, уже четыре месяца мне было лучше.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Ничего себе. Мне чуть ли не плакать хочется, как подумаю, насколько тяжело вам было пережить это время. Ничего себе. Что ж, при следующей встрече, если вы решите, что хотите встретиться, мы, возможно, захотим поговорить о вашем опыте в том, как остановить нанесение себе повреждений, но мне сейчас кажется, что важнее в этих условиях обсудить вопрос о том, хотели бы вы освоить другие способы справляться с сильными эмоциями и жизненными проблемами? То есть не хотите ли вы избавиться от привычки резать себя или еще чего-то в этом роде? *(Применение стратегии заманчивого предложения, чтобы мотивировать клиентку к прохождению психотерапии.)*

МЭННИ: Что вы имеете в виду?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я хочу сказать, что для некоторых людей это нечто вроде части их личности, их самих.

МЭННИ: Нет, ничего подобного, я просто не выдерживаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. Я так и подумала, судя по всему, что вы мне сказали. Скорее, суть заключается в том, что вам нужно решить проблемы, из-за которых ваша жизнь рушится — а в вашей жизни действительно происходят плохие вещи. В чем вы нуждаетесь, так это в помощи с решением актуальных проблем — вам нужны деньги для образования, ощущение безопасности, это действительно проблемы, и лишняя помощь вам бы не помешала. Есть еще одна проблема — то, что душевная боль бывает настолько сильной, что вы не можете с ней справиться. Мне хотелось бы знать, если мы будем работать вместе, сможем ли мы помочь вам найти другие способы справляться с сильными эмоциями, помимо того, чтобы наносить себе увечья. Что вы думаете о том, чтобы поработать в этом направлении?

МЭННИ: Ничего не получится, скорее всего. Я несколько раз проходила психотерапию, и ничего хорошего из этого не выходило.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, мне нужно узнать об этом больше... Мне не хотелось бы пытаться сделать что-то, через что вы уже прошли, и снова вызвать у вас разочарование... Вы ведь действительно пробовали многое. *(Принимает обоснованность беспокойства Мэнни, одновременно продолжая стимулировать ее к изменениям.)*

МЭННИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. *(Долгая пауза.)* Мне бы действительно хотелось более подробно это обсудить, чтобы мы обе были уверены в том, что пси-

хотерапия сможет помочь вам достичь желаемого. Одна из вещей, с которых, на мой взгляд, нам следует начать, это использование ваших порывов причинить себе вред, особенно мыслей о самоубийстве, в качестве индикаторов, оповещающих о том, что ситуация ухудшается, — мы действительно будем работать над тем, чтобы помочь вам решить имеющиеся жизненные проблемы, которые заставляют вас хотеть умереть, а также помочь вам расширить выбор способов, помогающих вам справиться с сильными эмоциями. Вы знаете что-нибудь о теории научения?

МЭННИ: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я схематически изобразю на доске, что это значит, хорошо? Вот интенсивность эмоций, а вот время. Когда случается что-то такое, что усиливает эмоции, то происходит следующее. У одних людей эмоциональная реакция постепенно усиливается до определенного предела, а затем довольно быстро эмоции ослабевают. Но у других людей все не так — эмоции вспыхивают и усиливаются настолько, что их невозможно выносить, и тогда человек делает что-нибудь, чтобы облегчить это состояние. Мне кажется, это тот самый момент, о котором вы говорите: “Я не могу этого выносить”.

МЭННИ: Да, не могу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но проблема заключается в следующем: когда вы прекращаете это состояние в наиболее интенсивной его точке, как это воспринимает ваш разум?

МЭННИ: Что?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Представьте, что ваш разум — это ребенок, который очень хочет чего-то и требует “Дайте мне облегчение!”, как ребенок, который кричит: “Хочу конфету!” Вы даете ему облегчение, и что происходит в следующий раз, когда, скажем так, ваш разум находится в магазине сладостей?

МЭННИ: Будет еще худшая истерика — так ведет себя моя племянница, ей три года.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно, и в конце концов вы ей уступаете, потому что она очень громко кричит. Вы избегаете дискомфорта, вызываемого ее криками. И что происходит в следующий раз, насколько усиливаются ваши эмоции, если вы пытаетесь воздержаться от того, что сделали в прошлый раз?..

МЭННИ: Они усиливаются до такой степени, что мне приходится сдаться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. В этом заключается проблема самоповреждения как средства решения проблемы. Если вы хотите ослабить слишком сильные эмоции, то это поможет, но ухудшит последующие подобные ситуации. Понимаете?

МЭННИ: Когда я режу себя, мне становится легче, но позднее, когда я пытаюсь не делать этого, мои эмоции усиливаются все больше и больше, пока я в конце концов не сдаюсь...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. Ну а если бы вы хотели помочь своей племяннице, которая не может контролировать свои эмоции, вы бы поддались ей или сделали что-то другое?

МЭННИ: Нет. Я бы никогда ей не поддалась... Я хочу сказать, что она бы научилась не устраивать истерики, если бы я не поддавалась.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. По сути, это то, что я предлагаю. Если мы решим работать вместе, то рассмотрим все обстоятельства и жизненные проблемы, провоцирующие эмоции, которые невозможно выдержать, а потом сделаем сразу несколько вещей, чтобы решить проблему. Во-первых, у вас нет особого выбора в те моменты, когда ситуация наиболее тяжелая и эмоции переполняют вас. Я упомянула тренинг навыков, и если мы с вами в ближайшее время начнем совместную работу, мне бы очень хотелось, чтобы вы присоединились к группе, которую ведут Гэри и Кристен. Они очень хорошие тренеры, и действительно интересные, искренние люди, и мне кажется, они могли бы вам понравиться. *(Продолжает ориентирование на изменения и подготовку клиентки.)* Вы освоите много новых навыков, и они смогут вам пригодиться в самые тяжелые моменты. Еще я предлагаю нам с вами работать очень-очень старательно и дружно, и вы в любой момент сможете позвонить мне и обратиться за помощью, и я попробую подсказать вам, что делать. Все дело в том, что прекратить причинять себе вред невероятно сложно, потому что это помогает, это ослабляет душевную боль. Но, как и в примере с вашей племянницей, когда ваш разум кричит о том, что больше не может этого выдерживать, мы сделаем следующее — будем настолько тесно сотрудничать, чтобы вместе пережить это время и прийти к тому, чтобы вы ни при каких обстоятельствах не сдавались, когда ваш разум кричит о том, что ему необходимо облегчение... Вероятно, поначалу вам со мной будет тяжело, но со временем вы приобретете определенные навыки, и вам станет легче. *(Пауза.)* Со временем все сложится приблизительно так...

МЭННИ: Что вы имеете в виду, когда говорите, что нельзя сдаваться, когда разум требует облегчения?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Когда я говорю об этом, я имею в виду, что мы должны прийти к решению абсолютно забыть о таких способах, как нанесение себе порезов и попытки самоубийства, пока вы не освоите новые способы справляться с душевной болью. Я хочу сказать, что у вас есть опыт других видов психотерапии, когда вы получали поддержку, но продолжали использовать ваши способы добиться облегчения, и вы только что рассказывали мне, что это не помогло... *(Продолжает подтверждать обоснованность беспокойства Мэнни, одновременно мотивируя ее к изменениям.)*

МЭННИ: Да. *(Обе молчат, глядя на доску.)* Получается, вы утверждаете, что я должна буду не делать всех этих вещей, которые приносят мне облегчение...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: На самом деле я не утверждаю, что вы "должны" что-либо делать. Как я говорила, я работаю с людьми, только если мы оба действительно придем к согласию относительно того, что делаем *(подчеркивание свободы выбора)*... Здесь скорее дело в моем понимании работы разума. Если вы хотите, чтобы ситуация поменялась, вам нужно найти что-то другое, помимо облегчения. Поддержка и периодическое самоповреждение, чтобы почувствовать облегчение, — это вы пробовали. Конечно, вы вполне можете попробовать то же самое *(произносит это непринужденным тоном и с легкой улыбкой, на которую Мэнни отвечает)*... Нет, серьезно, отказаться от облегчения — это очень тяжело, и я готова побиться об заклад, что, кроме меня, социальные работники могут найти другие предложения, поэтому я хочу сказать, что вам нужно решить, хотите ли вы пойти этим путем. Но если мы будем работать вместе, тогда, как мне кажется, особенно если учесть, что я вижу в вас определенную силу, и то, что нам с вами сейчас так легко разговаривать, если мы откажемся от таких способов облегчить ситуацию и действительно будем усиленно работать, то месяца через четыре, пять, шесть вы будете уметь справляться с сильными эмоциями таким образом, что вам будет от этого комфортно, а через год мы значительно продвинемся на пути к тому, чтобы сделать вашу жизнь такой, как вы хотите... Это действительно сложно, может быть, это будет самое сложное, что вам когда-либо приходилось делать в вашей жизни... *(Длинная пауза. Психотерапевт переходит от изменений к анализу масштабов боли в жизни Мэнни, наблюдая за ее дыханием.)*

МЭННИ: Хорошо. *(Обе молчат.)* Дайте мне подумать об этом... На это нужно решиться...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. Для достижения желаемых вами результатов, мне кажется, это именно то, что нужно... Да... И я думаю, что следует действительно рассмотреть этот вариант, потому что правда трудно отказать от облегчения и попробовать найти другой способ... Время нашей встречи подходит к концу... Позвольте мне сказать, что, на мой взгляд, я узнала достаточно и заинтересована в продолжении разговора, мне приятно было бы работать с вами вместе, и сейчас действительно от вас зависит, встретимся ли мы снова...

МЭННИ: Мне правда, правда нужно подумать.

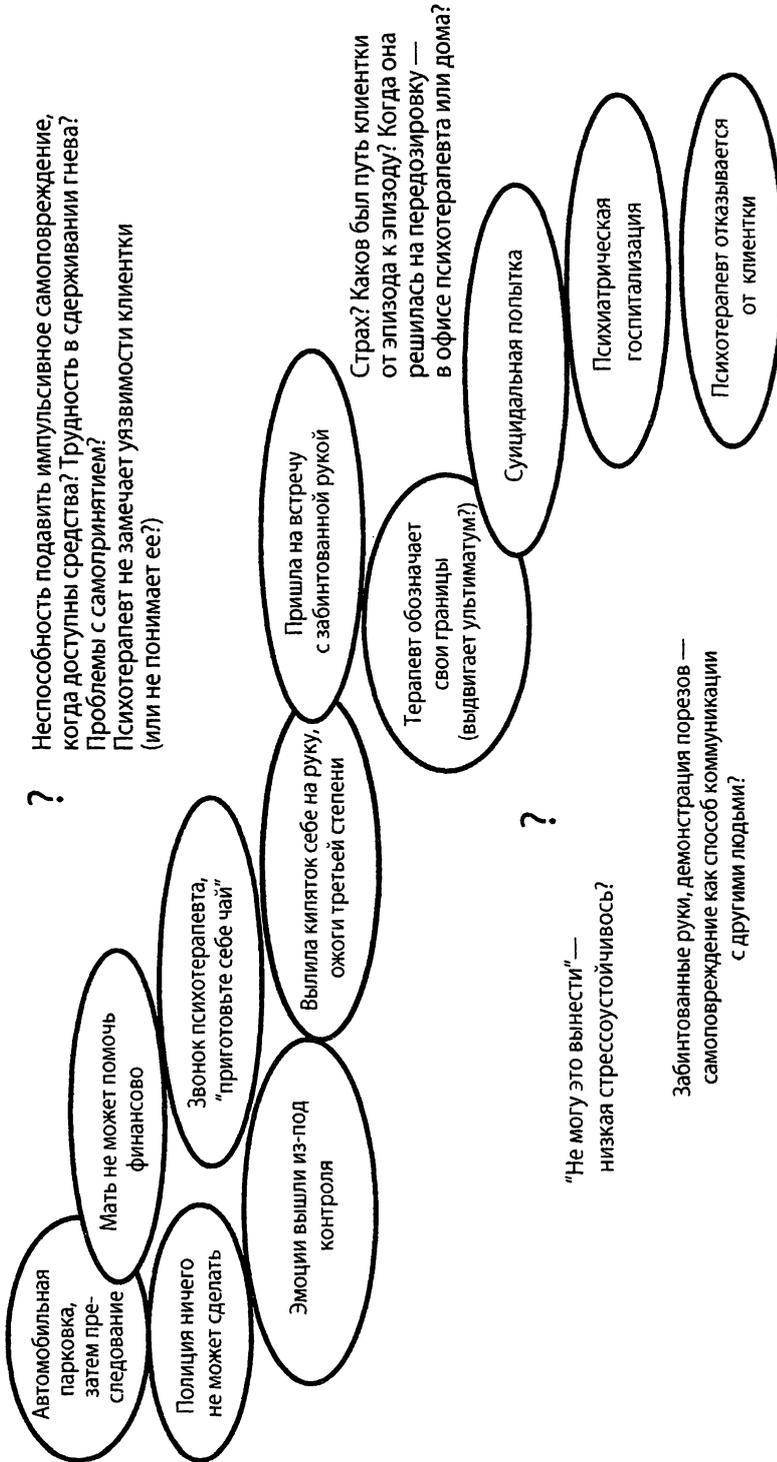
ПСИХОТЕРАПЕВТ: Конечно. (*Теплая, спокойная манера разговора.*) Конечно. На вашем месте мне бы тоже понадобилось время, чтобы подумать, так что все в порядке. Социальный работник сказал, что вы пробудете здесь еще два дня, правильно?

МЭННИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что ж, я как раз буду в этой части города завтра во второй половине дня, так что, если у вас будут вопросы или еще что-нибудь, это была бы хорошая возможность встретиться. Если вы захотите встретиться, то просто позвоните мне. Вот мой номер телефона — это самый удобный способ со мной связаться. (*Дает Мэнни номер.*) Хорошо (*встает, пожимает руку Мэнни, очень тепло*), буду ждать от вас вестей, и, конечно, испытывая к вам симпатию, я теперь надеюсь, что вы захотите продолжить разговор, но, конечно, это важное решение... Не хотите ли меня проводить?

МЭННИ: Да.

Данный пример показывает, как описанные в настоящей главе концепции используются в начале взаимодействия. Применяя иерархии целей, биосоциальную теорию и второстепенные цели, а затем обращаясь к теориям поведенческих изменений, психотерапевт осуществляет анализ проблем, приведших к тому, что клиентку направили на прохождение ДПТ. Рис. 2.6 и табл. 2.2 отображают первую попытку систематизировать информацию, имеющуюся на данный момент. Рис. 2.6 представляет собой попытку психотерапевта проанализировать поведенческую цепочку и набросок диагностических вопросов после первого контакта с клиенткой. Табл. 2.2 составлена в соответствии с иерархией первостепенных целей первого этапа и дополнена заметками психотерапевта “для себя”, ведущими к следующему ряду диагностических вопросов. Каждый психотерапевт по-своему запоминает контролирующие переменные, поэтому я включила сюда предварительные наброски мышления психотерапевта, чтобы подтолкнуть вас экспериментировать и помочь вам понять общие пат-



8. Предварительная визуализация случая Мэнни: формулирование случая и терапевтический план

терны контролируемых переменных для ваших клиентов. В этом случае психотерапевт задается вопросом, заключается ли решающий контекст, связанный с суицидальным поведением клиентки, в ее неспособности получить необходимую помощь от других людей, возможно, вследствие сочетания дефицита ее межличностных навыков с такой второстепенной целью, как ложная компетентность, и/или, вероятно, из-за слишком сильного чувства стыда, вынуждающего ее молчать. У нее также есть вопросы относительно концептуализации действий наподобие выливания кипятка себе на руку. У психотерапевта есть подозрения, что аутоагрессия выполняет несколько функций. Похоже, что она представляет собой импульсивное действие, направленное на облегчение дистресса, поэтому необходимо улучшить навыки стрессоустойчивости. Однако, принимая во внимание рассказ клиентки о том, что ее бывший психотерапевт была расстроена, увидев следы самоповреждения, психотерапевт также захочет определить, служит ли аутоагрессия средством коммуникации с другими людьми. Во время следующей сессии психотерапевт уделит особое внимание выяснению того, почему клиентка начала скрывать, что накапливает медикаменты, чтобы определить контролируемые переменные для данного важного звена в цепочке, приведшей к суицидальному поведению. Читая описание разговора, вы могли обнаружить, что вам в голову приходят вопросы и предположения, о которых не подумала психотерапевт. В ДПТ это ожидаемо и даже желательно, поскольку различные точки зрения могут ускорить понимание проблем клиента и лучшего способа их решения. Данный отрывок также иллюстрирует характерное взаимодействие на предварительном этапе и дает первоначальное представление о том, каким образом психотерапевт использует комплекс базовых стратегий ДПТ для диагностики, ориентирования клиента и подготовки к изменениям.

ТАБЛИЦА 7.2. Заметки психотерапевта относительно целевых сфер

Предварительный этап

- Необходимо понять, чего хочет Мэнни, на что нацелена наша работа — на возвращение в школу? На что?
- Мои границы: необходимо прийти к согласию относительно того, что Мэнни накапливает лекарства, и в то же время сохранять это в секрете.

Угрожающее жизни поведение

- Передозировка, накопление медикаментов, неспособность сказать психотерапевту об этом/ложь? Когда она начала накапливать медикаменты? В какой именно момент она решила принять большую их дозу? Что из лекарств у нее есть сейчас? Что привело к тому, что она утаила тот факт, что накапливает медикаменты, — что поможет нам быть уверенными в том, что в этот раз у нас будет по-другому?

Окончание табл. 2.2

- Выливание на себя кипятка, ожоги третьей степени: импульсивность? Способна ли она контролировать импульсивность, имея дело со способами самоповреждения? Как именно проходил телефонный разговор, подтолкнувший ее к этому событию?
- Демонстрация порезов психотерапевту — служит ли ее самоповреждение средством коммуникации с другими людьми?
- Насколько серьезно то состояние, когда она “не в себе” — когда доходило почти до драки на автобусной остановке? Риск получить повреждения или причинить вред другим?
- «Это моя вина», «прекрати заставлять других страдать», сильное чувство вины — необходимо провести дальнейший анализ и определить, есть ли общее в суицидальной попытке и парасуицидальной аутоагрессии.

Поведение, препятствующее терапевтическому процессу

- Нежелание предыдущего психотерапевта продолжать терапию после суицидальной попытки. Со стороны клиентки — психотерапевт назвала конкретные условия (“Я не буду больше работать с тобой, если ты будешь так себя вести после моих попыток помочь”). Клиентка обожгла руку, настолько, что потребовалось обратиться за медицинской помощью, и произошло это после того, как она закончила телефонный разговор с психотерапевтом. “Психотерапевт не могла больше этого выносить (нанесение себе повреждений)”. Клиентка говорила, что с таблетками покончено, но на самом деле она накапливала их, а потом приняла большую дозу. Нужны дополнительные подробности — клиентка позволит уточнить, что пошло не так, чтобы мы могли этого избежать?
- Очевидно, что манера вести разговор о собственном дистрессе у клиентки не соответствует тому, что она испытывает на самом деле. Каким-то образом получилось, что ей была предоставлена помощь, но взаимодействие было нарушено — почему?

Качество жизни

- Сложности со сдерживанием гнева? Чувство стыда?
- Проверить, есть ли данные качественного диагностического обследования в истории болезни, в других местах, где оно могло бы проводиться, до выписки клиентки.

Дефицит навыков

- Определенно испытывает трудности со стрессоустойчивостью.
- Каким-то образом не смогла получить нужную помощь от матери, полиции, предыдущего психотерапевта — почему?

Перейдем теперь к подробному описанию поведенческих стратегий, ориентированных на изменения (глава 3), ориентированных на принятие стратегий валидации (глава 4) и диалектических стратегий (глава 5).

Стратегии изменений

*В те краткие дни, когда чувствуешь силу,
Спеши и крыльев своих не щади.*

Руми

После определения структуры, описанной в главе 1, и начала концептуализации проблем клиента, как описано в главе 2, следует рассмотреть применение трех комплексов базовых стратегий ДПТ, чтобы перейти к вопросам, требующим разрешения. Мы начнем с первого из них: стратегий, ориентированных на изменения, почерпнутых из поведенческих наук, особенно из когнитивно-поведенческой традиции. В данной главе рассказывается, как применять стратегии изменения, когда 1) клиент предрасположен к эмоциональной дисрегуляции, 2) у клиента серьезные хронические проблемы и негативный опыт предыдущей психотерапии, 3) все это отражается не только на жизни клиента, но и на терапевтических отношениях. Как правило, психотерапевту приходится работать одновременно над многими серьезными проблемами. Поэтому в ДПТ принцип иерархизации целей и формулирование случая клиента обеспечивают основные указания относительно того, *на чем* сосредоточить работу и как распределить время со стратегической точки зрения. Что вам нужно делать — это уделять достаточное количество внимания цели наивысшей приоритетности, но не следует посвящать ей все время сессии; чаще всего во время одной сессии проводится работа над многими целями. Чтобы работа приносила результат, необходимо сосредоточить внимание на контролирующих переменных, присутствующих в различном целевом поведении, и включить в общий процесс стратегии изменения. В частности, стратегии изменения, направленные на эмоциональную дисрегуляцию клиента. Психотерапевту часто приходится быстро проводить оценку и творчески применять основ-

ные элементы стратегий изменения в соответствии с текущим моментом, наполняя сессию движением, скоростью и плавностью. Данная глава иллюстрирует, как применение стратегий изменения может быть творческим, гибким и точным.

ДПТ требует от психотерапевта относиться к сессии подобно тому, как джазовый музыкант относится к своей игре. Мастерское владение основными принципами делает импровизацию одновременно упорядоченной и свободной. Как музыканту требуется совершенное знание своего инструмента, так и психотерапевту в ДПТ нужно овладеть техниками поведенческой терапии, чтобы обеспечить движение, скорость и плавность во время сессии. Как сказано в главе 2, инструменты, используемые для выявления контролирующих переменных проблемного поведения, — это принципы поведенческой терапии и поведенческая диагностика. Инструменты, используемые для того, чтобы помочь клиенту прийти к желаемым изменениям, — это стратегии изменения (самомониторинг, поведенческий анализ и анализ способов решения проблем, дидактические и ориентирующие стратегии), а также процедуры (практика навыков, экспозиция, ситуационное управление, когнитивная реструктуризация) (O'Donohue & Fisher, 2009). В табл. 3.1 приведен список стандартных когнитивно-поведенческих стратегий, имеющих соответствие в ДПТ.

ТАБЛИЦА 3.1. Стандартные стратегии КПТ и их соответствующие модификации в ДПТ

Стандартные стратегии КПТ	Стратегии ДПТ
Ориентирование	Микроориентирование
Дидактические стратегии	Обучение принципам поведенческой терапии
Осознанная готовность к терапии	Диалектико-поведенческие стратегии осознанной готовности
Самомониторинг	Дневник клиента ДПТ
Анализ поведения/функциональный анализ	Анализ поведенческих цепочек
Инсайт	Биосоциальная теория и акцентирование внимания
Анализ способов решения проблем	Выяснение причин проблемы и генерализация
Процедуры тренинга навыков	Диалектико-поведенческие навыки
Экспозиционные техники	ДПТ как экспозиция
Процедуры ситуационного управления	Естественное ситуационное управление в терапевтических отношениях; правило 24 часов; правило четырех пропусков

Стандартные стратегии КПТ	Стратегии ДПТ
Методики когнитивной модификации	Диалектическое убеждение, логика, мудрый разум

Как упоминалось в главе 1, профессиональная компетенция в вопросах поведения человека в ДПТ необходима. Читателям, у которых не было возможности изучать поведенческую терапию, следует обратиться к работам таких авторов: Райт, Баско и Тейз (2006), Энтони и Барлоу (2010), О'Донохью и Фишер (2006). В данной главе в основных чертах рассмотрены стандартные техники КПТ, приведенные в табл. 3.1; затем описывается, какие изменения привнесены в каждую из них, когда они используются в структуре ДПТ.

ОРИЕНТИРОВАНИЕ И МИКРООРИЕНТИРОВАНИЕ

Большинство протоколов КПТ, как правило, начинаются с ориентирования клиента на рациональность предложенной терапевтической интервенции и предложения простых и ясных инструкций по оптимальному участию в работе над выполнением терапевтических заданий. Каждая интервенция непосредственно связана с важнейшими задачами клиента, и, таким образом, клиент способен хорошо понять, что ему предлагают, почему и как это сделать. На предварительном этапе ДПТ проводится не только ориентирование клиента, но также то, что можно назвать “*микро-ориентированием*”. Поскольку стратегии изменения сами по себе могут восприниматься как инвалидирующие, они способны усилить эмоциональную дисрегуляцию, что, в свою очередь, может помешать совместной работе над терапевтическими заданиями. Таким образом, вам придется регулярно пояснять клиенту, почему конкретное терапевтическое задание необходимо для достижения задач клиента, а также давать ему конкретные указания насчет того, каким образом продолжать работу над заданиями, несмотря на эмоциональную дисрегуляцию.

Например, клиентка и психотерапевт проводят анализ причин, спровоцировавших на этой неделе конкретный случай целевого поведения. Когда психотерапевт начал задавать уточняющие вопросы, клиентка неожиданно свернулась в кресле, опустил голову и замолчал. Такой тип поведения указывает на эмоциональную дисрегуляцию. Чтобы продолжить анализ целевого поведения, необходимо помочь клиентке справиться с эмоция-

ми, равно как и ориентировать ее на работу над первоначальной задачей. Подобное микроориентирование может выглядеть следующим образом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сюзи, произошло что-то такое, что заставило вас свернуться в кресле и замолчать. Могу предположить, что дело в нахлынувших эмоциях — может быть, это страх? Или чувство стыда?

СЬЮЗИ: *(Кивает и говорит шепотом.)* И то, и другое.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Предполагает, что клиентка испытывает слишком сильные эмоции, с которыми не может справиться, и потому продолжает говорить мягким, но прозаичным тоном. Предположив, что могли быть ситуации, когда другие люди не реагировали на менее драматичное выражение стресса и, таким образом, непреднамеренно сформировали у клиентки экстремальный стиль коммуникации, психотерапевт пытается обеспечить ясный, уместный в данных обстоятельствах, отзывчивый ответ, без чрезмерной заботы или осуждающего, пренебрежительного тона.)* Хорошо, а вы знаете, что делать с этим?

СЬЮЗИ: *(Качает головой.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нужно начать нашу работу заново, чтобы вы могли сегодня получить то, что вам нужно. В противном случае, когда вы будете уходить, почувствуете себя плохо. Понимаете? *(Поясняет рациональность управления эмоциями для реализации задач клиентки.)*

СЬЮЗИ: *(Поднимает глаза на психотерапевта и внимательно слушает.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это означает, что вам нужно настолько справиться с эмоциями, которые испытываете, чтобы быть способной продолжить работать со мной. Может быть, вам для этого нужна моя помощь, или вы сами знаете, как позаботиться о себе и справиться с эмоциями, чтобы продолжить разговор?

Если в данном примере клиентка не знает, как справиться с эмоциями, психотерапевт специально консультирует ее по этому вопросу, что показано в следующем примере, в разговоре, который занял около 10 минут во время одной из последующих сессий.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Сюзи, вы понимаете, что только что сменили тему разговора?

СЬЮЗИ: *(Слабая испуганная улыбка, слегка съежилась.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне кажется, это один из тех случаев, когда человек меняет тему разговора автоматически, неосознанно пытаюсь таким образом справиться с эмоциями. Хотелось бы знать, возможно, вы испуганы? Так ли все происходит?

СЬЮЗИ: Может быть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Здесь можно пойти двумя путями: мы можем сменить тему или продолжать говорить о том же, несмотря на то, что ваши эмоции усиливаются. Помните наш разговор о выработке рефлекса избегания? Когда тема разговора вызывает дискомфорт, иногда вы избегаете ее, но тогда вы не можете получить помощь, в которой нуждаетесь. *(Связывает терапевтические методы и задачи клиентки.)* Возможно, сейчас следует сделать осознанный выбор в пользу того, чтобы продолжить разговор на ту же тему, даже если он продлится совсем недолго. Чтобы это сделать, вам следует снова поднять ту же тему, сознательно говорить о трудных вещах, о том, что вы чувствуете... Чувствуете, как вы даже сейчас задержали дыхание? Вы сможете сейчас сделать глубокий, спокойный вдох?.. Да... Еще раз... Да, даже несмотря на то, что это действие не характерно для состояния страха *(использует навыки управления эмоциями)*. Как вы думаете, можем ли мы еще немного обсудить эту тему?

В другом примере клиент и психотерапевт анализируют цепочку целевого поведения. В ответ на ключевой вопрос клиентка очень быстро ответила: "Я не знаю".

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Иногда мне сложно понять, что значит фраза "Я не знаю", когда вы произносите ее так быстро. Это что-то вроде "В моих мыслях пробел", или "Я бы хотела не говорить об этом", или *(замолкает с чувством искреннего любопытства)*... Что-то еще? Что означало это "Я не знаю"?

СЬЮЗИ: Я не знаю... Я имела в виду, что не знаю, что сказать...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хмм, дилемма заключается в том, что сейчас тот момент, когда ваши дальнейшие действия зависят от способности разобраться с собственными чувствами. И что сейчас нужно сделать, это обратить внимание на то, что в вас происходит. Я спросил, что вы испытывали, когда он сказал это вам, и если вы сделали секундную паузу, то какие мысли вы заметили, были ли какие-то физические ощущения?.. У вас есть столько времени, сколько вам нужно, спешки нет... Вы не обязаны предоставить какой-то четкий ответ, вам просто нужно немного поискать...

Подобное микроориентирование обеспечивает постепенное обучение от простого к сложному для поддержания работы, ориентированной на изменения.

ДИДАКТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ

Подобно другим когнитивно-поведенческим направлениям, ДПТ использует дидактические, или обучающие, интервенции, такие как психологический “ликбез”. В ДПТ следует непредвзято, спокойно констатируя факты, обсудить диагностические критерии, соответствующие исследования, а также предоставить клиенту прочую информацию, которая поможет ему понять свои трудности и терапевтический процесс. В ДПТ также непосредственно обучают поведенческим принципам, почти как если бы клиент был студентом магистратуры или участвующим в тренинге психотерапевтом. Это делается для того, чтобы клиент не только знал, как управлять обстоятельствами, вызывающими у него то или иное поведение, но также мог научить этому других. Например, некоторые клиенты переоценивают наказание как способ управления собственным поведением. Они никогда не учились навыкам самоуправления, необходимым для обучения, поддержания и генерализации нового поведения, а также для подавления или предотвращения нежелательного поведения. С этой целью психотерапевт часто обучает клиента конкретным принципам поведенческих изменений, постановке реалистичных целей и терпимому отношению к медленному прогрессу, планированию предотвращения рецидивов и, в более общих чертах, анализу окружающей обстановки и собственного поведения, а также ситуационному управлению и контролю стимулов для поддержания желаемых изменений (Linehan, 1993a).

Клиентам необходимо понимать подобные принципы поведенческих изменений не только для того, чтобы контролировать свое собственное поведение, но и потому, что психотерапевты и другие люди из социального окружения клиента часто непреднамеренно усиливают суицидальное и другие виды дисфункционального поведения. Например, одна клиентка страдала от хронического суицидального поведения, ведущего к неоднократным длительным госпитализациям в психиатрическую больницу. Когда клиентка во время прохождения амбулаторной терапии совместно с психотерапевтом рассматривала паттерны, приведшие к госпитализации, и паттерны, спровоцировавшие длительное пребывание в больнице, то им удалось обнаружить обстоятельства, обуславливающие проблемное поведение.

Поскольку клиентка была красивой и очень худенькой девушкой, она, естественно, вызывала у других людей желание заботиться о ней. В этом и заключалась проблема. Когда она вела себя как хрупкий, пассивный человек, проблемы оставались нерешенными, другие люди вмешивались в ситуацию и принимали ответственность на себя. Затем она пыталась про-

тивостоять их контролю, что в конце концов приводило к значительному силовому противостоянию. Дисконтроль клиентки и возрастающая угроза суицида заставили людей из ее ближайшего окружения подумать о ее госпитализации. В больнице же, когда она казалась наиболее уязвимой, персонал делал исключения и облегчал требования режима. В результате неумышленно подкреплялось ее поведение в образе хрупкого и пассивного человека. Хотя и оказанная из соображений доброты и заботы, но это была та еще медвежья услуга. Таким образом подкреплялось поведение, разрушающее ее жизнь за пределами больницы. Когда психотерапия помогла клиентке понять, каким образом данные установки повышают риск суицидальных попыток, она написала письмо персоналу больницы. В нем она описала проблемный паттерн, вызывающий длительные госпитализации. Она попросила, чтобы в случае будущих госпитализаций персонал вел себя более прохладно и по-деловому. В частности, она попросила, чтобы они не делали для нее исключений, когда она кажется уязвимой и пассивной. Вместо этого она попросила проявлять заботу тогда, когда она активно задействована в терапии. Понимание клиентом обстоятельств, обуславливающих проблемное поведение, сыграло решающую роль в изменении данного паттерна, подкрепляющего поведение высокой степени риска.

СТРАТЕГИИ ОСОЗНАННОЙ ГОТОВНОСТИ

Четкое согласие на общую работу над совместно установленными терапевтическими задачами — отличительная черта КПТ, и ей уделяется особое внимание в ДПТ. Тем не менее, достичь такого соглашения и придерживаться его не так уж просто. Многим клиентам, пришедшим для прохождения ДПТ, сложно развить и поддерживать мотивацию к изменениям. Неоднократные терапевтические неудачи вызвали у них чувство подавленности и разочарованности, что привело к скептическому отношению не только к собственной способности измениться, но также к способности психотерапевта оказать помощь. Некоторые клиенты всю жизнь борются за то, чтобы измениться. Они вместе с другими людьми прилагали невероятные усилия, но потерпели поражение. Многие клиенты усвоили, что психотерапия не может предложить им ничего, что принесет облегчение так же эффективно или так же быстро, как умышленное самоповреждение. Из-за этого сложно избавиться от копинг-стратегий, которые работают, даже несмотря на то, что сам клиент лучше вас знает, насколько они дезадаптивны. По этой причине формирование и поддержание мотивации для многих клиентов представляют сложность.

Таким образом, одним из важнейших заданий в ДПТ является помощь клиенту в развитии мотивации к осуществлению нужных изменений. Сомнения относительно изменений и недостаток мотивации к тому, чтобы меняться, вполне ожидаемы. Они рассматриваются в качестве проблем, над которыми следует работать в процессе терапии, а не как проблемы, которые клиент должен решить, чтобы быть готовым к терапии. Часто клиенты имеют опыт принуждения к поведенческим изменениям; в связи с этим крайне важно оставаться предельно сенситивным к нарушениям взаимодействия. Вы должны сохранять способность обсуждать все в деталях и сохранять настойчивость, а не сдаваться, столкнувшись с понятным противодействием или сопротивлением клиента в отношении необходимых изменений. В то же время, следует избегать повторения прошлых принуждающих паттернов. Иногда психотерапевту приходится стать адвокатом нового поведения, предъявляя веские и доброжелательные требования в контексте неосуждающих отношений, поддерживая свободу выбора клиента. Такой акцент на развитии мотивации и осознанной готовности присутствует во многих когнитивно-поведенческих подходах (а именно мотивационном интервьюировании и терапии принятия и готовности).

Следовательно, когда бы ни началась работа над изменениями, особенно во время первых сессий, в ДПТ внимание акцентируется на применении стратегий, помогающих клиенту укрепить готовность к изменениям. Следующие конкретные стратегии осознанной готовности в ДПТ выделяются в качестве способов помочь клиенту развивать и поддерживать готовность к изменениям.

"За" и "против"

Анализ плюсов и минусов — это базовая стратегия, с которой начинается работа над каждой из целей, когда у клиента наблюдаются колебания в необходимости изменений. В этом случае психотерапевт занимает взвешенную позицию, чтобы помочь клиенту рассмотреть аргументы “за” и “против” изменений, а также аргументы “за” и “против” сохранения текущего положения дел. Психотерапевт помогает клиенту понять, каким образом рассматриваемые изменения соотносятся с его задачами и ценностями, уделяя особое внимание всем противоречиям.

Заманчивое предложение

Стратегия заманчивого предложения заключается в том, что психотерапевт преподносит рассматриваемые изменения в таком свете, чтобы

каждый захотел согласиться на них. В сущности, психотерапевт оформляет предложенное изменение таким образом, чтобы клиенту захотелось сказать: “Да, если так пойдет и дальше, то мне бы этого хотелось”. Например, одна клиентка рассказывает о своих повторяющихся неудачах в романтических отношениях, в немалой степени связанных с тем, что в ответ на проблемы в отношениях она наносила себе порезы. Используя стратегию заманчивого предложения, психотерапевт может сказать: “По ходу нашей работы мы могли бы развить навыки, необходимые для создания и поддержания хороших отношений. Вам это было бы интересно?”

Высокая планка

Стратегия высокой планки противоположна стратегии заманчивого предложения. В данном случае психотерапевт просит клиента достать с неба звезду, т.е. достичь точных, максимальных изменений, необходимых в данной ситуации, без подготовки и ограничений. Например, используя такую стратегию в случае с вышеупомянутой клиенткой, психотерапевт может сказать: “Чтобы иметь такие отношения, какие вы хотите, требуется полный отказ от самоповреждений. Сделать это очень сложно, но я предлагаю приступить именно к этому, потому что представляю, насколько вам нужны хорошие отношения. “Приступить к этому” означает, что мы согласны работать вместе в течение года, и с сегодняшнего дня вы соглашаетесь полностью отказаться от самоповреждений, и мы все силы направим на то, чтобы найти другие способы, которые помогут вам справиться с невыносимо сильными эмоциями, возникающими в ваших отношениях с другим человеком”.

Свобода выбора и отсутствие альтернатив

Стратегия свободы выбора и отсутствия альтернатив заключается в том, что психотерапевт подчеркивает, что клиент свободен выбирать, осуществлять ему изменения или нет, одновременно указывая на крайне нежелательные последствия отсутствия изменений. Вернемся к приведенному выше примеру — когда клиентка склонна считать, что отказ от самоповреждений вызовет слишком сильное напряжение, поскольку это единственное средство, помогающее ей избавиться от мучительных переживаний, психотерапевт может сказать:

“Хорошо, мы можем пойти путем отказа от самоповреждений и поиска новых способов справиться с мучительными, неконтролируемыми

ми переживаниями, когда вы переживаете разлад с любимым человеком. Но мне кажется, что есть еще такой вариант: вы прилагаете все усилия, чтобы найти такого партнера, которого не отпугнут ваши госпитализации... Который будет терпеливо переносить ваши страдания и то, что вы демонстрируете их, оставляя кровь на полу ванной”.

В данном случае важно, чтобы психотерапевт был искренне открыт к взаимодействию и уважал свободу выбора клиента, без малейшего оттенка осуждения или давления.

Старые ресурсы

Стратегия старых ресурсов заключается в следующем. Психотерапевт помогает клиенту обратить внимание на схожесть прошлых успешных изменений и подчеркивает, что то, что он смог достичь одного изменения (например, отказ от курения или употребления героина), означает, что он способен и на другое изменение (прекратить наносить себе повреждения).

Адвокат дьявола

Стратегия адвоката дьявола заключается в том, что психотерапевт приводит аргументы в пользу сохранения текущего положения дел, указывая на сомнительность изменений, их недостатки и связанные с ними опасения. Это помогает клиенту найти собственную позицию относительно того, почему изменения так важны, и подталкивает его к большей активности в выявлении преград и опасений, способных стать на пути к изменениям.

Шейпинг

Наконец, стратегия шейпинга представляет собой постепенное усиление готовности клиента к изменениям. Психотерапевт помогает клиенту освоить и чаще, эффективнее и увереннее применять поведение, направленное на достижение изменений, предпринимать действия в направлении осознанной готовности к изменениям.

Стратегии осознанной готовности применяются в любом разговоре с клиентом, когда его готовность к переменам может быть усилена; также им уделяется особое внимание в начале работы над каждым новым заданием.

САМОМОНИТОРИНГ: ДНЕВНИК КЛИЕНТА ДПТ

Если в КПТ самомониторинг является важной составляющей, то в ДПТ это один из основополагающих элементов. Каждый день клиент заполняет стандартный блок для отслеживания и регистрации всех первоочередных поведенческих целей. Разворот двухстраничного дневника приведен на рис. 3.1. Одна страница посвящена мониторингу практического применения диалектико-поведенческих навыков. Другая страница отвечает за прочие первостепенные задачи (суицидальные порывы и действия, порывы и действия, направленные на нанесение себе повреждений), связанные с ними эмоции, а также употребление наркотиков. На каждую встречу клиент приносит заполненный дневник, и сессия начинается с его совместного просмотра. Психотерапевт и клиент приходят к совместной операционализации целевого поведения, которое подлежит мониторингу, и обсуждают, каким образом его изменение связано с реализацией задач клиента. Например, совместная операционализация может быть такой: “самоповреждения — это умышленное причинение себе повреждений, нарушающих целостность кожных покровов, оставляющих следы на ней, а также принятие внутрь чего-либо с умыслом нанести себе вред”. Отказ от умышленного самоповреждения путем нанесения себе порезов может быть напрямую связан с задачами клиентки, поскольку она упоминает чувство стыда, возникающее, когда другие видят ее шрамы; ей бы хотелось иметь менее “убогие способы справляться с ситуацией”, а в перспективе умышленное самоповреждение повышает риск смерти от суицида.

Когда каждая цель четко определена, клиент самостоятельно контролирует частоту, интенсивность или прочие совместно обозначенные ее аспекты. Команда “клиент–психотерапевт” использует информацию, полученную из дневника, для проведения терапии. Например, клиент оценивает интенсивность побуждений к совершению самоубийства, причинению себе повреждений или употреблению психоактивных веществ по шкале от 0 (отсутствие побуждений) до 5 (наиболее сильный из возможных побуждений). Высокие показатели могут указывать как на интенсивность, так и на распространенность побуждений, и клиенту следует оценить максимально сильные побуждения, возникающие в течение конкретного дня. Та же схема кодирования используется для оценки физической боли и таких эмоциональных переживаний, как грусть, стыд, злость и страх. Клиент также оценивает применение навыков, что помогает как психотерапевту, так и ему самому отмечать, пытается ли клиент применять навыки, считает ли их полезными и т.д. Кажущееся маловажным поведение может служить предупредительным сигналом, и психотерапевт вместе с клиентом

Диалектическая поведенческая терапия: ДНЕВНИК КЛИЕНТА	Инструкции: обведи те дни, когда вы работали над каждым навыком	Вы ЗАПОЛНЯЕТЕ ДНЕВНИК ВО ВРЕМЯ СЕССИИ? Да_Нет							Как ЧАСТО вы ЗАПОЛНЯЕТЕ ЭТУ СТРАНИЦУ? Ежедневно __ 2-3 раза в нед. __ 1 раз в нед. __			
		Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс	Чт	Пт	Сб	Вс	
1. Мудрый разум	Пн											
2. Наблюдение: способность замечать (поиск побуждений)	Пн											
3. Описание: облечение в слова	Пн											
4. Участие: открытость опыту	Пн											
5. Безоценочная позиция	Пн											
6. Сосредоточенность на чем-то одном и на текущем моменте	Пн											
7. Эффективность: фокусирование на том, что работает	Пн											
8. Объективная эффективность	Пн											
9. Межличностная эффективность	Пн											
10. Эффективность самоуважения	Пн											
11. Снижение уязвимости	Пн											
12. Чувство контроля	Пн											
13. Накопление позитивных эмоций	Пн											
14. Оппозиционное действие (сопротивление)	Пн											
15. Отвлечение (адаптивное отрицание)	Пн											
16. Самоуспокоение	Пн											
17. Улучшение момента	Пн											
18. За и против	Пн											
19. Полное принятие	Пн											
20. Структурирование // Работа	Пн											
21. Структурирование // Любовь	Пн											
22. Структурирование // Время	Пн											
23. Структурирование // Место	Пн											
Побуждения к применению (0-5):	До Терапевтической сессии:	После Терапевтической сессии							Карта Клиники			
Побуждения оставить терапию (0-5):	До Терапевтической сессии:	После Терапевтической сессии							Поведенческих исследований и терапии			
Суицидальные побуждения (0-5):	До Терапевтической сессии:	После Терапевтической сессии										

День и дата	Диалектическая поведенческая терапия: дневник клиента		Инициалы	ID	Вы заполняете дневник во время сессии? Да ___ Нет ___	Как часто вы заполняете эту страницу? Ежедневно ___ 2-3 раза в нед. ___ 1 раз в нед. ___	Дата начала													
	Применению	Снижению					Безопасности и здоровью	Физическая боль	Грусть, горе	Стыд	Гнев, раздражение	Страх, тревога	Непрописанные	Алкоголь или наркотики	Отпускаемые по рецепту	Отпускаемые без рецепта	Безопасность и здоровье	Действия	Радость	Навыки
Пн																				
Вт																				
Ср																				
Чт																				
Пт																				
Сб																				
Вс																				

Кажущееся маловажным поведение:

Сохранение путей отступления:

***ПРИМЕНЕНИЕ НАВЫКОВ**
 0 = Не думал, не применял
 1 = Думал, но не применял, не хотел применять
 2 = Думал, но не применял, хотел применить
 3 = Пытался, но не получилось применить

4 = Пытался, мог их применить, но не помогло
 5 = Пытался, мог применить, помогло
 6 = Не пытался, не помогло
 7 = Не намеревался, применил их, помогло

Дневник клиента ДПТ
 © Марша Линехан. Печатается с разрешения автора. Напечатано в книге Келли Кёрнера "Проведение диалектической поведенческой терапии: практическое руководство". Разрешение на фотокопирование данной таблицы предоставляется покупателям книги исключительно в целях личного использования.

тщательно его контролируют, поскольку оно представляет собой мало заметные реакции, которые на самом деле открывают двери проблемному поведению. Например, поход в бар с коллегами после тяжелого рабочего дня, вполне нормальный для большинства людей, для одной клиентки был первым шагом, обычно ведущим к употреблению кокаина. Эта клиентка провела самомониторинг своих порывов спросить коллег, не пойдут ли они в бар, и такие порывы стали сигналом, позволившим разработать план по предотвращению рецидивов. Сохранение путей отступления может включать в себя такие вещи, как сохранение контактов наркоторговца в мобильном телефоне или избегание принятия ответственности, поскольку клиент чувствует вероятность рецидива. Как и в других методиках КПТ, по мере необходимости вы можете добавлять еженедельные или периодические стандартизированные измерения либо измерения, учитывающие особенности конкретного человека.

Дневник клиента может помочь избежать многих проблем. Во-первых, обычно клиенты имеют множество целей, поэтому непрактично начинать сессию с вопросов о каждом интересующем нас поведении. Даже если вы можете задавать быстрые контрольные вопросы и клиент способен эффективно отвечать, предоставляя только нужную вам информацию, время сессии закончится быстро по причине одного только количества вопросов. Дневник клиента позволяет одним взглядом охватить все первостепенные цели. Во-вторых, если на терапевтический процесс влияет тот или иной кризис, легко упустить важные детали. Например, проблемы со здоровьем или кризис во взаимоотношениях с людьми могут заставить вас забыть провести оценку суицидальных мыслей и, таким образом, упустить тот момент, когда они учащаются. В таком случае дневник клиента снова оказывается полезен, поскольку напрямую предоставляет всю информацию и вам не требуется помнить о необходимости задавать определенные вопросы. Дневник клиента также содержит сведения о прогрессе, и его просмотр помогает клиенту развить в себе способность замечать свои проблемы и успехи.

Следует отметить, что в ДПТ особое значение уделяется прогнозированию и преодолению препятствий, способных помешать клиенту заполнить дневник. Нужно поощрять превентивные и практические меры, такие как выбор постоянного времени и места для ежедневного заполнения дневника. Постоянное внимание к подобным мерам развивает способность к самомониторингу, до тех пор, пока она в достаточной мере не закрепится. Клиент будет лучше соблюдать инструкции, если вы будете рассматривать дневник как нечто, имеющее значение (а не просто как "бумажную работу"), если вы с клиентом будете регулярно просматривать дневник и ис-

пользовать содержащуюся в нем информацию. Важно, чтобы вы постоянно задавали клиенту вопросы и обсуждали то, что он отмечает в дневнике.

АНАЛИЗ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЦЕПОЧЕК И ИНСАЙТ-СТРАТЕГИИ

Как подробно описано в главе 2, анализ поведенческой цепочки используется для формулирования случая и составления терапевтического плана. Это активный и постоянный процесс. Анализ цепочки проводится каждый раз, когда клиент сообщает или проявляет признаки определенного целевого поведения. Психотерапевт и клиент анализируют конкретные случаи проблемного поведения, чтобы обнаружить контролирующие переменные, а также определить, какое альтернативное поведение будет более функциональным и почему подобные альтернативы с применением навыков не были использованы.

Анализ поведенческой цепочки также является важным инструментом, способным помочь клиенту определять паттерны в своем поведении (например, спровоцировать инсайт). Многие клиенты склонны упрощать свое поведение (“Я просто слишком ленивый”, “Я просто такой человек, который...”) и не имеют никакого понятия о его контролирующих переменных. Точно так же они часто не получают обратной связи, сообщаемой о их влиянии на других людей, положительном или отрицательном, поэтому многие не имеют понятия о том, как их поведение действует на окружающих. В ДПТ используется анализ поведенческой цепочки, чтобы научить клиента активному участию в определении контролирующих переменных; также можно обучить клиента принципам биосоциальной теории, раскрывающим возникновение и поддержание эмоциональной дисрегуляции, чтобы повысить его осведомленность о собственных трудностях и дать общее понятие о том, что можно сделать для улучшения ситуации.

Часто в связи с большим количеством целей, над достижением которых нужно работать, у психотерапевта остается время только на то, чтобы в общих чертах обрисовать паттерны, используя инсайт в качестве способа отметить то, что требует внимания в будущем, либо то, что меняет свое значение (например, значение того или иного раздражителя). Психотерапевт, испытывающий давление первоочередных приоритетов, может ограничиться лишь краткими комментариями наподобие следующего:

“Интересно, в обоих примерах, когда другой человек вел себя совершенно неблагоразумно, вы объясняете это тем, что вы сами «делаете что-то не так». Вы когда-нибудь замечали, как часто даете такое объяснение, когда что-то не получается?”

Совместное с клиентом выявление повторяющихся паттернов (учитывая при этом различные терапевтические цели) в некоторых случаях может быть всем, что необходимо для достижения изменений. Тем не менее, в ДПТ предполагается, что одного такого понимания обычно недостаточно, чтобы привести к изменениям. Вместо этого акцент делается на определении замещающего поведения, его практике на сессиях и генерализации в повседневной жизни. Клиент и психотерапевт применяют стратегии анализа способов решения проблем, чтобы выработать такое альтернативное замещающее поведение.

АНАЛИЗ СПОСОБОВ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Анализ способов решения проблемы побуждает клиента занять активную позицию в решении жизненных проблем и помогает ему генерализировать то, что он освоил во время терапевтических сессий.

Когда клиент эмоционально собран, анализ способов решения проблем часто представляет собой открытый разговор о том, что он может делать иначе. Вместе вы определяете желаемое поведение или результаты, а затем намечаете конкретные шаги для его достижения. Вы делите сложное целое на осуществимые составные части, применяя анализ поведенческой цепочки (о чем говорилось в главе 2). Можно предложить альтернативное поведение, такое как диалектико-поведенческие навыки, либо почерпнуть идеи из собственного жизненного опыта или опыта других людей (например, из автобиографий, научно-популярной литературы и фильмов). Также можно брать идеи для решения проблем из исследований в области психологии (что является нормальным поведением), медицинских исследований (что работает), патопсихологических исследований (что препятствует эффективности).

Тем не менее, если человек склонен к эмоциональной дисрегуляции или хроническому суицидальному поведению, процесс анализирования способов решения проблемы может требовать от психотерапевта оказания значительной помощи. Важно научить клиента, как решать ту или иную проблему, особенно важно научить его регулировать вызываемые ею эмоции в такой мере, чтобы сохранять концентрацию на проблеме и продолжать работать над ее решением. Таким образом, анализ способов решения проблемы также становится средством для обучения управлению эмоциями при самостоятельном решении сложной проблемы, за пределами психотерапии.

И снова, гипотеза, принятая в ДПТ, заключается в том, что дисфункциональное поведение является *решением* — попыткой клиента решить проблему болезненных эмоций и дискомфорта. В чем бы ни заключалось проблемное поведение — в суицидальных фантазиях, намеренном самоповреждении, пререканиях с начальником, употреблении спиртных напитков или психогенном переедании — оно продолжается, потому что оно работает: приносит краткосрочное облегчение. Цель анализа способов решения проблемы, следовательно, состоит в определении замещающего поведения, которое было бы более приемлемым для клиента и решало бы его проблему (эмоциональный дистресс) без негативных последствий.

Анализируя способы решения проблемы, психотерапевты часто совершают одну ошибку. Мы теряем из виду тот факт, что решение проблемы должно быть таковым с точки зрения клиента, а не только с нашей. Легко запутаться и начать считать, что прекращение дисфункционального поведения является главной задачей. “Следует перестать резать себя”. “Следует прекратить пьянство”. Но не в этом заключается задача психотерапии, а в том, что клиент должен жить такой жизнью, которую он считает достойной для себя. Для клиента дисфункциональное поведение может быть проблемой, но это также и решение проблемы. Задача состоит в том, чтобы найти *другое* решение, такую реакцию на дистресс, которая обладала бы ценностью с точки зрения клиента.

По всем этим причинам вам нужно более активно помогать дисрегулированному клиенту с хроническим суицидальным поведением анализировать способы решения проблем, чем если бы вы работали с клиентом с лучшей регуляцией. Вам необходимо наглядно соотносить новое альтернативное поведение с тем, что для клиента имеет значение. Если вы недостаточно микроориентировали клиента на рациональность, сотрудничество будет нарушено. Например, клиентка употребляет большее количество снотворного, чем следует, чтобы избежать сильного дистресса. Она может проспаться сутки, из-за чего пропускает работу и групповой тренинг навыков. С точки зрения клиентки, передозировка работает: она решает проблему слишком сильных эмоций. Подобное кратковременное облегчение всецело занимает ее мысли. Вместо того, чтобы сказать: “Вам необходимо отказаться от передозировок, давайте поработаем над этим во время сессии”, — психотерапевт скорее сформулирует задачу следующим образом: “Вы решаете проблему эмоционального стресса. Что, если мы поработаем над тем, чтобы найти другие способы, которые могут вам помочь? Я говорю об этом потому, что знаю, как важно для вас сохранить эту работу и почерпнуть как можно больше из группового тренинга практики навыков”. Или: “Мне кажется, для того чтобы иметь такие романтические

отношения, какие вам нужны...”, или: “Да, отрицательная сторона принятия большой дозы снотворного, насколько мне известно, заключается в том, что ваше уважение к себе страдает, когда все заканчивается тем, что вы не выходите на работу или пропускаете групповые сессии”. Предлагаемое решение или замещающее поведение связано с задачами клиента; это способ их достижения.

Когда вы просите клиента попробовать отыскать способ решить проблему или определить замещающее поведение, возможно, вам придется уточнить, на что может быть похоже адаптивное решение, а также напрямую выступать против неадекватных способов решения. Поскольку часто выбранные клиентом способы решения проблемы представляют собой избегающее поведение, приносящее лишь мгновенное облегчение, вам придется часто акцентировать внимание на терпимом отношении, которое поможет решить проблему, а также на других способах предотвращения событий, провоцирующих проблемное поведение. Возможно, вам придется систематически помогать клиенту предсказывать вероятные последствия (как краткосрочные, так и долгосрочные) различных способов решения проблемы. Избегайте таких вариантов, которые подрывают способность клиента независимо решать действительные проблемы, например, предполагающие значительную силу воли (“просто старайтесь лучше”), чрезмерные надежды на телефонные звонки вам, госпитализацию в психиатрическую больницу. Очень часто вам придется переключаться с решения проблем в ежедневной жизни клиента на помощь ему в управлении эмоциями во время сессий. С неослабевающей заботой и сенситивностью вы снова и снова пресекаете дисфункциональные попытки клиента сбегать от эмоционального дистресса и вместо этого создаете условия, в которых клиент постепенно переходит к активной позиции относительно своих жизненных проблем и эмоциональной дисрегуляции — снова и снова.

Любой способ решения проблемы или план действий должны быть осуществимыми, даже в условиях чрезвычайной эмоциональной дисрегуляции. Поиск и устранение недостатков потенциально нового способа решения проблем имеет большое значение с учетом нехватки таких способов в жизни клиента, а также значительной зависимости его поведения от настроения (о чем говорилось в главе 1). Психотерапевт помогает клиенту предвидеть, что может препятствовать применению того или иного способа, а также помогает определить поведение, необходимое для адаптации к различным сложностям, возникающим на этом пути.

В этой сфере психотерапевты часто делают ошибки. Мы упрощаем и недооцениваем сложность применения новых способов решения проблем в условиях эмоциональной дисрегуляции. Применение новых навыков

в ответ на болезненные переживания возможно во время сессии, когда психотерапевт оказывает необходимую поддержку, но практически невозможно, если ты проснулся от кошмара, один, в три часа ночи. Следовательно, в ДПТ делается акцент на генерализации навыков в повседневной жизни. Используйте анализ заданий для того, чтобы предугадать, что будет возможно и необходимо в условиях сильной дисрегуляции клиента; устанавливайте связь между поведением во время сессии и ежедневной жизнью; предоставляйте записи сессий для обзора; давайте задание проработать то или иное поведение в период между сессиями.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: МАЙКЛ

Рассмотрим клинический случай, иллюстрирующий описанные выше стратегии изменений. Майкл пропустил последнюю групповую сессию, поскольку проспал. Когда они с психотерапевтом проанализировали обстоятельства, психотерапевт обнаружил, что Майкл испытывает проблемы со сном уже несколько лет; он спит по 14–18 часов в день в периоды сильного эмоционального дистресса. Майкл и психотерапевт пришли к согласию, что нужно начать работать над стабилизацией сна, чтобы быть уверенными, что он не будет пропускать последующие групповые тренинги, а также потому, что такой паттерн значительно ухудшает качество жизни. Они начали с установки времени подъема (Edinger, 2008) и решили, что утренний звонок психотерапевта способен мотивировать клиента. В начале данного примера психотерапевт держит в уме предыдущий анализ поведенческой цепочки, связанной с проблемами со сном, имеющимися у Майкла, а также цепочек, связанных с умышленным нанесением себе телесных повреждений и передозировок, что показано на рис. 3.2. Можно заметить, что для различных целей общими звеньями выступают неконтролируемое чувства стыда и самоинвалидация. Таким образом, психотерапевт должен быть готов использовать возникающие во время сессии возможности поработать над такими общими звеньями, что является эффективным способом решения в случае с многочисленными серьезными проблемами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как дела со сном? В прошлый раз мы пришли к выводу, что утренний телефонный звонок может быть полезным. Как у вас с этим сложилось?

МАЙКЛ: *(Запинаясь.)* Ну, я же не спал, правильно? Мы разговаривали.

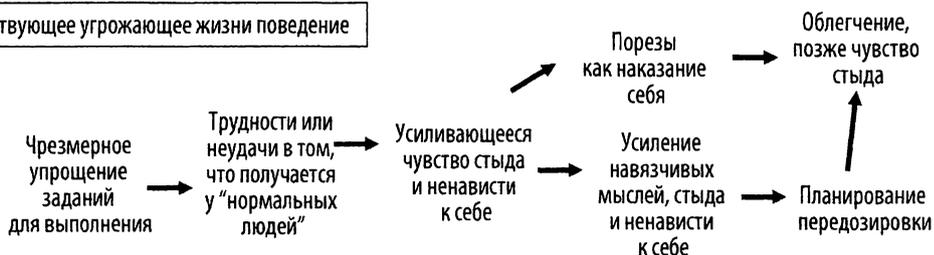
ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да.

МАЙКЛ: Хм. *(Пауза.)*

Предшествующее поведение, препятствующее терапевтическому процессу



Предшествующее угрожающее жизни поведение



Майкл: анализ прошлых поведенческих цепочек

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, делать это каждое утро — это для меня что-то вроде разминки, но мне кажется, что это неплохо, поскольку вы, похоже, и правда не спали и ответили на звонок. Как у вас прошла остальная часть дня? *(Кратко очерчивает свои границы — ее согласие делать “разминку” зависит от эффективности “разминки”).*

МАЙКЛ: Ну, я проснулся из-за того, что понимал, что вы позвоните.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо.

МАЙКЛ: Да, это было хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. *(Недолгое молчание.)* Что-то такое есть в том, как вы об этом говорите... Не хотите ли сказать об этом что-нибудь еще? *(Легкий смех.)* Обычно вы более подробно мне обо всем рассказываете. А что случилось в этот раз?

МАЙКЛ: Хм... Ну, я... Ну, я и правда не спал, когда вы позвонили, я собирался чем-то заниматься весь день, так что понимание того, что вы позвоните, и правда мотивировало меня. И, хм, хм... Так неудобно говорить об этом. Ну, я... Не можем ли мы... Мне кажется, что ситуация со сном и правда улучшилась, так что...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Смеется, затем говорит шутливым тоном.)* О чем вы так стараетесь не сказать?

МАЙКЛ: Ну, хм, хорошо, хорошо. Хм... Когда... Когда мы закончили разговор, я чувствовал себя немного уставшим, поэтому я подумал, что полежу немного и отдохну, и уснул.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Продолжает шутливым, легким тоном.)* Получается, что вы опять уснули?

МАЙКЛ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы хотите сказать, что ваш будильник ушел, и вы пошли обратно спать? Я говорю о себе — я ваш надежный будильник, который вам звонит... *(Блокирует избегающее поведение, напрямую говоря о раздражителе, пытается минимизировать опасные последствия неодобрения в межличностном общении с помощью шутливого, веселого тона.)*

МАЙКЛ: Да. Знаете, мне это кажется ужасным.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Сохраняет веселый, мягкий, очень спокойный и непредвзятый тон.)* Могу представить. Получается, вы воспринимаете ситуацию так плохо, что даже не собирались мне об этом говорить?

МАЙКЛ: Хм, я, ну... Я не хотел, чтобы вы злились на меня. Я хочу сказать, что мне это и правда не нравится.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мм. Хмм.

МАЙКЛ: Вы правда так стараетесь мне помочь, и я так удивился, когда вы сказали, что попробуете перезвонить мне утром...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да.

МАЙКЛ: И мне кажется, вы все это время разочаровываетесь во мне, потому что у меня такие проблемы, и я не могу с ними справиться, а ваши звонки и все это, это так много для меня значит, и, ну, я ничтожество.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Похоже, что вы разочаровались в себе...

МАЙКЛ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И не можете мне об этом сказать. И похоже, вы также беспокоитесь, что можете вызвать у меня досаду.

МАЙКЛ: Да, но ведь так оно и есть. Я же вижу, правда, вижу.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хмм. На самом деле вы не вызываете у меня досаду, но я понимаю, что вы беспокоитесь по этому поводу. Почему, на ваш взгляд, я должна так к вам относиться?

МАЙКЛ: Из-за меня. Я хочу сказать, что я не... Ну, черт, у меня ничего не получается, а это же просто, ну. Люди просыпаются и завтракают, а потом идут на работу, сотни миллионов людей делают это каждый день.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мм. Хмм.

МАЙКЛ: Мне повезло, мой психотерапевт мне перезванивает, а я снова засыпаю на три, четыре, пять, иногда шесть часов.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. *(Раздумывает, затем говорит медленно.)* Могло бы быть и лучше. Но все-таки это помогло вам проснуться. Похоже, вам кажется, что вся ситуация полностью проблемная. Я бы так не сказала. Я бы сказала, что нам удалось решить часть проблемы — пробуждение по утрам. Верно? У вас был стимул вставать по утрам, и вы вставали. А потом, каким-то образом, между пробуждением и какими-нибудь делами вы опять ложились спать.

МАЙКЛ: *(Бормочет.)* Но, хм, это все ничего не значит.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: “Все” — это что?

МАЙКЛ: Просто все это.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы имеете в виду, когда говорите, что это все ничего не значит?

МАЙКЛ: Я просто... Ну, я просто действительно все испортил.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы пошли обратно спать, да. Майкл, прямо сейчас вы чувствуете себя виноватым и вам неудобно, и вы поддаетесь этим эмоциям, и это все ведет к суровым самообвинениям. Вы чувствуете это?

МАЙКЛ: *(Кивает.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мне кажется, то, что вы поддаетесь этим эмоциям, сбивает нас с вами с пути, так что я бы предпочла вернуться назад и попробовать во всем разобраться. *(Блокирует самоинвалидацию, указывает клиенту на поведенческий паттерн и микроориентирует на терапевтическое задание.)* Для первой части это сработало, потому что вы вставали утром, но как же так получилось, что вы снова легли спать? Это случилось каждый раз? *(Психотерапевту нужно сделать выбор: продолжать работу над ежедневными проблемами клиента или переключиться на то, что, на ее взгляд, похоже на дисрегуляцию, признаки которой проявились во время сессии и которая, вероятно, повторяется и в отношении других целей. Она решает взглянуть, смогут ли привлечение внимания к проблеме и ее спокойный тон помочь Майклу вернуться к терапевтическому заданию, над которым они работают.)*

МАЙКЛ: Хм... Хм... Ну... Да. Каждый день.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Смеется, продолжает шутливым, непринужденным тоном.)* Майкл, вам нужно было совершать оппозиционное действие. Чувство вины и смущение, так же как и самообвинение, вступают в игру, и дело принимает такой серьезный оборот, что они сбивают вас с пути решения проблем. Возможно, в этом и была проблема в прошлом. *(Возвращается к ориентированию, приходит к мнению, что работа*

над дисрегуляцией Майкла сейчас должна стать главным терапевтическим заданием.)

МАЙКЛ: Мм. Хмм.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Понимаете, что я имею в виду?

МАЙКЛ: Что на меня настолько давит чувство вины и смущение, что я не способен что-либо менять в своей жизни.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, и что вам сейчас хочется сделать — это спрятаться, верно? Например, говорить мне то, что я хочу слышать, или сменить тему?..

МАЙКЛ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И если вы это сделаете, если поддадитесь порыву, что будет с проблемой?

МАЙКЛ: Ничего не изменится.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. Если вы уступите порыву, то никогда не получите необходимую вам помощь, и проблема никогда не решится. *(Связывает проблемное поведение Майкла, допускающее дисрегуляцию, и отсутствие прогресса в реализации его задачи.)*

МАЙКЛ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что ж, как насчет действия, противоположного смущению и стыду? Например, я спрошу у вас, случилось ли это ежедневно в течение прошлой недели — я вам звонила, а потом вы шли обратно спать, а вы отреагируете таким образом, который будет противоположен порывам, вызванным смущением. Каким будет противоположное действие? *(Предлагает решение путем применения навыков и обращения к моделям, поощряющим активное участие Майкла в текущей ситуации.)*

МАЙКЛ: Вы имеете в виду — рассказать обо всем и не пытаться утаить?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, ответить на вопрос, очень по-деловому. Давайте попробуем, я спрашиваю: “И что, это случилось каждый день?” — и вы отвечаете: “Да, каждый день, и я был очень фрустрирован и беспокоился, что вы тоже можете во мне разочароваться”, — просто опишите все, как было, без осуждения, хорошо? И придайте своему телу такое положение, чтобы вам было удобно действовать именно таким образом.

МАЙКЛ: *(Садится, выпрямляет спину, смотрит в глаза психотерапевту.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, хорошо. И что, так происходило каждый день? *(Моделирует и осуществляет коучинг репетиции поведения, чтобы закрепить навик.)*

МАЙКЛ: Да, каждый день, и я был очень разочарован в себе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Спокойным голосом проводит коучинг.)* Да, следите за тем, чтобы оставаться в состоянии действовать противоположным образом и наш разговор мог продолжаться.

МАЙКЛ: Понимаете... Я больше не могу разочаровывать вас.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы думаете, что я чувствую разочарование. Почему-то вы не допускаете мысли, что я могу чувствовать что-то другое, но на самом деле я чувствую воодушевление от того, что вы просыпались по утрам. *(Прибегает к уточнению ситуации.)*

МАЙКЛ: Вы не захотите больше со мной работать. Я знаю, что это случится.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Продолжает спокойным голосом проводить коучинг.)* Хорошо, сейчас лучше просто описать: “И у меня много тревожных мыслей: мне кажется, что вы разочарованы; меня беспокоит, что вы меня вышвырнете”. *(Загибает пальцы, перечисляя мысли.)* Попробуйте просто описать то, что вы думаете, в виде конкретных мыслей — при этом продолжая себя вести противоположным образом, хорошо?

МАЙКЛ: У меня много тревожных мыслей, и я боюсь, что, если я не смогу измениться быстро, вы меня вышвырнете.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, хорошо, правильно. Смущение и чувство стыда вспыхивают и берут над вами верх, но у вас все очень хорошо получается. А теперь поговорим обо мне, хорошо? Ваши эмоции заставляют вас слышать только то, что им не противоречит, то, что согласуется с ними, и сейчас я снова прошу вас сделать нечто противоположное, а именно принять то, что я говорю. Вы готовы? Хорошо. На самом деле я чувствую воодушевление от того, что нам удалось достичь первой маленькой догадки... Вероятно, прошли годы с тех пор, когда вы могли просыпаться по утрам? А на этой неделе вы просыпались каждое утро. *(Меняет тон, вернувшись к спокойному коучингу.)* Хорошо, а сейчас оппозиционным действием будет перефразировать и точно понять то, что я сказала.

МАЙКЛ: Вы рады, что я просыпался каждое утро, несмотря на то, что потом снова ложился спать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно, и в этом я вижу первый шаг. И мне кажется, что вы недостаточно серьезно воспринимаете сложность подобного шага.

Вы начинаете упрекать себя и все упрощаете. *(Подчеркивает самоинвалидирующий паттерн клиента.)* Эту проблему не так легко решить. Вы считаете, что вы такой же, как все люди. Но это не так. Когда человек приобретает такую своего рода привычку, которой является паттерн нарушенного сна, то очень тяжело что-либо изменить. Так что давайте вернемся назад и попробуем во всем разобраться. Вот что получилось, вы проснулись. Когда это произошло, вы осознавали, что вам следует продолжать бодрствование? *(Возвращается к активной работе над проблемой сна, чтобы во время сессии Майкл практиковал последовательность эмоциональной регуляции по ходу выполнения оппозиционного действия, избавляясь от самоинвалидации и возвращаясь к обсуждению сложной проблемы — снова и снова.)*

МАЙКЛ: Хм... Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Мне кажется, это мы и пропустили, когда работали над решением проблемы на прошлой сессии. Я думаю, нам нужно попробовать продолжить телефонные звонки и добавить к ним пошаговый план того, что вам нужно сделать, чтобы действительно пробудить в вас энергию. *(Начинает анализ задания, предполагая, какие конкретные шаги следует предпринять, чтобы Майкл не возвращался в постель, принимая во внимание его вошедший в привычку нарушенный режим сна и бодрствования.)* Понимаете, что я имею в виду? Мы будто передвигаем большой, тяжелый камень. Мы достали его из ямы, но не толкнули, и он не катится. И что вам нужно, это выбраться наверх, а потом двигаться благодаря энергии. Что могло бы помочь?

МАЙКЛ: *(Перебивает психотерапевта.)* Но это только... Я хочу сказать, это было бы хорошо, если бы я проснулся, как просыпаются нормальные люди, которые просто продолжают бодрствовать. Другими словами, я хочу сказать...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, вы прямо сейчас снова перешли к самоинвалидации.

МАЙКЛ: Да, это так.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаю.

МАЙКЛ: Это правда.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это вам помогает? Такие действия помогают вам решить проблему?

МАЙКЛ: Я... Ну... Дело в том, что некоторые вещи — это просто правда, и я думаю, может...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Перебивает.)* Я не спорю с этим. Не пытаюсь это опровергнуть. Большинство людей делают это. Я не говорю, что это неправда, а спрашиваю — является ли такая реакция с вашей стороны действительно тем, что может помочь прямо сейчас? Или лучше пойти противоположным путем? Вы можете вернуться к моему вопросу и ответить на него, верно? Что бы могло помочь? Получается, что вы просыпаетесь, мы говорим по телефону, если я позвонила... Какими могут быть первые действия в этом случае, неважно, какие именно, которые могут помочь вам не лечь спать, а бодрствовать весь день? Что нам следует сделать? *(Блокирует самоинвалидацию, которая, на ее взгляд, выполняет функции избегающего поведения; продолжает поощрять активное решение проблемы.)*

МАЙКЛ: *(Молчание.)* Хм, знаете, мне бы хотелось точно знать, что это может быть.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Не обязательно знать точно. Я прошу вас озвучить ваши самые удачные предположения.

МАЙКЛ: Я... Знаете, то, о чем вы говорите, установленный пошаговый распорядок, кажется тем, что можно попробовать. Что мне тогда делать дальше?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, то, что вам нужно будет делать... Если мы составим для вас очень хороший распорядок действий на утро, который заставит вас куда-то выходить и возвращаться домой, что он может включать в себя? *(Попытка "вытянуть" из клиента новое поведение, активные действия для решения проблемы.)*

МАЙКЛ: *(Пауза, раздумывает.)* Хм... Ну, если бы я мог завтракать, но я обычно не хочу есть, когда встаю по утрам. Я тогда терпеть не могу еду.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, значит, завтрак не подходит. Подумайте еще.

МАЙКЛ: Хм.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Просто предлагайте все, что только приходит вам в голову.

МАЙКЛ: Ну, я не знаю... Включить телевизор, посмотреть утреннее шоу или что-то другое. Хм, мне кажется... Есть много вариантов.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо.

МАЙКЛ: Включить телевизор. Хм, точно, кофе... Чтобы его сделать, нужно повозиться, но, знаете, если у меня будет кофе... Больше вероятности, что я не лягу спать, если у меня будет кофе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это правда? Все так просто?

МАЙКЛ: Я... Понимаете... Наверное, может быть, да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть. Хорошо. У вас есть кофеварка?

МАЙКЛ: Нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А 20 долл., чтобы ее купить?

МАЙКЛ: Хм, я... Да, я могу это сделать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы можете сделать это сегодня? Как это все может выглядеть... Просто представьте... Как все происходит в вашем случае... Если мы согласуем время звонка, вы вечером подготовите свою кофеварку. Я вам позвоню, а ваш кофе уже будет готов к этому времени. Вы встаете, включаете свет, закрываете дверь в свою спальню и говорите себе: "Тебе нельзя туда заходить", а затем идете и наливаете себе чашку кофе.

МАЙКЛ: *(Тихо.)* Вы не оставляете мне выбора.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Прошу прощения?

МАЙКЛ: *(Чуть громче, с горящими глазами.)* Вы не оставляете мне выбора.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Выбора в чем?

МАЙКЛ: Ну, идти обратно спать или нет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Подхватывает шутливый тон клиента, но также проверяет взаимодействие.)* Я думала, мы пришли к выводу, что в этом заключается ваша задача? Или у вас ощущение, что вас принуждают?

МАЙКЛ: Нет, я знаю. Знаю. *(Майкл и психотерапевт смеются.)* Это трудно!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, трудно. Но я на вас надеюсь. Легче всего каждое утро спокойно оставаться под одеялом и дремать... *(Пытается укрепить осознанную готовность, подчеркивая свободу выбора.)*

МАЙКЛ: *(Решительно.)* Нет, я не хочу этого. Я это понимаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это действительно трудно. Я думаю, что вы можете не до конца осознавать, насколько трудно, Майкл. Вам кажется, что это относительно легко, нужно просто встать, и вам не будет нужна никакая помощь, если вы встанете. Но все не так. Это действительно трудно. Думаю, поэтому я и не разочарована в вас. Это такая проблема, где что-либо изменить крайне сложно; чтобы найти решения, которые действительно работают, нужно снова и снова проходить через одно и то же. Еще следует учесть, что самоинвалидация и порывы, вызванные чувством вины и смущением, все это давит на вас и усугубляет ситуацию. Вы настолько теряете контроль, что не можете двигаться вперед в том, что важно для вас.

МАЙКЛ: Мм. Хмм.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И это нормально. Мы с этим справимся. Вот только что вы очень хорошо поработали в этой сфере. *(Чувствует, что самоинвалидация мешает клиенту замечать прогресс, поэтому активно валидирует и с теплом помогает усилить последствия эффективного поведения клиента.)*

МАЙКЛ: (Молчание.) Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да?

МАЙКЛ: Согласен. *(Поддерживает зрительный контакт, выглядит более эмоционально стабильным и мотивированным.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И мне очень нравится, как вы держитесь. *(Майкл делает глубокий вдох, расслабляется, улыбается.)* Вы прибегли к оппозиционному действию, затем вы немного поддались самоинвалидации, и мы с вами смогли сформировать идею, которую стоит попробовать; хорошая работа. Это тот результат, который нам нужен. А что нам нужно, так это найти решение проблемы. Давайте еще раз подумаем: что вы будете делать? Каков будет план?

МАЙКЛ: Да, хм, значит, кофеварка. Я ее сегодня куплю. И, да, я знаю, что я много раз говорил, что пойду домой и что-то сделаю, а потом не делал этого, — но сегодня я все сделаю перед тем, как пойти домой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Коучинговый тон.)* Отлично, вы снова прибегли к оппозиционному действию! Очень практичный подход, замечательно.

МАЙКЛ: Я отсюда пойду прямо в магазин, а потом уже домой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Как вы думаете, есть что-то, что может помешать вам сделать это?

МАЙКЛ: Ну, я не знаю. Хм, автобус врежется во что-нибудь. Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Смеется.)* А что, если... Что, если у вас изменится настроение? Что вы будете делать, если это произойдет?

МАЙКЛ: (Молчание.) Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: А настроение у вас изменится. Давайте представим, что вдруг настроение у вас испортилось.

МАЙКЛ: Ну, я могу... *(пауза)* ...действовать противоположно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как сегодня?

МАЙКЛ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, а теперь подумайте: какими будут ваши эмоции?

МАЙКЛ: Я почувствую усталость и начну думать, что должен быть способен сделать это, ничего же особенного, и мне не нужна никакая навороченная кофеварка, мне просто нужно проснуться и встать. (*Голос приобретает строгость и твердость.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, ужасно. Такие самоинвалидирующие мысли наверняка возникнут. Это и есть ваш раздражитель. Подумайте: каким будет оппозиционное действие... Какими эмоциями?

МАЙКЛ: Что-то вроде уныния и разочарования, в какой-то степени смущение, что-то вроде отвращения.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: В таком случае, оппозиционным действием будет?..

МАЙКЛ: Активность, сохранять активность.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть, еще приободрение и валидация того, насколько это все непросто? “Мне трудно изменить ситуацию со сном. Мне бы хотелось, чтобы все было иначе, но это действительно крайне сложно”. Или даже стимулировать реакцию, противоположную отвращению, — принять доброжелательную, решительную позу и сказать себе: “Я удачно начал сложное дело”.

Когда психотерапевт проводила анализ поведенческой цепочки и подхода к решению проблемного поведения в период между сессиями, клиент перешел к избегающему поведению, которое, видимо, связано с теми же проблемами, с которыми Майкл сталкивается в своей повседневной жизни. На рис. 3.3 представлен схематический набросок психотерапевта, изображающий анализ поведенческой цепочки проявившегося во время сессии проблемного поведения и предпринятые ею действия.

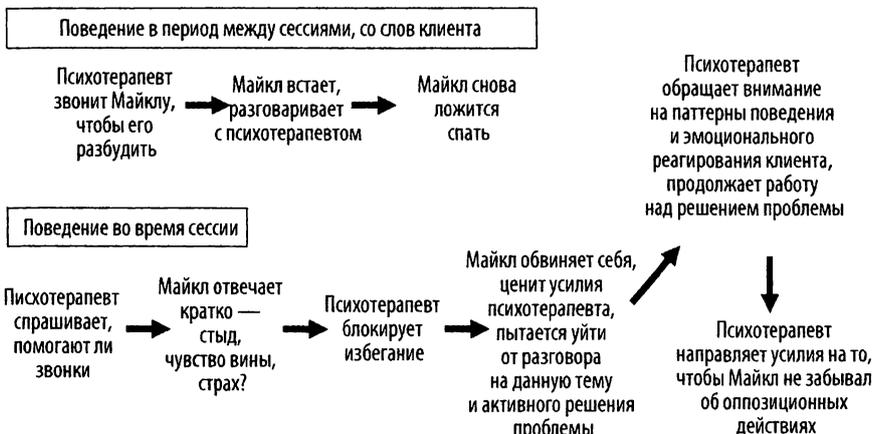


РИС. 3.3. Майкл: анализ поведенческой цепочки проблемного сна и избегающего поведения во время сессии

Как демонстрирует данная иллюстрация, анализ способов решения проблемы напоминает протоколы КПТ, но делает больший акцент на блокировании избегания, коучинге управления эмоциями и особом внимании к генерализации приобретенных навыков, чтобы удостовериться в действительной эффективности таких решений в жизни клиента за пределами терапии. Тем не менее, одного только анализа способов решения проблемы может быть недостаточно.

ПРИМЕНЕНИЕ В ДПТ ЧЕТЫРЕХ ПРОЦЕДУР КПТ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ДОСТИЖЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ

Любой из следующих четырех факторов может ощутимо препятствовать изменению поведения клиента, что повлечет за собой необходимость более тщательно его проработать перед переходом к другому способу решения проблемы: 1) дефицит навыков; 2) проблемные эмоциональные реакции; 3) проблемные обстоятельства; 4) проблемные когнитивные процессы. Каждый из этих факторов связан с базовыми процедурами КПТ: дефицит навыков — с тренингом навыков; проблемные эмоциональные реакции — с экспозиционными техниками; проблемные обстоятельства — с процедурами ситуационного управления; проблемные когнитивные процессы — с процедурами когнитивной модификации. Если анализа поведенческой цепочки и способов решения проблемы оказывается недостаточно, чтобы поддержать новое поведение клиента, возможно, потребуется обратиться к одной или более из этих базовых процедур КПТ.

Варианты сочетания этих процедур бесконечны, а с помощью руководств по протоколам КПТ можно разработать пошаговую терапию многих специфических расстройств и проблем (в частности, см. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Zinbarg, Craske, & Barlow, 2006; Fairburn, 2008). При работе с клиентами ДПТ можно использовать комплексный протокол, но чаще приходится комбинировать те или иные принципы и процедуры для каждой конкретной ситуации, чтобы добиться наилучших результатов в условиях кризисов и проработать многочисленные хронические проблемы. Далее дается краткое определение каждой процедуры, а также описание ее применения в рамках ДПТ.

Тренинг навыков

Во-первых, анализ поведенческой цепочки может выявить недостаток тех или иных навыков у клиента. Такой дефицит выступает целью тренин-

га навыков в ДПТ, поскольку необходимо добиться следующих результатов: 1) управления эмоциями; 2) стрессоустойчивости; 3) адаптивного применения навыков в межличностных конфликтах; 4) безоценочного наблюдения, описания и участия, сосредотачиваясь на эффективности (навыки осознанности). Хотя клиенты в основном обучаются навыкам ДПТ во время групповых тренингов, индивидуальный психотерапевт также, если требуется, помогает клиенту освоить необходимые навыки. Тем не менее, задачей психотерапевта является закрепление и усиление того, что клиент узнал во время группового тренинга, а также помощь в генерализации навыков в повседневной жизни и применении их для решения проблем. Благодаря тренингу навыки закрепляются в сознании клиента; индивидуальный психотерапевт должен сделать так, чтобы они проявились в его жизни. В случае с Майклом психотерапевт достигает этого результата с помощью навыка управления эмоциями, который называется "оппозиционное по отношению к эмоции действие". Это условное обозначение, данное Линехан (1993b) многим доказавшим свою эффективность протоколам, которые применяются для работы с переживаниями тревоги, депрессии и гнева, а также в случае других эмоций (например, стыда, вины и зависти).

Как и в КПТ, следует дать клиенту четкую и легко осуществимую пошаговую инструкцию, чтобы постепенно формировать у него (шейпинг) такие реакции, которые все больше и больше будут включать в себя необходимые навыки. Обсуждая с клиентом его жизненные проблемы, предложите ему в качестве способа решения навыка ДПТ. Моделируйте и демонстрируйте навыки; помогите клиенту практиковать новое поведение, используя воображение или мысленное проигрывание, спонтанное проигрывание (например: "Он говорит то-то, и что вы ему отвечаете?"), а также ролевые игры. Неформально моделируйте перед клиентом применение диалектико-поведенческих навыков, предлагая ему свои примеры их использования. Также можно ориентировать клиента на другие эффективные в плане применения навыков модели из его окружения (книги, фильмы, журналы, телевидение); используйте истории, метафоры и аналогии. Направляйте клиента и давайте ему подробную, четкую обратную связь, оптимизируя и дорабатывая навыки, чтобы они принесли наибольшую пользу именно ему.

Будет нелишне напомнить о принципиальной важности практики поведения. Не стоит ожидать, что одного только инсайта будет достаточно, чтобы изменить ваш удар в гольфе или научить писать картины маслом. Тем не менее, мы часто полагаем, что каким-то образом инсайт сам по себе изменит сложное дезадаптивное поведение, связанное с управлением

эмоциями. В ДПТ тщательное обучение навыкам и их практика жизненно необходимы для управления эмоциями. Таким образом, если клиент во время сессии становится дисрегулируемым, это скорее хорошая возможность попрактиковаться, а не препятствие или преграда. Вам следует двигаться дальше, предоставляя подробные инструкции по выполнению терапевтического задания, одновременно давая четкие указания по управлению эмоциями. Вместо того, чтобы отмахнуться от дисрегуляции и выбросить ее из головы, перейдя к совместной с клиентом работе над действительно важными делами, следует помнить, что в ДПТ работа с эмоциональной дисрегуляцией и есть *самое* важное дело. Обращайтесь к эмоциональной дисрегуляции каждый раз, когда вам выпадает такая возможность.

Диалог с Майклом может служить примером такого тренинга навыков в контексте дисрегуляции во время сессии. Вот еще один краткий пример. В данном случае клиентка описывала цепочку событий, которая привела к компульсивному перееданию и принудительной рвоте. Ключевым звеном оказалось дисфорическое настроение и мысли “Это не имеет значения, ничто не имеет значения”. Когда клиентка описывала ситуацию, у нее снова возникло то же дисфорическое настроение. Когда психотерапевт повел разговор таким образом, чтобы рассмотреть способы, которые могут помочь клиентке в следующий раз повернуть ситуацию иначе, она произнесла тихим, безнадежным голосом: “Какой в этом смысл?” Психотерапевт использует данную ситуацию для практики навыков.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что случилось только что? Вы закончили рассказывать мне о том, что с вами произошло, и я сказал: “Хорошо, давайте посмотрим, что мы можем с этим сделать”, — и что случилось после этого? Что вы чувствуете?

КЛИЕНТКА: Ничего не поможет. Зачем все это делать?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: То, что вы говорите, — это ваши мысли. А какие эмоции вы испытываете прямо сейчас?

КЛИЕНТКА: *(Молчит, психотерапевт ждет.)* Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Могу предположить, что вы испытываете отчаяние и страх, чувствуете себя уставшей и не способной справиться с ситуацией.

КЛИЕНТКА: *(Молчит.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Послушайте, это борьба не на жизнь, а на смерть. *(Клиентка наклоняется вперед, продолжая молчать, но оживившись.)* Каждый раз вы приходите к одному и тому же, и это касается не только проблем с пищевым поведением, но также вашего желания покон-

чить с собой. Вам необходимо найти способ вернуться к активным действиям, чтобы продолжить разговор и чтобы мы смогли во всем разобраться. *(Ориентирует и подталкивает к активному решению проблем, также работает над ключевым механизмом, запускающим суицидальное поведение, а именно, уподочным настроением и безнадежным состоянием, которые клиентка выражает словами «Ничего не имеет значения».)* Подумайте минутку. Я говорю: “Давайте что-нибудь с этим делать” — и что вы чувствуете?

КЛИЕНТКА: Это не стоит приложенных усилий. Я этого не стою.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы выглядите очень грустной, когда говорите об этом... Ваше лицо выражает обреченность... Вы правда чувствуете все это?

КЛИЕНТКА: Да, именно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Если у вас есть такие ощущения и если вы собираетесь прекратить пить слабительное и вызывать у себя рвоту и не отступать от своего стремления, что нужно делать?

КЛИЕНТКА: Мне нужно настроиться на все положительно, хорошо думать о себе и верить, что оно того стоит.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Согласен. А что может заставить вас почувствовать, что оно того стоит, как вам настроиться на все положительно?

КЛИЕНТКА: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Послушайте, вам нужно что-то такое найти; это должно быть что-то настоящее, что-то, во что вы действительно верите. Когда вы найдете что-то такое, вы сможете настроиться на все положительно. Вы знаете навык обращения к “мудрому разуму”, верно? Сделайте глубокий вдох, задайте себе вопрос: “Что поможет мне настроиться на все положительно, чем я могу быть довольна?” — и прислушайтесь к ответу. Не пытайтесь принять какое-либо решение, просто прислушайтесь к ответу.

Психотерапевт продолжал выполнение этого задания до тех пор, пока клиентка не отыскала несколько вещей, действительно ценных для нее, способных помочь ей поверить в себя, и ее настроение изменилось. Затем они вдвоем поразмышляли о том, как ей делать что-то подобное в повседневной жизни за пределами психотерапевтических сессий (т.е. что поможет ей не забывать сосредотачиваться на том, что она в себе действительно ценит, чтобы противостоять отчаянию и не поддаваться настроению). Наконец, психотерапевт поработал над тем, чтобы применение навыков было генерализовано в повседневную жизнь клиентки, обучая ее разно-

образным реакциям для каждой ситуации, меняя их по очереди и побуждая, в ободряющей манере, клиентку практиковать навыки во всех соответствующих контекстах.

Экспозиционные техники

Проблемные эмоциональные реакции в виде чувства стыда, вины, необоснованного страха либо других интенсивных или неконтролируемых эмоций часто подавляют проявление более адаптивных реакций. Человек может фобически бояться эмоций и иметь пагубный паттерн избегания и отрицания действительности. Все составные части ДПТ в значительной степени руководствуются принципами экспозиционных техник. Применяя экспозиционные техники с соблюдением всех правил и норм, психотерапевт и клиент определяют раздражители, запускающие проблемные эмоциональные реакции, а также избегающее поведение. Затем клиент обретает способность воспринимать данные раздражители, не пытаясь их избежать или совершить иное импульсивное действие, направленное на прекращение контакта с раздражителем (предотвращение реакции). Вместо того, чтобы избегать раздражитель, клиент прибегает к новому поведению, противоположному тому действию, к которому его стимулирует проблемная эмоция (например, если проблемной эмоцией является страх, оппозиционным действием будет приближение к тому, что вызывает страх). Клиент постепенно подвергает себя действию все более трудных для него раздражителей. Конечно, важно, чтобы событие, вызывающее страх, не происходило на самом деле (т.е. если клиент боится собаки, не следует стремиться к тому, чтобы он подошел к ней и она его укусила). Экспозиция должна происходить таким образом, чтобы усилить у клиента ощущение, что он способен контролировать события и себя, и длиться столько времени, чтобы клиент смог обучиться новым навыкам, достиг габитуации¹ и десенсибилизации² к травматическим раздражителям.

На первом этапе ДПТ используются немногие формальные экспозиционные протоколы, но принципы экспозиции применяются активно. Когда клиент чрезмерно сенситивен, психотерапевт помогает ему постепенно проработать и ослабить действие раздражителей, а также прийти в себя и обрести способность к эмоциональной регуляции. Например, в случае с Майклом психотерапевт распознала его более или менее заметные тен-

¹ Габитуация — постепенное уменьшение ответной реакции как результат продолжающейся или повторяющейся стимуляции. — *Примеч. ред.*

² Десенсибилизация — снижение чувствительности к стимулу. — *Примеч. ред.*

денции к избегающему поведению, когда задавала вопросы о том, помогают ли ее звонки по утрам. Она ослабила действие раздражителя, которым является недовольство собой, используя теплую, шутливую манеру разговора. Затем она предотвратила избегание, блокировав самокритику, одновременно подтолкнув клиента к более адаптивному реагированию на раздражитель в условиях сильных эмоций. Такое спонтанное обращение к экспозиции требует от психотерапевта оперативной и рациональной валидации. Подобные ситуации подробно будут рассмотрены в следующей главе, посвященной валидации.

Процедуры ситуационного управления

Даже опытные когнитивно-поведенческие психотерапевты не всегда знают, как применять принципы научения для ситуационного управления. По тем или иным причинам такие навыки и знания обесценились и отошли в прошлое. Тем не менее, в ДПТ необходимо знать, как применять принципы ситуационного управления, в частности, чтобы помочь клиенту пережить суицидальный кризис с высокой степенью риска.

В основе ситуационного управления лежит идея, что последствия нашего поведения влияют на то, что мы в итоге усваиваем. Тесная взаимосвязь между нашими реакциями и произведенным ими эффектом в окружающей действительности влияет на то, что мы сделаем в следующий раз в похожих обстоятельствах. Приведем простой пример. Если вы войдете в незнакомую комнату, где царит кромешная тьма, вы можете сделать множество вещей. Вы можете беспорядочно шуметь; можете звать на помощь. Но наиболее вероятная реакция в такой ситуации — попробовать наощупь отыскать выключатель. Если вы нашли выключатель и нажали на него, но свет не включился, можно попробовать нажать на него еще пару раз. Если ничего не происходит, вы прекращаете нажимать на выключатель, потому что нет очевидной связи между данным действием и включением света. Последствие (свет не зажигается) снижает вероятность того, что вы продолжите нажимать на выключатель. Если же свет появится неожиданно, независимо от ваших действий, вы также прекратите нажимать на выключатель, поскольку и в этот раз отсутствует очевидная связь между вашим поведением и светом в комнате. Именно обстоятельства, которыми характеризуется ситуация, отношения типа “если, то” определяют наши реакции.

Данный основной принцип действует и в более сложных ситуациях. Например, в системе психотерапии подход к клиенту зависит от серьезности его поведенческого дисконтоля. Человек получает индивидуальную психотерапию только тогда, когда он совершенно не контролирует себя,

и данный вид терапии прекращается, когда клиент преодолевает кризис и снова владеет собой. Подобные ситуации ведут к отсутствию прогресса и продолжающимся кризисам, поскольку формируют установку: когда у тебя все плохо, ты получаешь больше; когда дела налаживаются, ты получаешь меньше. Лучшей системой было бы сделать некоторые улучшения (для многих клиентов это стало бы гораздо более эффективной психотерапией), направленные скорее на прогресс, чем на продолжение дезадаптивного поведения.

Тот же принцип работает и для менее заметных взаимосвязей. Например, скажем, каждый раз, когда я делюсь с вами определенным важным для меня фактом, вы выглядите несколько незаинтересованным. Я открываю душу — вы смотрите на часы. Я делаю еще одну попытку — вы рассматриваете пейзаж за окном. Будучи поставленной перед такой причинно-следственной зависимостью, я усваиваю, что выражение незаинтересованности с вашей стороны связано с моими откровениями. Данная взаимосвязь и обусловленные ею знания могут быть или не быть чем-то хорошим. Если исходить из того, что я иду на определенный риск в межличностных отношениях, открывая душу, чтобы установить доверие и определенную близость, такая ситуация и формируемая ею установка являются проблемными. Тем не менее, я могу использовать информацию о себе так, как кальмар использует чернила: когда ситуация становится напряженной, я сообщаю крайне личную информацию о себе и таким образом спасаюсь. В такой ситуации слабое проявление интереса с вашей стороны каждый раз, когда я прибегаю к подобным действиям, действует как негативное подкрепление, помогая мне прекратить прятаться и начать реагировать иначе. Вопрос следует формулировать в зависимости от того, как мое поведение соотносится со стоящей передо мной задачей: формируют ли обстоятельства такое поведение с моей стороны, какое я хочу, в таком направлении, в котором я хочу двигаться?

Аналогично, эффект, производимый слабым выражением интереса, может отличаться у разных людей, или даже у одного человека в разные периоды времени. Выражение незаинтересованности может выполнять функции наказания, а именно, оно может пресекать излишнее самораскрытие с моей стороны. Но если я настолько сенситивна, что мне неловко, когда другие люди замечают меня и осознают мое существование, то ваш слабый интерес способен подкрепить мое более открытое поведение — когда я делюсь той или иной информацией, ваш интерес ко мне проявляется слабо, и я осознаю, что могу свободно вести себя, не испытывая при этом дискомфорта. Ваше влияние на мое поведение может меняться со временем. Если вы помогаете мне идти на риск и делать то, что необходимо для более близкого общения с другими людьми, при том что я крайне

сенситивна к проявлениям незаинтересованности и они действуют на меня подавляюще, тогда вы можете сознательно проявлять осторожность, глядя на часы в конце психотерапевтической сессии на предварительном этапе. Но позже вы можете быть более небрежны с той же целью, чтобы я могла попрактиковаться в сохранении стойкости в условиях естественного блуждания внимания собеседника. Первостепенно важная идея заключается в том, что “для огня характерно гореть”. Если легкое и непринужденное поведение является уловкой в межличностных отношениях, и психотерапевт реагирует соответствующе, демонстрируя слабую заинтересованность тогда, когда оно служит для достижения определенных целей, огонь может разгореться. Клиент может еще сильнее шутить и рассказывать забавные истории, подобно тому, как человек может раз за разом нажимать на выключатель, еще не осознав, что он не включает свет.

Многие из таких установок основаны на связях между нашими реакциями и производимым ими эффектом, который нами не осознается. Например, если без ведома школьного учителя вы попросите левую половину класса улыбаться и выражать заинтересованность, а правую — выглядеть незаинтересованными, он переместится на левую сторону, не осознавая, что что-то влияет на его поведение. Подобное происходит и во время сессии, и мы таким же образом не осознаем этого. Если каждый раз, когда вы задаете клиенту вопрос, касающийся сложной для него, но важной для прогресса темы, он становится поверхностным и однообразным в своей речи, слегка сбивая вас с толку и нагоняя скуку, это приводит к тому, что у вас будет меньше желания задевать данную тему. Клиент формирует у вас склонность избегать разговоров на эту тему; каждый раз, когда вы в разговоре слегка ее касаетесь, вы способствуете избегающему поведению с его стороны. Психотерапевты не менее уязвимы в отношении принципов научения, чем клиенты. При каждом взаимодействии вы либо достигаете определенных изменений к лучшему, либо нет.

Таким образом, диалектико-поведенческому терапевту следует прилагать усилия, чтобы осознавать обстоятельства и формируемые ими установки, способные влиять на терапевтические отношения, чтобы использовать их в интересах клиента. Например, существуют две конкретные ситуации, предназначенные для того, чтобы помочь психотерапевту и клиенту обратиться к активному решению проблемы *до того*, как она возникнет: правило 24 часов и правило четырех пропусков.

Правило 24 часов

Правило 24 часов гласит следующее: если клиент умышленно наносит себе повреждения, психотерапевт не станет инициировать терапевтичес-

кий контакт в течение последующих 24 часов (но продолжая придерживаться установленного ранее графика сессий). Такое правило создано для того, чтобы усилить мотивацию клиента искать контакт тогда, когда ему нужна помощь в воздержании от старых способов решения проблемы в виде нанесения себе самоповреждений, вместо этого используя новые способы. Таким образом, потенциальное подкрепление условного рефлекса в виде более интенсивного контакта с психотерапевтом связывается с улучшениями, а не с обострением проблемного поведения. Правило 24 часов позволяет осознать, что не обязательно ситуации доходить до крайности, чтобы человек мог получить необходимую помощь. Такая установка также призвана снизить риск непреднамеренного усиления психотерапевтом склонности к нанесению себе телесных повреждений у клиента. Если психотерапевт проявляет большую заботу и тепло по отношению к клиенту в ситуации, когда он умышленно наносит себе повреждения, это может усилить вероятность самоповреждений в будущем, даже если клиент и психотерапевт не осознают такой связи, так же как школьный учитель не осознает, что переходит на левую сторону класса.

Правило четырех пропусков

Подобным образом правило четырех пропусков создано для того, чтобы мотивировать клиента и психотерапевта заранее решать проблему посещаемости. Если клиент пропускает четыре следующие друг за другом сессии индивидуальной психотерапии или группового тренинга навыков, его отстраняют от программы до конца установленного договором срока (по истечении которого клиент может начать переговоры о возвращении к программе). Четкость и бескомпромиссность данного правила мотивируют психотерапевта активно работать над выявлением и предотвращением всего, что может препятствовать посещению сессий клиентом. Если не активизировать психотерапевта таким способом, легко скатиться к нерегулярной посещаемости и обусловленной ею недостаточно интенсивной работе, что ставит крест на эффективности терапии.

Правила 24 часов и четырех пропусков достаточно произвольны: никакого дополнительного контакта в течение суток после нанесения себе повреждений (почему не 12 часов или двое суток?), четыре пропуска — и вы свободны (почему не три и не пять?). Такая произвольность противоречит, возможно, наиболее важному применению ситуационного управления: естественно возникающим ситуациям в отношениях между психотерапевтом и клиентом.

Естественные ситуации в терапевтических отношениях

Естественные ситуации — это такие ситуации, которые оказывают большое влияние на терапевтическое взаимодействие и возникают естественным образом при каждом таком взаимодействии; они схожи с тем, что происходит в нетерапевтических отношениях. Откровенное сообщение информации о себе — один из примеров, когда в ДПТ используется естественно возникающая ситуация, для того чтобы принести клиенту пользу.

Отношения с психотерапевтом или определенные аспекты психотерапии (например, частота сессий или их длительность, оплата) могут спровоцировать такое же поведение, которое создает проблемы в других отношениях клиента. Например, клиент начинает разговаривать с психотерапевтом раздраженным, требовательным тоном, когда обращается к нему с просьбой, что влечет за собой дополнительную работу со стороны психотерапевта и, следовательно, требует дополнительного времени. Другие люди в жизни клиента отворачиваются от него, когда он обращается с ними подобным образом; его гневные тирады блокируют получение обратной связи от других; в итоге он чувствует себя одиноким и не способным к поддержанию хороших отношений. Это тот момент, когда самораскрытие психотерапевта может помочь клиенту увидеть связь между своим поведением и тем эффектом, который оно производит. Психотерапевт может сказать: “Вы говорите довольно гневным, требовательным тоном, когда обращаетесь ко мне с просьбой. Вы осознаете, какое впечатление производит ваш тон? Когда вы просите меня о чем-то таким образом, мне меньше хочется выполнить вашу просьбу. Если бы вы просили так, чтобы было понятно, что вы понимаете, что это может требовать от человека дополнительного времени, вы бы скорее получали от людей то, что вам нужно”.

Это полезно, когда клиент в отношениях с психотерапевтом применяет поведение, подобное тому, которое создает проблемы в его отношениях с другими людьми, поскольку известный аспект подкрепления заключается в том, что чем ближе по времени и месту поведение от своих последствий, тем ярче выражен эффект, производимый такими последствиями. Ключевое значение имеет осознанность, начиная с анализа поведенческой цепочки и формулирования случая, заблаговременное понимание того, что вы хотите подкрепить, а что нет. Для примера приведем историю одного клиента. Люди не реагировали на проявления его эмоциональной боли, если он не доходил до состояния драматичного отчаяния и не делал заявлений вроде “Я покончу с собой, если она еще раз это скажет!” В психотерапии ситуация иная: у вас будет возникать желание “настроиться с клиентом на одну волну” и реагировать на проявления стресса с его стороны, предлагая помощь и не доводя реакции клиента до крайности. Таким

образом, теплое отношение, забота и внимание должны изначально находиться на необходимой волне, чтобы слабые запросы и выражения стресса вызвали предложение нужной помощи. Вы будете внимательно отслеживать факторы уязвимости клиента и изучать предшествующие события, чтобы в случае, когда поведенческая цепочка запускается, вы оказались способны быстро проявить внимание к эмоциональной боли клиента и заблокировать его экстремальное поведение и выражение чувств. Например, когда клиент начинает рассказывать вам о межличностном конфликте, подобном тому, который однажды привел к такого рода экстремальному состоянию и суицидальным угрозам, вы можете сказать: “Я хочу помочь вам справиться со всем так, как вам самому было бы нужно в этой ситуации, чтобы вам не пришлось прибегать к эскалации своего состояния, а вместо этого вы действительно получили то, что хотите”. Вы можете быть отзывчивым и дружелюбным в ответ на адекватное поведение клиента и обращаться с ним более холодно, когда он доходит до крайностей, даже активно блокируя их. “Когда вы грозитесь покончить с собой, это вынуждает нас проводить оценку риска. Это отнимает у меня много времени и отвлекает от самых важных вещей, а именно от того, что вас тревожит *реальная* проблема, — способны ли вы рассказать мне о ней без угроз?”

То, что происходит непосредственно после определенного случая, вероятнее всего, повлияет на возможное в будущем поведение. Таким образом, психотерапия будет более эффективной, если проблемное поведение клиента и очевидные улучшения будут происходить во время сессии, где они во времени и пространстве будут ближе всего к такому прогрессу, достичь которого клиенту помогает психотерапевт. Это наиболее заметно, когда психотерапевт и клиент обсуждают возможные способы решения проблем, возникающих в их терапевтических отношениях, прямо говоря о том, как те или иные реакции каждого из них усиливают или не усиливают мотивацию другого и его вовлеченность в работу.

Некоторые люди имеют возражения против стратегий ситуационного управления, поскольку, по их мнению, намеренное реагирование соответствующим образом способно причинить вред либо является лицемерием. Такие возражения не учитывают тот факт, что на самом деле мы все реагируем определенным образом на то, что говорят или делают другие люди. Если я делюсь личной информацией о себе, то вы реагируете таким образом, который либо поощрит подобное поведение с моей стороны, либо подавит его; это происходит независимо от того, осознаем мы данный эффект или нет. Каждый психотерапевт хочет, чтобы его реакция привела клиента к улучшениям, насколько это возможно, а не просто облегчала его собственный дискомфорт. Хорошая основа в виде искреннего положитель-

ного отношения является *необходимым условием* для эффективного применения стратегий ситуационного управления. Если клиент не чувствует, что вы искренне действуете в его интересах, ситуационное управление воспринимается как манипуляция либо принуждение.

Когнитивная модификация

Эффективное поведение иногда подавляется ошибочными убеждениями и предположениями. В ДПТ когнитивная модификация основывается на логической непротиворечивости либо непротиворечивости убеждениям или “мудрому разуму” (например: “Является ли данное убеждением тем, во что я верю в те моменты, когда полностью собран и могу рассуждать здраво?”), а также на эффективности (“Может ли данное убеждение помочь в достижении моих целей?”). Подобный акцент на поиске того, что обосновано и имеет силу, отчасти является результатом сенситивности клиента к инвалидации. Направленность интервенции непосредственно на ошибочные интерпретации клиента, и особенно сократический диалог, могут возыметь эффект негативного подкрепления для многих клиентов или вызвать у них слишком яркие воспоминания. Несмотря на то, что диалектико-поведенческий терапевт иногда может противостоять проблемным убеждениям клиента с помощью аргументации или мысленных экспериментов, основное внимание уделяется когнитивной модификации путем диалектического убеждения — таких бесед с клиентом, которые используют противоречия, характерные для его позиции. Например, в предыдущей главе клиентка рассказывала, что получает немедленное облегчение эмоциональной боли, когда обжигает себя сигаретой; она говорила о том, что ожог был не таким уж серьезным. Затем психотерапевт задал вопрос, стала бы клиентка обжигать руку своей маленькой племянницы, чтобы помочь ей почувствовать себя лучше, если бы ребенок испытывал сильную душевную боль. Клиентка ответила: “Я бы просто не стала этого делать. Это неправильно”. Разговор усилил эмоциональное напряжение и ощущение дискомфорта у клиентки, связанные с тем, что она придерживается двойных стандартов. Диалектическое убеждение предполагает, что психотерапевт подчеркивает противоречия между действиями, убеждениями и ценностями самого клиента.

Также психотерапевт помогает клиентам разработать направляющие указания, способные подсказать, когда следует доверять своим интерпретациям, а когда в них сомневаться. Например, навык “проверки фактов” воплощает базовые стратегии когнитивной модификации в помощь самому себе. Кроме того, в ДПТ психотерапевт активно учит клиента распоз-

навать обстоятельства, вскрывает причинно-следственную подоплеку поведения — как в психотерапевтических, так и в других отношениях клиента. Клиенты учатся рассматривать и описывать собственный образ мышления и неявные правила, замечать, когда их мышление неэффективно, а также противостоять проблемным мыслям, чтобы прийти к более функциональному или более диалектическому пониманию истины. Клиент учится все больше полагаться на мудрый разум, интуитивное понимание того, что делает рациональные и эмоциональные реакции эффективными. В ДПТ основная цель заключается не в том, чтобы найти и изменить проблемную схему, а скорее в том, чтобы вплетать когнитивную модификацию спонтанно на протяжении всей работы с клиентом, акцентируя его внимание на восприятии нерационального или интуитивного знания как иного способа оценки, помимо рационального подхода.

Все базовые стратегии изменений и процедуры, описанные в данной главе, могут сочетаться или изменяться для более эффективной работы со стойкой эмоциональной дисрегуляцией клиента как во время сессий, так и между ними. Вам часто придется раз за разом ориентировать клиента, работать над его готовностью к выполнению терапевтических заданий, а также обращаться к практике поведения, чтобы закрепить знания и обеспечить генерализацию навыков, несмотря на эмоциональную дисрегуляцию. Следует сосредоточиться на тех звеньях в цепочке причинно-следственных связей, которые являются общими для различных проблем и ситуаций; для этого всячески подчеркиваются такие звенья, проводится анализ способов решения проблем, применяется каждая из четырех процедур, направленных на изменения (тренинг навыков, экспозиция, ситуационное управление и когнитивная модификация). Во время каждого взаимодействия клиент и психотерапевт устраняют дефицит навыков и работают над изменением проблемных эмоций, установок и когниций, подавляющих применение навыков из репертуара клиента.

В то же время интервенция со стороны психотерапевта может восприниматься клиентом как крайне инвалидирующая. Попытки помочь, предпринимаемые психотерапевтом, могут ощущаться как критика и утверждение того, что клиент недостаточно хорошо старался — что всегда говорят другие. Клиенты, подвергшиеся влиянию стойкой инвалидации, могут быть необычайно чувствительными. В связи с этим активная, упорядоченная и точная валидация того, что является “правильным” или “обоснованным” в реакциях клиента, необходима для стимулирования эмоциональной регуляции и, соответственно, создания условий для других изменений. Следующая глава посвящена описанию стратегий валидации — ориентированных на принятие базовых стратегий ДПТ.

Принципы и стратегии валидации

В ДПТ валидация определяется как эмпатия, к которой добавляется подтверждение того, что нечто с точки зрения клиента тем или иным образом обосновано. Эмпатия предполагает, что вы понимаете, как клиент воспринимает мир. Валидация же требует от вас активного подтверждения того, что точка зрения клиента резонна. Чтобы валидировать, вы должны быть настолько эмпатичны, насколько это необходимо, чтобы понять уникальное восприятие мира другим человеком, полное разнообразных нюансов. Но валидация также предполагает, что вы отыскиваете причины, по которым реакция клиента оправданна, и подтверждаете это. Вы обосновываете, каким образом эмоции клиента, его мысли или действия могут быть вполне понятными, поскольку являются уместными, разумными, обоснованными, корректными либо эффективными. Если бы клиент спросил: “Может ли это быть правдой?” — эмпатия означала бы, что вы понимаете, что такое “это”, а валидация состояла бы в том, что вы дали бы клиенту понять, что это действительно может быть правдой. Валидация — это второй комплекс базовых стратегий ДПТ. Валидация берет свое начало в клиент-центрированной традиции (Linehan 1997b; см. также замечательную работу “Пересмотренная эмпатия” [Bohart & Greenberg, 1997]).

Возникает желание рассматривать стратегии изменения как главную движущую силу психотерапии, наиболее эффективную помощь, которую вы можете предложить, словно поведенческая терапия — это рычаг, которому требуется противовес в виде валидации, чтобы клиент смог достичь изменений. Но такие взгляды ошибочны и чрезмерно упрощены. Они не принимают во внимание значительные изменения, которые валидация производит сама по себе. Такие взгляды также приводят психотерапевта к ошибочной мысли, что валидация является для нас как для специалистов настолько естественной, что для ее использования не требуется никакое дополнительное обучение или практика. Активная, упорядоченная и

точная валидация необходима для управления эмоциями и создания на этой основе условий для прочих изменений. Когда клиенты имеют опыт стойкой инвалидации и эмоционально очень уязвимы, предоставление валидации намного сложнее, чем может показаться.

ПОНИМАНИЕ РОЛИ ВАЛИДАЦИИ В УПРАВЛЕНИИ ЭМОЦИЯМИ

Случай из практики: Миа

Миа обратилась к психотерапии из-за проблем на работе, но все оказалось гораздо серьезнее, чем просто сохранение места работы. Когда позднее клиентка была уволена, ее психотерапевт временно отсрочила оплату, согласившись с тем, что Миа вернет долг, когда снова будет работать. Сейчас Миа проходит собеседование на новую должность. Она пришла на сессию и рассказала психотерапевту о состоявшемся собеседовании в компании, в которой она мечтала бы работать, — но интервьюер был невероятно бесцеремонен и задавал ей наводящие вопросы, чтобы “заставить жаловаться на предыдущих работодателей”. Психотерапевт спросила, какие, по мнению клиентки, безопасные вопросы он мог бы задать, чтобы оценить ситуацию и узнать, что Миа хочет делать дальше, но не валидировала то, что интервьюер был невероятно бесцеремонен. Миа повторила вопросы сотрудника драматическим, допрашивающим тоном, а затем сказала, что уже набросала черновик электронного письма с заголовком “Спасибо за проведенное собеседование”, в котором перечислила все некорректные вещи, которые он произнес. Психотерапевт посчитала, что Миа неверно истолковала обычную неоднозначность высказываний и тона, что также проявлялось у клиентки во время терапевтических сессий. У нее возникло желание помочь Миа перенести подобные неизбежные аспекты собеседований, поэтому она произнесла: “Что ж, могу сказать, что тон, которым говорил сотрудник, был неприятен, но вопросы сами по себе достаточно обычны для собеседования при принятии на работу”. Миа вспыхнула от ярости. “Если вы хотите, чтобы я выплатила вам ту сумму, которую должна, я заплачу, только скажите об этом!” “Тише! — очень мягким тоном произнесла психотерапевт. — Вы неправильно меня поняли, я знаю, что это собеседование было для вас очень важным”, — после чего, тревожась о том, чтобы не оттолкнуть Миа, но чувствуя раздражение, нараспев произнесла, пытаясь скрыть собственную эмоциональную реакцию: “Послушайте, ни я, ни сотрудник, проводивший собеседование, не собираемся морочить вам голову... Но я знаю, что подобные ситуации

действительно сбивают вас с толку”. Миа восприняла поведение психотерапевта как снисходительное и унижительное, на ее лице отразилось презрение. Психотерапевт какое-то время молчит, пытаясь собраться с силами и сориентироваться в разговоре, что вызывает у Миа панический приступ, поскольку она со слезами на глазах ожидает, что психотерапевт откажется с ней работать и она не получит необходимую помощь.

Для психотерапевта валидация и даже эмпатия могут вызывать сложности в подобных ситуациях. Появись над головой психотерапевта облачко с мыслями, как в комиксах, там могло бы быть написано: “Я верила в вас настолько, что позволила вам задолжать мне деньги, и вы подвергаете сомнениям мои мотивы?! Я ради вас из кожи вон лезу”. В этом облачке могли бы быть еще такие слова: “Если она отправит это письмо, у нее будет суицидальный кризис... Избавьте меня от этого”. Но у Миа есть веские причины не доверять другим людям. Повторяющаяся ложь, публичное унижение и принуждение сдерживать эмоции были нормой в ее семье, что усилило ее подозрительность едва ли не до паранойи. Можно понять ее сенситивность и склонность неверно истолковывать ситуации и видеть в них западню, в которую она попадет и от которой пострадает. Зная историю Миа и понимая ее сенситивность, психотерапевт мягко предлагает обратную связь, но даже деликатные формулировки воспринимаются клиенткой как жестокое обращение и пытка. Прокладывая дорогу среди таких укоренившихся, слишком долго используемых паттернов, чтобы уточнить ее ошибочные восприятия, психотерапевт очень рискует сделать неверный шаг.

Тем не менее, реакции Миа обусловлены не только ошибочными восприятиями, вполне ожидаемыми, если принять во внимание прошлую инвалидацию; они возникают потому, что Миа переживает инвалидацию *сейчас*, и она исходит от ее психотерапевта в настоящем взаимодействии. Первым шагом со стороны психотерапевта была оценка того, насколько неверно Миа воспринимает ситуацию, то есть поиск, что является ошибочным или необоснованным в реакции Миа. Это спровоцировало всплеск эмоций клиентки, которые можно выразить следующим образом: “Никто мне не верит, никто не защитит меня; мне нужно защищаться самостоятельно, иначе такие вещи будут происходить и дальше”. Ее поведение становится более эмоциональным. По мере того, как психотерапевт продолжает гнуть свою линию, осторожно ходя на цыпочках вокруг эмоциональности Миа, у нее возникает ощущение, что психотерапевт не замечает ее попыток объяснить, насколько собеседование встревожило ее. Она начинает недоумевать, *почему* психотерапевт не может этого понять; осознает деликатность психотерапевта, но ошибочно интерпретирует ее как желание, чтобы она устроилась на работу и рассчиталась за терапию. Когда психо-

терапевт произносит: “Подобные ситуации действительно сбивают вас с толку” — то снова подталкивает Миа к ошибочному прочтению ситуации. Она воспринимает эти слова как унижительное для нее заявление. Когда психотерапевт мягко напоминает Миа, что знает, насколько важна для нее работа, то провоцирует диалектический сдвиг к самоинвалидации и презрению к себе: “Я так глупа, я слишком сильно на все реагирую. Каждый человек может где-то работать, а что не так со мной?!” Выражение презрения на лице Миа, замеченное психотерапевтом, было направлено на нее саму. Затем, среди всего этого, Миа почувствовала, что психотерапевт от нее отдаляется. Психотерапевту нужно было отдалиться, и она сделала это для того, чтобы совладать с собой и помочь Миа. Однако отдаление психотерапевта в тот момент, когда Миа в ней нуждалась, усилило переживаемый ею дистресс: если она действительно настолько не может контролировать себя, насколько ей это представляется, почему психотерапевт не помогает ей? Разве она не видит, как все плохо? Миа кажется, будто она попала в ловушку страшного сна, где все, что бы она ни делала, не помогает, и единственное, что давало ей чувство защищенности — то, что психотерапевт на ее стороне, — ускользает. По мере эскалации эмоционального напряжения возрастает и опасность экстремального поведения. Высок риск того, что сессия пойдет вкривь и вкось и Миа уйдет домой в еще худшем состоянии, чем пришла. Такой сценарий типичен, и он способен дезорганизовать как психотерапевта, так и клиента.

Нормальное воздействие инвалидации

При взаимодействии с клиенткой любому психотерапевту сложно было бы заметить, что является обоснованным и нормальным в более чем эмоциональном поведении Миа, и особенно сложно — понять, каким образом собственные реакции психотерапевта ухудшают ситуацию. Когда за эмоциональной вспышкой Миа последовали инвалидирующие реплики со стороны психотерапевта (вопросы о том, как Миа истолковывает ситуацию), эмоции Миа усиливаются, и она выражает их более интенсивно. Так же было бы у каждого из нас. Это естественный физиологический процесс, вызываемый инвалидацией, который выражается усилившимся возбуждением и чувством потери контроля над собой (Shenk & Fruzzetti, 2011). Каждый из нас обнаруживал, что наши эмоции усиливаются и мы начинаем выражать их более интенсивно после того, как кто-то выразил сомнение в нашем понимании ситуации. Если мы довольно длительное время со всех сторон сталкиваемся с таким сомнением относительно чего-либо, имеющего для нас чрезвычайно важное значение, наши эмоции

и их проявление доходят до крайностей. Нам не удастся усваивать новую информацию и сделать усилие, чтобы восстановить контроль над собой. Это *нормально*. В данном случае психотерапевт не приняла в расчет того, что *нормальная* реакция клиентки на инвалидацию повлечет за собой эмоциональное возбуждение.

Столкнувшись с инвалидацией, мы, в зависимости от нашего опыта и темперамента, можем усилить проявление эмоций или приложить сознательное либо неосознанное усилие для их сдерживания. Если эмоции сильны, но мы способны их контролировать, мы можем остановиться, снизить накал эмоций, отсрочить их, скрыть, замаскировать, избежать, отдалиться либо избирательно отвлечь свое внимание. Наши собственные реакции могут вызывать у нас презрение, страх или стыд (вторичные эмоции). Те, кто лучше владеют навыками управления эмоциями, могут испытывать очень сильные переживания, но при этом так модулировать их выражение, чтобы соответствовать социальным обстоятельствам. Например, психотерапевт Миа умышленно принимает более расслабленную позу и замедляет дыхание, когда замечает признаки собственной дисрегуляции.

Когда речь идет о чем-то важном (как в случае с Миа), а другие люди не реагируют на наши эмоциональные переживания, каждый может прийти до дисрегуляции и буквально закричать: “Вы не понимаете!” Безусловно, не все прибегают к умышленному нанесению себе телесных повреждений, чтобы решить проблему дисрегуляции, но основные психологические процессы одинаковы как у клиента, так и у психотерапевта. Инвалидация провоцирует усиление эмоций, сужает наше восприятие, мышление и порывы к действиям, заставляя сосредотачиваться на том, чтобы отреагировать на угрозу. Единственное, что для нас имеет значение, — донести до сознания собеседника то, что мы хотим сказать.

Для наших клиентов дисрегулированные переживания и их выражение могут войти в привычку, стать такой реакцией, которая возникает мгновенно, что, в свою очередь, запускает сложные паттерны межличностных отношений. Данный процесс может происходить так быстро и в настолько неожиданных контекстах, что как специалисты мы пропускаем переход от раздражителя (то есть нашей непреднамеренной инвалидации) к сильным эмоциям. Мы неожиданно обнаруживаем, что клиент почему-то находится в крайне дисрегулированном состоянии. Все усложняется. Терапевтический процесс превращается в минное поле для обеих сторон.

Что сложно перенести как клиенту, так и психотерапевту, так это то, что инвалидация нужна — психотерапевту *необходимо* сообщать клиентке о том, что является неэффективным и нецелесообразным в ее реакциях. Без корректирующей обратной связи со стороны психотерапевта (о том, каким образом лучше всего воспринимать поведение интервьюера и как

реагировать на него) Миа снова окажется без работы; если не исправить ее восприятие мотивов психотерапевта, ее доверие будет подорвано. Ее эмоции слишком сильны (как в плане выхода за пределы нормы, так и в плане нарушения практической деятельности): они способны перечеркнуть усилия, которые им обеим нужно приложить, чтобы помешать отправке интервьюеру излишне резкого письма. Оставлять эту тему нецелесообразно. Также не принесет пользы признание инвалидации в ходе собеседования (“Да, этот человек вел себя как последняя сволочь. То, что он с вами так говорил, не вписывается ни в какие рамки!”). Психотерапевт должен инвалидировать (или хотя бы избегать валидации) эмоциональные реакции, когда они несоразмерны или основываются на ошибочной интерпретации.

Чтобы помочь клиенту измениться, часто требуется активная и повторяющаяся инвалидация, что несовместимо с реализацией его долгосрочных задач. Поскольку повторяющаяся инвалидация обычно вызывает эмоциональное возбуждение и ведет к дисрегуляции, это препятствует обучению клиента и гибкому реагированию с его стороны. Когда клиент предельно сенситивен, каким образом мы можем помочь ему достичь изменений и обучиться чему-то новому?

Использование валидации наподобие того, как вы бросаете голодной собаке кость, не сработает в подобных ситуациях. (Просто вспомните, что было, когда вы в последний раз сказали любимому человеку, который был зол на вас: “Да, дорогая (дорогой), наверное, тебе было тяжело, когда я это сделал (сделала)”.) Требуется нечто гораздо более сложное. Психотерапевт должен одновременно ориентироваться на задачи клиента и оставаться открытым тому, что следует валидировать в его реакциях, не усиливая дисфункционального поведения, не провоцируя такую эмоциональную реактивность, которая сорвет выполнение терапевтического задания, а также не теряя из виду изменений, которых необходимо достичь. Например, в случае с Миа психотерапевту следует оставаться открытым тому, что тон интервьюера действительно был неприятным; возможно, ей понадобится валидировать крайне интенсивные эмоциональные переживания (вспыхнувший гнев был настолько силен, потому что Миа, возможно, не могла достичь невероятно сложной цели), при этом не валидируя проблемное выражение эмоций (ответный ход в виде письма вряд ли в ее интересах).

ВОЗДЕЙСТВИЕ ТОЧНОЙ, АККУРАТНОЙ ВАЛИДАЦИИ

Валидация сама по себе снижает физиологическое возбуждение. Другими словами, валидация напрямую управляет эмоциями (Shenk &

Fruzzetti, 2011). Также валидация выявляет адаптивное реагирование, способное управлять эмоциями. Когда вы валидируете аккуратно и точно, то не только ослабляете возбуждение, но также провоцируете возникновение альтернативных реакций. Удачно сформулированная и эмоционально экспрессивная валидация вызывает новые, более адаптивные эмоции, что, в сущности, означает, что вся система клиента реорганизуется. Подобно тому как слова, подобранные великим писателем, вызывают те или иные эмоции, то, что говорит психотерапевт, способно спровоцировать у клиента разнообразные переживания.

Можно сказать, что подобным образом мыслила психотерапевт, когда Миа говорила о том, что интервьюер был невероятно бесцеремонен. Психотерапевт могла бы сказать искренне и с чувством: “Какая досада! Вы так ждали этого собеседования, вы наверняка очень разочарованы”. Как бы ответила Миа?

МИА: Да, очень! И это меня очень разозлило! Я нашла всю информацию об этой компании, какую только можно найти; я часами обсуждала с другом, что можно сделать с пробелами в моем опыте работы. А потом эта сволочь все портит!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: О, Миа, мне так жаль. Я знаю, что вы приложили столько усилий, чтобы подготовиться, и вы действительно очень ждали этого собеседования.

МИА: Да... *(На глаза наворачиваются слезы, когда она думает о том, сколько зависело от этого собеседования.)* У меня просто больше не будет такой возможности, это то, что бывает раз в жизни.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, это был уникальный шанс...

МИА: *(Глаза наполняются слезами.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это действительно больно... Мм. Хмм.

Психотерапевт медленно подводит Миа к полному выражению ее первичной адаптивной эмоции разочарования. Миа начинает плакать и вздыхает. Психотерапевт также делает глубокий вдох и пользуется моментом, чтобы оценить, как много усилий приложила Миа для подготовки к собеседованию, а также предположить, насколько сильны были бы ее собственные эмоции, если бы была упущена возможность получить идеальную работу. Такая более полная оценка позволяет ей начать структурировать интервенцию, направленную на изменения, которая была бы уместна, принимая во внимание вспыльчивость Миа и неуравновешенность ее эмоций, а также учитывала эмоции любого другого человека, стоящего перед лицом подобной угрозы.

Затем психотерапевт может продолжить.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Знаете, сейчас у меня такое чувство, будто только что произошел взрыв, рев сирен затихает, а вы находитесь в центре всего этого. И хотя вы чувствуете себя опустошенной и плачете, вы держите наготове ваши пистолеты и будете стрелять, как только кто-то пошевелится. Я вас понимаю правильно? Опасность очень велика, вы в полной боевой готовности?

МИА: *(Кивает.)* Так оно и есть. *(Поднимает палец, будто стреляя в психотерапевта.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Так оно и есть. И мне хочется сказать: “Не стреляйте мне в голову! Я друг!” *(Поднимает руки.)* Прежде чем я скажу еще что-нибудь, мне бы еще раз хотелось попросить: “Послушайте, не стреляйте — хорошо?” *(Становится серьезной.)* Я знаю, как сильно вы этого хотели, как много вы сделали, как много это для вас значит, понимаете?.. *(Делает паузу, смотрит Миа в глаза.)*

МИА: *(Еще плачет, но улыбается и немного расслабляется.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Можно мне опустить руки? Прежде чем мы станем на тропу войны, мне бы хотелось предложить одну идею... Вы не против? Вы со мной?

Когда психотерапевт валидирует, он может делать это так, чтобы запустились и усиливались альтернативные адаптивные реакции в той ситуации, в которой они отсутствовали при всей их необходимости. В определенный момент разнообразные сложные эмоции вспыхивают, одни в полную силу, другие слабее. Когда психотерапевт направляет внимание клиента и провоцирует возникновение адаптивной эмоции с помощью валидирующих комментариев, тогда на самом деле также направляются восприятие клиента, его ощущения, память и порывы к действиям, связанные с данными эмоциями. Другими словами, валидация может повлечь за собой соответствующую полную реакцию, включающую в себя адаптивную эмоцию. Таким образом, более гибкая и адаптивная реакция может стать возможной в ближайшем промежутке времени. В вышеупомянутом примере использование валидации служит двум целям — снизить напряжение и спровоцировать возникновение адаптивных эмоций. Достижение данных целей делает возможным продуктивный разговор с Миа, находящейся в эмоциональном, но не дисрегулированном состоянии.

Точная валидация может иметь невероятную силу, но иногда ее так же невероятно сложно применять, когда она наиболее необходима. Поэтому в данной главе будут подробно рассмотрены разнообразные детали. Во-

первых, в общих чертах будет описано, что следует валидировать в работе с клиентами, склонными к эмоциональной дисрегуляции. Затем будут даны правила использования стратегий валидации: 1) поиск предмета валидации; 2) “знай своего клиента”; 3) валидация обоснованного и резонного, инвалидация необоснованного и нерезонного; 4) валидируйте на наиболее высоком возможном уровне. Ориентируясь на эти правила, рассмотрим, как следует применять валидацию для укрепления эмоциональной регуляции, а также приведем клинический случай, иллюстрирующий совместное использование стратегий валидации и стратегий изменений.

ЧТО ВАЛИДИРОВАТЬ

Когда клиент эмоционально дисрегулирован

Почти в каждой ситуации и почти с каждым клиентом можно говорить о пользе валидации *важности проблемы, сложности задачи, обоснованности болезненных эмоций и чувстве потери самоконтроля* и того, что *конечные цели клиента разумны*, даже если в данный момент он видит их иначе.

Крайне важно валидировать *точку зрения клиента*, то есть его взгляды на то, где он находится, видение текущих жизненных проблем и убеждения относительно того, каким образом можно или нельзя достичь изменений. Пока клиент не поверит, что психотерапевт действительно понимает дилемму (то есть представляет, как болезненно и сложно меняться или насколько проблема важна), он не будет доверять предложенным психотерапевтом способам решения проблемы, а также не будет считать их подходящими или адекватными. Взаимодействие будет ограничено, как и способность психотерапевта помочь клиенту измениться.

Например, вы находитесь на конференции, и вам звонят из отделения интенсивной терапии. Медсестра объясняет, что кто-то из ваших близких находится в крайне тяжелом состоянии, и вам необходимо подписать согласие на операцию, прежде чем будут приняты необходимые медицинские меры. Вы просите объяснить, как добраться до больницы. Медсестра говорит, что следует “выехать на шоссе, затем ехать на юг, пока не доберетесь до...” Но вы перестаете слушать ее сразу после слова “юг” — вы полагаете, что место проведения конференции таково, что вам на самом деле нужно ехать по магистрали на север. Вы пытаетесь сказать об этом, но медсестра продолжает настаивать: “Нет, просто поезжайте на юг, а затем...” Вы чувствуете, что начинаете паниковать; она вас не слушает! Она не знает, где вы находитесь. Она *должна* понимать, где вы находитесь, прежде чем помочь вам определить, каким образом вы можете добраться до того

места, куда вам нужно. Вы выражаете свои эмоции более интенсивно — ставки чрезвычайно высоки.

С нашими клиентами подобное происходит часто. У них есть определенное восприятие своего положения; затем мы начинаем давать указания, производя на клиентов впечатление, будто мы не знаем, где они находятся. Мы настаиваем. Это пугает и злит их. Важно понимать, кто лучше осознает положение клиента и как его положение соотносится с тем, куда он хочет попасть. Если медсестра из отделения интенсивной терапии права, ей следует привести аргументы и успокоить вас четким указанием на то, что ей точно известно ваше местоположение. Но если правы вы, медсестре необходимо оставаться открытой вашему воздействию. Часто нарушение взаимодействия между психотерапевтом и клиентом связано именно с таким несогласием по вопросу о положении клиента относительно его целей; по этой причине можно говорить о крайней важности валидации и достижения единого мнения по данному вопросу.

Когда реакция клиента одновременно обоснованна и необоснованна

Часто можно столкнуться с тем, что одну и ту же реакцию можно рассматривать как одновременно обоснованную и необоснованную. Реакция в виде чувства ненависти к себе может быть уместной и допустимой (обоснованной), но в то же время и неэффективной (необоснованной), поскольку противоречит решению проблемы, требующему от клиента воздержания от ненависти к себе и связанного с этим чувством поведения. Или, например, вы забыли некий факт, важный для клиентки, не осознавая, что это произошло. В течение разговора клиентка становится чрезмерно веселой и не говорит ничего важного, имеющего отношение к обсуждаемой теме. Когда вы вслух выражаете удивление по поводу изменения в настроении клиентки и глубины разговора, она отмахивается от вашего беспокойства. Реакция клиентки может быть обоснованной с точки зрения ее предыдущего опыта (например, если ее воспитание не позволяет акцентировать внимание на ошибках и неудачах других людей либо напрямую выражать вызываемое ими раздражение) или текущих обстоятельств (если ваш тон хоть немного является защитным или обвинительным и логично предположить, что вы не захотите открыться для получения обратной связи). Но в то же время ее реакция необоснованна, если она мешает вам корректировать ваше поведение, когда действительно нужно оказать ей помощь.

Когда сложно увидеть хоть какую-то обоснованность

Если сложно определить, что в реакции клиента является обоснованным, следует сначала поискать, каким образом она может быть уместной и резонной в существующем контексте. В терапевтическом процессе интерес к тому, есть ли у психотерапевта дети, уместен, если клиент хочет оценить, сможет ли врач понять его трудности как родителя (болтовня “за жизнь” обоснованной не будет). Иногда психотерапевты с подозрением относятся к такому интересу. Валидировать — это обращать внимание на то, насколько подобные вопросы уместны и не являются ли они патологией. Во-вторых, следует обратить внимание на то, может ли реакция быть допустимой и оправданной тем или иным образом. Ищите *факты, логические заключения, общепринятое основание*, придающие реакции разумность и рациональность. С точки зрения клиента логично будет предположить, что он меня раздражает, если я поздороваюсь с ним более прохладно в приемной после того, как он отправил мне сообщение, полное личных выпадов и критики. В-третьих, попытайтесь обнаружить, что делает ту или иную реакцию *эффективным способом* достижения некоего немедленного результата. Даже очевидно необоснованное поведение может быть обоснованным с точки зрения быстрого произведения определенного эффекта. Нанесение порезов на руки в результате слишком сильного эмоционального дистресса резонно, если учесть тот факт, что часто оно помогает справиться со слишком сильными и болезненными эмоциями: это эффективная стратегия управления эмоциями. Конечно, реакция может быть обоснованной с разных ракурсов. Когда клиентка говорит, что ненавидит себя, чувство ненависти уместно и оправданно, если человек совершил поступок, противоречащий его собственным ценностям (например, намеренно причинил вред другому человеку в приступе гнева). Наконец, каждая реакция обоснованна с исторической точки зрения — все факторы, необходимые для формирования такого поведения, когда-то имели место: что же удивительного в том, что клиент ведет себя именно так, а не иначе?

Прочие цели валидации

В любой ситуации можно валидировать эмоции, поведенческие или когнитивные реакции, равно как и способность клиента в конце концов реализовать свои задачи. Чтобы развить адаптивное управление эмоциями, необходимо иметь опыт переживания и выражения первичных эмоций. Валидация необходима для развития такой способности. Таким образом, пытайтесь понять эмоции клиента, непосредственно валидируйте

его первичные эмоции (т.е. “чувство грусти обоснованно”) и поощряйте выражение эмоций. Обращайте внимание на эмоции клиента и выражайте их словами (например: “Мне кажется, у вас в глазах слезы; мне бы хотелось знать, грустно ли вам прямо сейчас”). Это помогает в обучении клиента этим навыкам.

Чтобы валидировать поведенческие реакции, уделяйте внимание поведению и говорите о нем. Например, замечайте, когда клиент сам предъявляет к себе требования; его стандарты желательного поведения нереальны; клиент испытывает чувство вины, критикует себя либо использует иные стратегии наказания (определите значение понятия “должен”). Противодействуйте этому “должен” (то есть донесите до клиента, что любое поведение в принципе можно понять). Примите это “должен” (то есть реагируйте на поведение клиента безоценочно и проверьте, можно ли это “должен” перефразировать в “должен, чтобы”).

Чтобы валидировать когнитивные реакции, определяйте гипотезы и анализируйте их, найдите “зерно истины” в когнициях клиента, признайте способность клиента определять, что является разумным или верным (мудрый разум), а также уважайте его ценности.

Чтобы валидировать способность клиента разрешить необходимые задачи, допускайте лучшее, подбадривайте клиента, концентрируйтесь на его силе, отвергайте/ослабляйте внешнюю критику, а также оставайтесь реалистичным в оценке его способностей. (Мне всегда нравилось то, как Линехан [1993а] использует для такой валидации пример группы поддержки на спортивных соревнованиях. Выигрывает ли ваша команда со счетом 14:0 или проигрывает на последней минуте игры на грязном поле — ваша реакция как лидера группы поддержки команды будет одинаковой. Рядом со зрителями, затем в автобусе по дороге домой, затем во время следующей игры.)

Руководство в отношении того, что следует валидировать, представлено в табл. 4.1. Получив такое представление, рассмотрим подробнее комплексное использование стратегий валидации на протяжении четырех шагов.

ТАБЛИЦА 4.1. Что валидировать

-
- Первичные эмоциональные реакции клиента и их выражение
 - Поведение клиента: наблюдайте и называйте
 - Когниции клиента: рефлекслируйте его мысли, предположения и ценности
 - Способность клиента решить стоящие перед ним задачи

Когда клиент эмоционально дисрегулирован, следует валидировать следующее:

- важность проблемы;
-

-
- сложность задания;
 - эмоциональную боль клиента;
 - причины, по которым клиент чувствует, что потерял контроль над собой;
 - резонность конечных задач клиента (как и выбранные средства разрешения этих задач);
 - точку зрения клиента на его положение.

Если сложно найти, что валидировать, нужно обратиться к следующему:

- предыдущий опыт клиента;
 - все, что можно счесть правомерным с точки зрения фактов, логических заключений либо общепринятых оснований;
 - все, что можно назвать подходящим или эффективным средством для достижения определенной цели.
-

КАК ВАЛИДИРОВАТЬ

Поиск обоснованного

Следует активно искать *хоть что-то*, что является обоснованным в реакциях и поведении клиента, помня о том, что это всегда можно найти. Вы не делаете реакции клиента обоснованными. Вы *находите* то, что обоснованно. “Психотерапевт наблюдает, познает и утверждает, но не создает обоснованность. То, что является обоснованным, предшествует терапевтическим действиям” (Linehan, 1997b, p. 356).

Найдите своего клиента (а также литературу по психопатологии и нормальной психологии)

Следует быть осведомленным о том, что является и не является обоснованным для каждого отдельного клиента. В этом случае тщательное изучение вопроса о том, что нормально с точки зрения психологической науки, а также о том, как возникает и развивается психопатология, становится для психотерапевта настоящим подспорьем. Следует помнить о формулировании случая, особенно о последовательности эмоций, обычной для клиента, — что вероятнее всего является для него первичными эмоциями, а что вторичными? Следует постоянно быть осведомленным о текущем эмоциональном возбуждении клиента и о том, как оно влияет на его способность обрабатывать новую информацию, и соответственно применять стратегии изменений и валидацию, сохраняя между ними баланс.

Валидация обоснованного и резонного, инвалидация необоснованного и нерезонного

Следует быть точным в том, что именно вы валидируете. Приведем такой пример. Беттина думает о том, чтобы переехать к типичному “плохому парню”, с которым познакомилась в прошлые выходные и который очаровал ее в танцевальном клубе (четвертый плохой парень за последние три месяца). Она попросила, чтобы сегодня вся сессия целиком была посвящена тому, как сохранить эти отношения. Как уже бывало раньше, Беттина отменила совместные планы с друзьями и махнула рукой на важные дела, поскольку новый парень мог позвонить, и у нее не осталось энергии на то, чтобы продолжить поиск работы. Принимая во внимание прошлый опыт, данная ситуация в глазах родителей Беттины представляет собой надвигающуюся катастрофу. Необоснованное может резать глаза, и вы можете проигнорировать либо упростить ее чувство любви и сильное желание сохранить эти отношения. Но пренебрежение инвалидирует как обоснованный, так и необоснованный аспекты проблемы.

Вместо этого следует валидировать то, что обоснованно (возможно, указать на резонность конечной цели в виде романтической любви или конкретных качеств, привлекающих клиентку в мужчинах), одновременно инвалидируя необоснованное (т.е. настаивать на том, что терапевтическая программа включает адекватный план по превентивному разрешению жизненных кризисов). Чтобы инвалидировать то, что необоснованно, следует описывать происходящее и отказаться от осуждения, делая акцент на том, что конкретная реакция нецелесообразна или неэффективна. Например, психотерапевт Беттины может сказать:

“Соглашусь, одна из важнейших наших целей заключается в том, чтобы помочь вам построить крепкие отношения, основанные на любви, в которых вы действительно нуждаетесь; и один из аспектов, над которыми нужно поработать, — это то, что возникновение новых отношений лишает вас какой-либо мотивации к работе над тем, что позволяет вам уважать себя. Это усиливает ненависть к себе; тогда вы становитесь более эмоционально зависимой и начинаете давить на любимого человека, чтобы он помог вам почувствовать себя лучше. Если мы не сможем разумно распределить время сегодняшней сессии, все резко ухудшится”.

Затем можно искренне, с эмпатией описать то, что является обоснованным, а что нет, и вам не обязательно быть очень деликатным. Вы можете “полезть на рожон” и свободно говорить клиентке все так, как оно есть, не пытаясь приукрасить.

Валидация на наиболее возможном высоком уровне; действия говорят громче слов

Линехан (1997b) выделила шесть уровней валидации (описание которых приведено ниже); шестой уровень самый высокий. На каждом этапе не следует полагаться на одно только вербальное выражение валидации: невербальное выражение также необходимо и иногда оказывается более эффективным. Другими словами, если вы стоите на подоконнике на четвертом этаже горящего здания и пожарный проявляет к вам интерес, рефлексивует ваш дистресс и искренне говорит о том, что он оправдан, этого будет недостаточно! Вам нужно, чтобы он схватил вас за руку и помог оказаться в безопасности. Функциональная валидация — реагирование на переживания клиента как на обоснованные и потому убедительные — крайне необходима. Вербальная валидация сама по себе, когда требуется еще и функциональная валидация, — это ошибка, часто допускаемая психотерапевтами.

Уровень 1: слушайте с полным вниманием; будьте бдительны

Слушайте клиента и наблюдайте за ним непредвзято и безоценочно и сообщайте о том, что его реакции обоснованны, не осуждая. Например, скажем, психотерапевт выслушал просьбу Беттины о том, чтобы поговорить о ее молодом человеке так, будто эта история была совершенно новой, не толкуя ее исключительно с позиции патологического повторяющегося поведения.

Уровень 2: точно повторите полученную от клиента информацию

Дайте клиенту знать, что вы его понимаете, повторяя или перефразируя полученную от него информацию, используя выражения, близкие к тем, которые использует клиент, не добавляя собственных интерпретаций. Оставайтесь неосуждающим, то есть не акцентируйте внимание на улучшениях или поощрении либо оценке эффективности или положительных качеств, вместо этого просто говорите о том, что есть. “Вот что происходит сейчас с вами”.

Уровень 3: артикулируйте невербализированные эмоции, мысли или поведение

Воспринимайте то, о чем не сообщается прямо, но что подразумевается, чтобы клиенту не пришлось разъяснять все, что с ним происходит. Клиенты с опытом стойкой инвалидации настолько сенситивны, что

зачастую, сообщив вам совсем немного, чувствуют себя так, будто рассказали о себе все; либо же они так привыкли скрывать или контролировать выражение своих эмоций, что вам необходимо улавливать все с помощью малозаметных сигналов, подаваемых клиентом. Гринберг (2002) приводит цитату Труа и Каркхаффа (1967), касающуюся вещей, близких к тому, что можно отнести к первым трем уровням валидации.

“Валидируя, психотерапевт безошибочно отвечает на разнообразные переживания клиента в соответствии с их интенсивностью. Не колеблясь, психотерапевт распознает все тонкости эмоциональных переживаний и сообщает клиенту, что понимает самые глубокие из них. Психотерапевт полностью настроен на то, чтобы улавливать изменения в эмоциональных переживаниях клиента, воспринимает каждое из его ощущений и озвучивает их соответствующими словами и тоном. Сенситивно и точно психотерапевт развивает высказанные клиентом намеки в полноценную (хотя и предварительную) проработку его чувств и переживаний” (Greenberg, 2002, с. 78).

Уровень 4: опишите, каким образом поведение клиента имеет смысл с точки зрения его предыдущего опыта или его биологии

Выявите возможные факторы, обусловившие реакции клиента. Например, поведение клиента, постоянно ожидающего заверений в том, что терапия “идет хорошо”, может быть валидировано такими словами: “Если учесть непредсказуемость ваших родителей, нет ничего удивительного в том, что вы все время как на иголках и вам необходимо ободрение”.

Уровень 5: активно обосновывайте рациональность поведения клиента в данных обстоятельствах и проговаривайте это

Находите все возможные причины, по которым поведение клиента можно назвать обоснованным, и не забывайте о невербальной валидации. Например, вы шли в кино с подругой, которую когда-то изнасиловали в переулке. Вы предложили срезать дорогу и пройти дворами, чтобы не опоздать, но подруга сказала, что не пойдет, потому что ей страшно. Фраза “Неудивительно, что ты боишься, после того, что с тобой произошло; предложить это было бесчувственно с моей стороны” — это валидация уровня 4. Слова “Неудивительно, что тебе страшно, такие места небезопасны, давай лучше пойдем другой дорогой” — это уровень 5 валидации. Когда вы можете найти основания для валидации уровня 5 (ищите их с фанатичным рвением), используйте ее, а не уровень 4. Важно помнить, что именно вы в данных условиях можете быть источником инвалидации.

Например, клиенту требуется ободрение. Психотерапевт может поискать причины, приведшие к тому, что он пробуждает в клиенте чувство неуверенности или каким-то другим образом провоцирует у него тревожную реакцию, что делает потребность в ободрении разумной. Валидация с точки зрения прошлого (непредсказуемые родители), когда на самом деле есть некоторые аспекты в настоящем (неоднозначность поведения психотерапевта), вызывающие такую реакцию, воспринимается как крайне инвалидирующая. (“Да-да. Я знаю, что вы недовольны мной, но, может быть, поговорим о том, каким образом это напоминает вам о вашей семье?”) Уровень 5 валидации проявляется в таких словах: “Такая реакция *не настолько уж неправильная*; а вот почему она имеет смысл *сейчас*, в данных обстоятельствах”. Уровень 5 валидации — это противоположность патологизации. Вместо того, чтобы акцентировать внимание на том, что неправильно, вы находите то, что эффективно, адаптивно и уместно в реакциях клиента при данных обстоятельствах.

Уровень 6: будьте совершенно искренни

Действуйте таким образом, чтобы клиент чувствовал ваше уважение к нему как личности и как равному, а не ваше восприятие его как “клиента” или “расстройства”. Лейте воду на мельницу его силы, а не уязвимости, ведите себя так, будто предлагаете помощь близкому человеку или коллеге, которого цените и уважаете. Это объективно и непоколебимо — вы есть то, что вы есть, и я могу с этим справиться, и вы тоже можете с этим справиться. Психотерапевт валидирует скорее личность, чем какую-либо отдельную реакцию или поведение. Келли Уилсон (Wilson & Dufrene, 2009) описывает такое качество в виде восприятия клиента не как математического примера, а как захода солнца. Роджерс и Труа (1967) так описали подобное крайне искреннее отношение психотерапевта к своему клиенту:

“В нем нет ничего показного, никакого «фасада», он — это его чувства и настрой, такие, какие они есть. При этом подразумевается элемент самоанализа: психотерапевт осознает испытываемые им чувства, он способен их переносить, они существуют в отношениях, и он проявляет их, когда это уместно. Это означает, что он непосредственно взаимодействует со своим клиентом, общаясь с ним как равный с равным. Это значит, что он остается собой, что он не отрицает себя” (с. 101).

При том что эмпатия и функциональная валидация должны оставаться на высоком уровне все время, пока проводится терапия, активная вербальная валидация для обеспечения корректирующей обратной связи или

противовеса патологии проводится на высоком уровне на начальных этапах психотерапии и используется менее активно ближе к более поздним этапам. Например, родители Беттины были очень критичны и склонялись к наиболее патологичному объяснению поведения дочери. На начальных этапах психотерапии специалист предлагает Беттине противовес в виде объяснения того, почему ее поведение является обоснованным. Позднее он ожидает самовалидацию со стороны Беттины, уравновешенную ее критикой собственного поведения, как и умение видеть, что в нем эффективно, а что — неэффективно.

КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВАЛИДАЦИЮ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Эффективная эмоциональная регуляция требует комбинирования способности переживать и выражать эмоции (принятие эмоций) и активного управления эмоциями (изменение эмоций). Лес Гринберг описывает это как “эмоциональную мудрость”, понимание того, когда эмоция может изменить тебя и когда ты можешь изменить эмоцию (2002, с. 16).

Необходимое условие для принятия или изменения эмоции — это способность выявлять и обозначать эмоцию, а также понимать смысл информации, которую она несет. Если человек испытывает и нехватку валидации, и стойкую инвалидацию, ему часто недостает такой способности (см. Ebner-Priemer и др., 2008). Умение корректно распознавать и обозначать эмоции и потребности требует того, чтобы родители или воспитатели надлежащим образом уделяли внимание этим эмоциям и потребностям. Например, 25-летняя девушка воспитывалась матерью-одиночкой, которая не могла справиться со своими собственными проблемами и была настолько зациклена на себе, что не уделяла должного внимания дочери (клиентке). Однажды психотерапевт заметил, что у клиентки пересохли губы, и сказал: “Кажется, вы хотите пить; принести вам воды?” Клиентка никогда раньше не обращала внимания на ощущение, что губы пересыхают, и никогда не обозначала данное ощущение как “желание пить” (к тому же она очень мало пила, даже во время еды).

Используя стратегии валидации, вы учите своего клиента различать и использовать свои переживания и эмоции (например: “Да, то, что вы чувствуете, — это здоровая грусть, она вызвана тем, что вы потеряли нечто важное для вас”; “Да, чувство страха помогает вам избежать подобных ситуаций, потенциально для вас опасных”). Таким образом восстанавливается естественное, разумное, адаптивное использование собственных

эмоциональных реакций, чтобы определять, что работает и что является эффективным. Например, в случае с Миа валидация помогает использовать гнев и его интенсивность в качестве сигнала, указывающего на возникновение препятствий, мешающих удовлетворению потребностей или решению задач, а затем для принятия решения относительно того, следует ли наносить ответный удар (поддаться порыву к действию, диктуемому гневом) или проверить факты, касающиеся угрозы, и изучить обстановку, чтобы найти пути для достижения целей или удовлетворения потребностей. Стратегии валидации могут также применяться как неформальные экспозиционные процедуры для усиления способности клиента переживать и принимать эмоции, а также для изменения эмоций, провоцируя появление более адаптивной реакции.

Использование валидации как спонтанной экспозиции: принятие первичных эмоций

Как было сказано в главах 1 и 2, биосоциальная теория утверждает, что клиенты усвоили, что выражение обоснованных потребностей, эмоций, мыслей и прочих естественных и искренних первичных реакций влечет за собой инвалидацию. Поскольку такие склонности и реакции стойко инвалидировались, человек научился избегать собственного непосредственного поведения. В стойко инвалидирующем окружении вырабатывается условный рефлекс, связанный с переживанием чувства страха, в результате чего мы избегаем не только объект страха (инвалидация), но и переживания каких-либо частных событий (мыслей, ощущений, эмоций и т.д.), способных привести к инвалидации. Мы становимся чрезвычайно чувствительными ко всем раздражителям, имеющим какое-либо отношение к инвалидации, и фобически боимся собственных обоснованных, естественных реакций. Разрешение себе реагировать естественно часто вызывает такой же эффект, как падение паука на колени человека, страдающего арахнофобией. За нашими собственными первичными эмоциями — обоснованными первыми всплесками реакций — немедленно следует избегание, то есть вторичная реакция, прекращающая или изменяющая первичную реакцию. Избегание может быть очень незаметным. Например, мы чувствуем легкую невнимательность психотерапевта во время того, как мы о чем-то говорим, поэтому вместо самораскрытия делимся менее рискованной информацией о себе. Мы испытываем раздражение по отношению к нашему партнеру, не осознавая более уязвимую первичную реакцию грусти или стыда, которую мы быстро подавили. Избегание также может быть более

очевидным, таким как диссоциация во время сессии или намеренные самоповреждения.

Такие проблемные эмоциональные реакции и паттерны избегания могут возникать, когда вы валидируете или инвалидируете реакции клиента. Таким образом, в своей работе вы можете руководствоваться принципами экспозиционной терапии. Как и при более формализованном применении экспозиции и предотвращения реакции, вам следует определить конкретные раздражители, вызывающие проблемную эмоцию (эмоции), а также выяснить, какое поведение используется для их избегания. Затем вы постепенно формируете более интенсивное переживание эмоций и их выражение, используя экспозицию стимула и предотвращение реакции. Со временем в результате такой спонтанной экспозиции клиент обучается переживать и выражать обоснованные реакции с меньшей дестабилизацией и снижением частоты избегающего поведения. Легче всего рассмотреть реакции данного процесса с помощью клинического примера.

Однажды во время сессии ваш клиент рассказывал о чем-то важном, что произошло в течение последней недели, и в ходе разговора его эмоциональное состояние резко изменилось и он стал выглядеть пристыженным. Произнеся еще несколько предложений, он категорично заявляет, что совершенно не продвигается вперед, что он — обуза для вас, что вы зря тратите на него время. Он выглядит отстраненным и завершает свою речь следующими словами: “В конце концов, над чем мы здесь вообще работаем?”

Первые пять раз, когда подобное случалось, вы отвечали непосредственно на заданный вопрос. Возможно, вы имели неоднозначные предположения о том, что происходит, смутное ощущение, что ему стыдно. Вы пытались снизить его переживание стыда, объясняя, что достижение изменений часто бывает медленным, сложным процессом, и это нормально. Вы отвечали: “Будет ли полезно заново пересмотреть наши задачи и попробовать разобраться, каким образом сегодняшняя сессия помогает нам разрешить их?” Сейчас, в шестой раз, вы осознаете, что данный сценарий повторяется снова и снова. Ваши попытки ободрить клиента и валидировать прогресс, кажется, не дают никакого результата.

Сегодня, руководствуясь идеями об обусловливании страха и использовании экспозиционной терапии, первое, что вы хотите сделать, — оценить, что спровоцировало резкую смену настроения клиента, предполагая, что в данном случае проявляется ставший привычным паттерн избегания. Возможно, стыд является вторичной реакцией, следующей за некой первичной эмоцией. Вы спрашиваете у клиента: “Что-то случилось только что? Мы говорили об X, затем я сказал Y, и затем вы почему-то резко оказались в состоянии безнадежности. Мы можем вернуться назад? Когда я

сказал У, как это повлияло на вас?” Секунда за секундой вы прослеживаете переживания клиента, используя анализ поведенческой цепочки, чтобы определить переменные, контролирурующие эмоциональную дисрегуляцию во время сессии. Вы узнаете, что в начале сессии он был рад вас видеть. Резкая смена настроения произошла тогда, когда вы неверно поняли нечто важное, сказанное им.

Сначала вспыхнула первичная эмоция — ощущение боли от того, что его не понимают. Затем он немедленно осудил себя за эту боль, и возникло чувство стыда и унижения из-за того, что он нуждается в вашем понимании. Эти ощущения переросли в яростный поток самоинвалидации (мысль “Ты ведешь себя как сопливый младенец; бездонная бочка, тебе все мало”), направленный на собственную инфантильность и слишком сильную реакцию. Затем агрессия была направлена на психотерапевта, поскольку первичная эмоция не получила необходимой ответной реакции, а также на себя — в виде избегания болезненных, уязвимых эмоций. Клиент выглядел отстраненным, был раздражен из-за того, что не мог сосредоточиться, и был зол на вас, поскольку не происходило ничего, что улучшило бы ситуацию. Вы предполагаете, что раздражитель в виде неправильного понимания вами его слов вызвал поток вторичных реакций, выполняющих функции избегания дискомфорта, вызванного *первичной эмоцией сильного желания* (быть понятым) и *боли* (от того, что вы неверно его поняли).

Иногда сложно определить, какая реакция первичная, а какая — вторичная. Гринберг (2002) пишет, что первичные эмоции обладают способностью резко меняться в зависимости от обстоятельств и воспринимаются как только что возникшие переживания, целостные, глубокие и “хорошие”, даже если не являются радостными. Со вторичными эмоциями иначе. Когда вспыхивают вторичные эмоции, они часто воспринимаются как неясные, неопределенные, и человек огорчается, у него возникает ощущение безнадежности, он чувствует себя запутавшимся или подавленным, он становится плаксивым и безвольным.

Используя спонтанную экспозицию, вы можете снова предъявить раздражитель, вызвавший у клиента данную реакцию. Например, вы можете сказать: “Значит, я вас неправильно понял...” Когда клиент склонен к дисрегуляции, вы постепенно предъявляете ему раздражитель, чтобы он был способен его выдерживать, понемногу усиливая интенсивность его воздействия. Например, постепенное усиление действия раздражителя для арахнофоба начинается с демонстрации изображений пауков, затем допускается передвижение небольшого паучка по комнате, и в конце концов клиент держит в руках тарангула. Вы не применяете технику флудин-

га¹, или имплозивную терапию. Для того, чтобы содействовать контакту и усилить способность клиента переносить разнообразные переживания, вы обеспечиваете непосредственное руководство по достижению внутренней сосредоточенности — вы можете обучать клиента навыкам безоценочного суждения по отношению к собственным эмоциям, а также навыкам определения и описания эмоций. Анализ поведенческих цепочек также может применяться и на эмоциях: вы помогаете клиенту облечь эмоции в слова, особенно поощряя дифференциацию и уточнение первичных эмоций.

В приведенном выше примере психотерапевт мог начать с того, чтобы почти дословно повторить слова клиента, а затем мягко добавить более интенсивное эмоциональное описание переживаний клиента и того, как они развивались: “Получается, даже несмотря на то, что какая-то ваша часть осуждает ваши реакции и утверждает, что вас это не должно беспокоить, в то же время это действительно вас беспокоит. Это немного больно... И для меня это объяснимо, мне тоже в подобные моменты нужно, чтобы меня понимали, я хочу этого” (*уровень 5 валидации*). Затем психотерапевт более интенсивно валидирует эмоциональную потребность, продолжая постепенно усиливать действие раздражителя, опосредованно валидируя с помощью метафоры. “Для меня эмоциональные потребности — как потребность в воде: если я пересекаю пустыню и наталкиваюсь на стакан воды, это немало значит. Лишения и нехватка чего-то вполне естественно усугубляют ситуацию”.

Следующее задание экспозиции — блокирование избегающего поведения. Вы помогаете клиенту переживать первичные эмоции, не пытаться избежать их или неадаптивно совладать с ними. Смысл заключается в том, чтобы предупредить реакцию избегания, но сделать это так, чтобы усилить у клиента ощущение, что он контролирует ситуацию и себя. Таким образом, прежде чем блокировать избегающее поведение, вы можете открыто обсудить преимущества и недостатки избегания и подавления первичных эмоций или их выражения, чтобы микроориентировать клиента на рациональность, помочь ему ясно увидеть достоинства совместной работы над терапевтическими заданиями. Как и при использовании более формальных экспозиционных протоколов, вы также можете попросить клиента описать или инсценировать все способы, используемые им для того, чтобы избегать (то есть прерывать или подавлять) первичных эмоций и их выражения, когда он не хочет испытывать или выражать их, как и других обоснованных реакций. Хотя существует огромное количество способов избегания эмоциональных переживаний, обращайтесь внимание

¹ Флудинг — намеренное предъявление клиенту высокоинтенсивного стимула, на который у него сформирована фобическая реакция — *Примеч. ред.*

на два наиболее распространенных, которые функционируют как избегающее поведение. Данные способы подавляют переживание эмоций и таким образом блокируют возникновение адаптивных эмоций и обоснованного поведения: 1) вторичные эмоции и 2) самоинвалидация. Вернемся к вышеупомянутому примеру. Когда вы говорите о том, что клиент испытал боль, он снова сталкивается с ощущением боли и разочарования, и таким образом избегание мягко блокируется. Когда клиент затем произносит: “Да, но грустить глупо, это была такая ерунда”, вы отвечаете: “Верно, это не было таким уж масштабным событием, однако для вас это было важно, поэтому вам было немного больно. Мне тоже больно, когда кто-то неправильно понимает меня, если речь идет о вещах, имеющих для меня значение”. Вы мягко блокируете попытки избегания с помощью самоинвалидации, снова предьявляя раздражитель и валидируя первичную эмоцию. В результате многих спонтанных экспозиционных взаимодействий у клиента усиливается способность переносить болезненную эмоцию, и он начинает использовать более адаптивное поведение. Можно оставаться на данном этапе до тех пор, пока он не проработает и не будет полностью переживать первичную эмоцию боли, как и каждый порыв к действию, спровоцированный этим ощущением. Или же, если клиент испытывает значительные сложности с переживанием или выражением эмоций, даже кратковременное усиление переживания или выражения эмоции может наилучшим образом способствовать лучшему управлению эмоциями.

Последняя составляющая спонтанной экспозиции — помочь клиенту дифференцированно реагировать на первичную эмоцию и прочие искренние реакции. В ДПТ специально для этого разработан навык оппозиционного действия. Линехан (1993b) говорит об этом навыке как о совершении действия, в буквальном смысле противоположного тому, к которому склоняет переживаемая эмоция. Например, чувство страха склоняет к тому, чтобы оцепенеть или убежать. Оппозиционным действием в данном случае будет приближение. Чувство стыда вызывает желание спрятаться, и оппозиционным действием может быть, к примеру, выпрямиться и открыто заговорить о своем “проступке”. В контексте использования валидации как спонтанной экспозиции суть заключается в том, чтобы оставаться с первичным эмоциональным переживанием, а не избегать его, и, может, даже предполагать умышленное стремление к переживанию, вместо того чтобы отстраняться от него.

Тем не менее, валидация может быть необыкновенно сложной и тяжелой для клиента. Ваши валидирующие комментарии о ранее избегаемой первичной эмоции или реакции могут усилить чувство страха до такой степени, что оно становится разрушительным и дезорганизующим. Для

некоторых клиентов переносить валидацию сложнее, чем инвалидацию. Некоторые клиенты боятся, что переживание эмоций само по себе будет травматичным, и они *действительно переживали* эмоции настолько невыносимые, что не могли контролировать себя, что иногда приводило к деструктивному поведению. Например, после сложной сессии клиент в течение трех дней не вставал с постели. Когда клиенты сталкиваются с такого рода вторичными заданиями, связанными с эмоциональной уязвимостью, это создает запутанную, невыносимую смесь стыда, отчаяния, тоски, обреченности, измождения, а также изолирующую клиента, пугающую уверенность в том, что никто не сможет ему помочь. Для таких клиентов травма, связанная с эмоциональными переживаниями, сама по себе наилучшим способом лечится путем *смены* эмоции или применения навыка ее модулирования. Вместо того чтобы склоняться к эмоциональному переживанию или углублять его, клиенту нужно научиться отдаляться от него, но таким образом, который не причинит вреда, который подчеркнет ощущение, что он контролирует ситуацию, и ослабит ощущение изоляции, вызванное данным переживанием. Один из способов помочь клиенту развить такую способность менять эмоцию — использование валидации для того, чтобы вызвать адаптивную эмоцию.

Использование валидации для стимуляции адаптивной эмоции: изменение эмоции

Эмоции формируются, чтобы помочь нам быстро адаптироваться к меняющимся условиям. Наша эмоциональная система постоянно отмечает и быстро истолковывает обстановку, в которой мы находимся, реорганизует и мобилизует нас таким образом, чтобы наше поведение, побуждения и ориентирование постоянно менялись, а также помогает нам адаптироваться к постоянно меняющимся ситуациям. История Келли Уилсон о кролике и кроличьей норе прекрасно иллюстрирует данный процесс (Wilson & DuFrene, 2008). Когда кролик сидит на травянистом дугу, у него имеется широкий репертуар поведения, как более, так и менее интенсивного. В данных обстоятельствах, когда светит солнце и кролик в безопасности, он ест, осматривается, чешется, чистится, лежит на траве. Такие реакции подвижны и изменчивы. Но если в кустах раздастся шорох, производимый хищником, кролики, чей поведенческий репертуар сужается до единственной реакции — броситься к норе, — имеют определенные преимущества с точки зрения выживания. В такой ситуации поведение в виде остановки, чтобы почесаться или поесть, отпадает. Эмоционально чувствительные кролики, бросившиеся наутек, как только почувствовали страх других кроли-

ков, также имеют преимущество с точки зрения выживания. Подобным образом работают и эмоции, если исходить из понимания Гринберга (2002) и таких теоретиков, как Фриджа (Fridja, 1986), Изард (Izard, 1991) и Томкинс (1963, 1983). В нас заложено реагирование на определенные раздражители, которые провоцируют сложные реакции во всем нашем теле, включая быструю оценку обстановки и отношение к ней, как и мотивацию к действию и общению с другими.

Когда вы валидируете (или инвалидируете), то часто вызываете эмоции. Вы можете намеренно использовать это на пользу своему клиенту. Когда эмоции вспыхивают, это прерывает текущую деятельность и подготавливает клиента к следующей ситуации. Использование валидации для того, чтобы спровоцировать возникновение адаптивной эмоции, помогает активировать целый арсенал навыков, связанных с адаптивной эмоцией. Другими словами, спровоцированная адаптивная эмоция способна оперативно организовать клиента для более адаптивного поведения, что было проиллюстрировано примером с Миа. Миа ведет себя в точности как кролик. Она пришла на психотерапевтическую сессию после сложного собеседования и могла в течение сессии совершать множество действий, одни более вероятные в данный момент, другие менее вероятные, но все же возможные, существенным образом *присутствующие*, хотя и не явно выраженные. Комментарий психотерапевта “Наверное, вы были очень расстроены!” направляет внимание клиентки и вызывает интенсивное переживание чувства грусти и разочарования; она начинает думать и о других составляющих ситуации, вызывающих разочарование, затем начинает плакать. Вызывая определенную эмоцию, вы запускаете целую систему реагирования, связанную с ней. Это действительно как в случае с адаптивными эмоциями, так и с проблемными. Имея это в виду, вы можете сознательно валидировать адаптивную первичную эмоцию, в данный момент переживаемую клиентом в тревожном для него контексте.

Для того, чтобы вызвать адаптивную эмоцию, проведите тщательный поиск первичных адаптивных эмоций, присутствующих в данный момент, но скрытых более выраженными эмоциями клиента. Это похоже на пребывание в лесу, когда бушует буря, а мы пытаемся прислушиваться к водопаду. Обращайте внимание на то, что говорит клиент, наблюдайте за тем, что также присутствует в его переживаниях, но менее выражено. Например, если кто-то “подрезет” меня на дороге, самое сильное чувство, которое у меня возникнет, это злость. Но также я почувствую удивление или разочарование, вызванное тем, что люди так ведут себя за рулем, я испугаюсь и почувствую унижение от того, что иногда не очень хорошо вожу машину, и т.д. Если вы выскажете валидирующее замечание относительно

одного из данных аспектов, это приблизит меня к части моих собственных переживаний и, вероятно, усилит мою гибкость: я не только буду испытывать злость и действовать в соответствии с ней, но также испытаю воздействие того, на что вы обратили внимание.

Валидация для того, чтобы спровоцировать адаптивную эмоцию, не должна быть похожей на мошенничество. Другими словами, если вы пытаетесь избавиться от моей проблемной реакции, валидируя что-то другое, это говорит мне о том, что моя первичная эмоция необоснованна. Вся хитрость заключается в том, чтобы при поиске адаптивной эмоции мыслить диалектически, быть способным увидеть “истину” во всех реакциях и озвучивать то, что является обоснованным в каждой эмоциональной реакции. Таким образом эмоции дифференцируются, что помогает клиенту более четко воспринимать порывы к действию и информацию, предоставляемую эмоциями. Например, Гринберг (2002) воспринимает жалобное ныканье “Почему я?” как “голос протеста” и говорит о том, что таким образом может выражаться недифференцированная смесь гнева и грусти. Валидация для того, чтобы дифференцировать грусть (“Конечно, вы ужасно расстроились”) и раздражение (“До чего нелепая ситуация!”), может изменить переживания клиента и повлечь за собой другие эмоции и самоорганизацию, когда порыв к действию, обусловленный одной эмоцией, становится доминирующим и ведет к реальному действию.

Провоцирование адаптивной эмоции требует от психотерапевта убежденности в том, что первичная эмоция является адаптивной и приведет к полезным изменениям в поведении клиента. Психотерапевт должен противостоять искушению помочь клиенту избежать переживания грусти или отчаяния. Первичные эмоции похожи на “прожектор, который включается, чтобы показать нам, что проблема требует внимания” (Greenberg, 2002). Когда эмоция четко осознается, действие, к которому она склоняет, естественным образом используется для решения проблемы.

“Обработка” эмоции требует времени. Как и варку картофеля, ее нельзя ускорить. Но этому можно помочь. Вы пытаетесь понять, каким образом уравновесить выражение сочувствия, поддержки и указание направления, в котором следует двигаться. Подтверждайте то, что испытывает клиент, уделяйте этому внимание, одновременно давая ясные указания, что делать дальше, и предлагая новые стратегии решения проблем, связанных с эмоциональными переживаниями. Предлагайте указания относительно “хода развития” эмоций, как обеспечивали бы инструкциями начинающего альпиниста, взбирающегося на крутую, технически сложную скалу. Вы видите, за что ему можно дальше хвататься, он — нет. Подскажите ему, за какой выступ схватиться, объясните, как перенести вес на левую ногу,

чтобы он мог подтянуться и достать до выступа. Вам виден путь, которым ему нужно двигаться, чтобы избежать того места, где не за что зацепиться. Бессмысленно говорить клиенту о трех выступлениях впереди на разной высоте — давайте указания тогда, когда он в них нуждается.

Если альпинист начнет паниковать, вам необходимо каким-либо образом завладеть его вниманием, несмотря на его дисрегулируемое состояние. Порой клиент настолько увязает в изолирующей, наводящей ужас уязвимости, являющейся вторичной целью, что он, по сути, теряет связь с вашим к нему теплым отношением и поддержкой, иногда даже в вашем присутствии. Подобно психотерапевту из примера с Миа, возможно, вам понадобится убедиться, что клиент действительно ощущает, что вы хорошо к нему относитесь и что связь между вами действительно существует, чтобы быть в состоянии вызвать достаточно адаптивную эмоцию и восстановить взаимодействие и дальнейшее обучение.

Таким образом, используя валидацию, чтобы вызвать у клиента адаптивную эмоцию, вы усиливаете его реакции в том контексте, в котором они отсутствовали, будучи необходимыми, помогая модулировать и видоизменять эмоцию. Валидируя сложную эмоцию, избегаемую клиентом, вы вынуждаете его более интенсивно контактировать с эмоциональным переживанием и его выражением, а также принимать и то, и другое. Это может быть резкий переход из одного состояния в другое, соединение расходящихся состояний, что служит основой для изменения дезадаптивных эмоций (Greenberg, 2002). В ДПТ следует усиливать одновременно и способность эффективно менять эмоции, и способность принимать переживание эмоций.

Данные стратегии валидации подробно рассмотрены в приведенном ниже примере из практики. Вы сможете увидеть, как попытки клиента регулировать первичную эмоцию грусти приводят к проблемному поведению в виде самоинвалидации, а также различные уровни валидации, ее цели, использование валидации в качестве спонтанной экспозиции и способ вызвать адаптивную реакцию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЛАРА

ЛАРА: Мне больно, и я злюсь, но я не хочу плакать из-за Нила, понимаете? Я буду похожа на ничтожество, и мне будет хуже, понимаете? Я не хочу плакать. *(Избегание грусти.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы чувствуете себя хуже, когда плачете? *(Дает оценку тому, каким образом избегание грусти может быть обоснованным.)*

ЛАРА: Нет, я просто хочу контролировать себя, не хочу, чтобы все валилось из рук.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Разве когда вы плачете, то не способны контролировать себя? *(Мягко ставит под сомнение убеждение клиентки в том, что выражение грусти равнозначно потере контроля, — психотерапевт мягко инвалидирует такую точку зрения как дезадаптивную реакцию.)*

ЛАРА: Я буду похожа на ничтожество. Мне нужно работать, потому что я прямо сейчас похожа на ничтожество. Я просто хочу жить дальше. *(Клиентка реагирует на возражения психотерапевта более интенсивным выражением ее убеждения в том, что избегать выражения грусти необходимо.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы думаете, что прямо сейчас выглядите как ничтожество? *(Снова возражает убеждению клиентки в том, что выражение грусти проблемно и его следует избегать.)*

ЛАРА: Да. Похожа. Я устала, совсем не высыпаюсь. Час ночи, два часа, а мне нужно вставать в семь. Понимаете? А мне еще нужно вернуть Нилу его вещи.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Разве вам необходимо сделать это перед работой? *(Намекает на то, что это неэффективно для клиентки.)*

ЛАРА: Я просто собираюсь это сделать. *(Гневно повышает голос. Испытывает инвалидацию — не только данного поступка, но и себя самой.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Лара... *(Пытается блокировать интенсификацию, завладев ее вниманием.)*

ЛАРА: Я собираюсь это сделать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Лара, прекрасно, что вы собираетесь это сделать. *(Выражает валидацию.)* *(Мягко.)* Я хочу помочь вам пережить этот день. Если вам это нужно, я могу вам помочь. *(Предлагает клиентке помощь в виде добровольного выбора, а не принуждения.)* В чем бы я еще хотела вам помочь, так это прекратить поспешно подавлять эмоции, потому что они будут возвращаться. *(Ориентирует клиентку и провоцирует альтернативную адаптивную эмоцию грусти.)*

ЛАРА: *(Начинает плакать.)* Зря я сегодня накрутилась, теперь все растечется по лицу. Зачем сейчас все эти эмоции, зачем мне плакать? *(Переключается на самоинвалидацию, определенное избегание.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я могу предположить множество причин, по которым вам сейчас может хотеться плакать. Это похоже на естественную реакцию на происходящее, Лара. *(Уровень 5 валидации, обеспечивающий*

контакт с раздражителем, чувством грусти, который обычно избегается.) Вам пришлось пережить столько печального и болезненного, вам причинили много боли. Вы ведь правда к нему небезразличны. (Снова облегчает переживание чувства грусти, валидируя его.)

ЛАРА: Это плохо, если он мне небезразличен. *(Самоинвалидация, вторичная реакция в виде злости на себя, функционирующая как дезадаптивная саморегуляция чувства грусти.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы можете положиться на меня. Рассчитывайте на меня, хорошо? *(Блокирует избегание.)* То, что происходит сейчас, — это то, что вы сейчас делаете. Эти чувства действительно слишком сильны, эта грусть и ощущение “Я не хочу этого делать. Не хочу потерять контроль”. Таким образом ваш разум реагирует на гнев. И вы чувствуете, что немного лучше контролируете ситуацию и что чувства не настолько завладевают вами, гнев помогает вам. *(Валидирует эффективность существующих мыслей и эмоций.)* Таким образом, можно попробовать обратить больше внимания на грусть, и я вам помогу. Потом я помогу вам избавиться от этого чувства, и после сессии вы сможете идти и делать то, что вам нужно, вернуть его вещи и таким образом почувствовать, что управляете ситуацией. *(Ориентирует.)*

ЛАРА: Но разве можно чувствовать себя достаточно хорошо, чтобы идти на работу, когда ты устал и все такое?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хм, вы не будете чувствовать себя прямо так уж хорошо, но...

ЛАРА: Я потеряю эту работу. *(Для данной клиентки ощущение безнадежности является частой вторичной реакцией, служащей для избегания.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это очень безнадежная мысль. *(Обозначает эмоцию для того, чтобы дистанцироваться от данной мысли и заблокировать избегание.)*

ЛАРА: Ну, так и произойдет, потому что я плохо выполняю свои обязанности. Я плохо работала в воскресенье.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я понимаю. Что же случилось? *(Поскольку у клиентки имеются определенные проблемы на работе, психотерапевту нужно работать над вторичным терапевтическим заданием, которое в данном случае заключается в оценке вероятности наступления кризиса, а также оценке того, есть ли необходимость сменить приоритеты для данной конкретной сессии.)*

ЛАРА: Я просто чувствовала себя неуверенно. Мне было больно, и я не могла собраться с мыслями и делать то, что нужно.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что ж, получается, здесь три очень сложных аспекта — ощущение неуверенности, неспособность собраться с мыслями и неспособность выполнять функции на работе.

ЛАРА: У меня было такое ощущение, что у меня не осталось никакого уважения к себе, а ведь оно раньше было. Я его больше не чувствовала.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, но есть ли у вас какие-то конкретные указатели на то, что вы действительно плохо работали в тот день? Или это были просто ощущения...

ЛАРА: Я работала с коллегой, и мне так тяжело было с ним... Нет, я знаю, что мой начальник хорошо ко мне относится, но я не могу работать!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. *(Приходит к выводу, что нет угрозы наступления кризиса, поэтому возвращается к работе над переживанием и выражением грусти без сопутствующего ей избегания.)* С этим-то мне и хочется вам помочь, потому что мне кажется, что если вы позволите себе немного больше времени грустить, это может помочь вам управлять этим чувством, и вы тогда сможете с ним справляться. *(Переориентирует клиентку на выполнение спонтанной экспозиции, чтобы облегчить управление эмоциями.)* Что-то происходит, вы подходите к этому, а затем убегае-те — у вас никогда нет возможности пройти мимо этого.

ЛАРА: Но я же сейчас плачу, разве нет?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы плачете. *(Мягко.)* Получается, что вам очень больно.

ЛАРА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. Расскажите мне об этом. *(Использование валидации уровня 1, чтобы снова предъявить клиентке раздражитель с целью спонтанной экспозиции.)*

ЛАРА: Ну, эта боль от понимания того, что этот человек плохо ко мне относится и я не могу быть с ним. Мы с ним не будем вместе.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что вы чувствуете, когда думаете о том, что не будете с ним вместе? *(Мягко настаивает на концентрации на ощущении грусти.)*

ЛАРА: Мне грустно, но в то же время я чувствую и определенное облегчение.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Правда? Вы чувствуете и то, и другое?

ЛАРА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И что еще вы чувствуете, когда думаете о том, что не будете с ним вместе? *(Продолжает мягко настаивать сосредоточиться на ощущении грусти.)*

ЛАРА: Одиночество.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да.

ЛАРА: Как женщина я ничего не стою.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да.

ЛАРА: Вы понимаете меня?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Давайте обратим на это внимание. *(Чувствует, что ощущение одиночества является важной первичной эмоцией, вероятно адаптивной, и обращает внимание на данное переживание.)*

ЛАРА: Но это не так. Я знаю, знаю, что могу быть лучше его.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Мм. Хмм. Получается, что-то такое вы предпринимаете для того, чтобы поддерживать ощущение, что вы контролируете ситуацию... Говорите себе, что знаете, что все будет лучше, чем сейчас. *(Подчеркивает вторичную реакцию в виде мысленной контраргументации.)* И вы знаете, что то, что вы говорите, не совсем правда.

ЛАРА: Я действительно стараюсь не злиться на себя, что часто случается с женщинами, которые остаются с мужчинами, которые не очень хорошо обращаются с ними.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, следует обратить внимание на чувство одиночества. Что ж — получается, у вас никого нет. *(Возвращается к раздражителю.)*

ЛАРА: У меня есть друзья. *(Избегание.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, но мы говорим об отношениях с мужчинами. *(Снова возвращается к раздражителю.)*

ЛАРА: Меня звали на свидания. Завтра вечером мне предлагали встретиться. *(Избегание.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что ж, хорошо.

ЛАРА: Это не проблема, но я не хочу прямо сейчас с кем-то встречаться.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, но мне бы хотелось в этом разобраться... *(Блокирует избегание и ориентирует Лару на более тесное сотрудничество и осознание паттерна.)*

ЛАРА: Вы иначе на это смотрите.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, такое ощущение, что мысль об одиночестве настолько пугает вас, что вам приходится говорить "но меня зовут на свидания...". Это трудно — отметить тот факт, что вы, возможно, будете одиноки. Возможно, вы будете чувствовать себя одинокой.

ЛАРА: Да, но это же не навсегда.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Может быть и так. Но вы понимаете, о чем я говорю?
Я пытаюсь...

ЛАРА: Сделать так, чтобы я приняла тот факт, что чувствую себя одинокой.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И причина этого заключается в том, что... Мне кажется, что вы очень боитесь этого.

ЛАРА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И это начинает провоцировать все эти мысли и поведение, вроде звонков Нилу. Когда мы чего-то боимся, необходимо стать с предметом страха лицом к лицу, чтобы справиться с этим. Иногда это и правда хорошо — говорить себе, что все это не навсегда и что-то изменится. Но сейчас я хочу, чтобы вы этого не делали. Я хочу, чтобы вы просто пережили чувство одиночества и все, что с этим связано. Чтобы убедиться, что вы можете справиться с этим и идти дальше, не испытывая необходимости убежать и прятаться от таких вещей.

ЛАРА: Хорошо.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что ж, прямо сейчас Нил не является частью вашей жизни. *(Возобновляет обращение к раздражителю в виде чувства одиночества и поощряет его переживание.)*

ЛАРА: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И у вас никого нет. Даже если кто-то зовет вас на свидание, нет никого, кто действительно знал бы вас, кому бы вы действительно были небезразличны, и возможно, и не будет...

ЛАРА: Ну, есть Марио.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, но он женат.

ЛАРА: И он просто друг.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, друг — так что это немного другое. *(Психотерапевт снова рассматривает одиночество как ключевую эмоцию, поэтому опять подчеркивает раздражители, связанные с одиночеством, чтобы помочь клиентке лучше дифференцировать эмоции.)*

ЛАРА: Хотя мне иногда так кажется, это на самом деле по-другому...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Получается, когда вы думаете об одиночестве, это влечет за собой множество утверждений относительно...

ЛАРА: Моей ценности.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И какие же чувства возникают в связи с этим?

ЛАРА: Еще одни неудавшиеся отношения.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: “Еще одни неудавшиеся отношения”, “Я не могу...” — что? *(Попытка провести дальнейшую оценку того, что является наиболее болезненным и избегаемым.)*

ЛАРА: Нет, я не должна так думать. *(Самоинвалидация.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нет, подождите секундочку. Вы должны так думать прямо сейчас, потому что именно эти мысли приходят вам в голову. *(Уровень 5 валидации.)* Так что вы продолжаете пытаться... Обычно вы делаете именно это? Вы говорите: “Я не должна так думать, и...” *(Начинает обращать внимание клиентки на то, каким образом данные вторичные реакции используются для избегания.)*

ЛАРА: Ну, если мне в голову приходят какие-то отчаянные мысли, я испытываю отчаяние...

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно.

ЛАРА: Я не хочу так думать. Это будет тянуть меня вниз. *(Хочет избежать отчаяния, первичной дезадаптивной эмоции, чрезвычайно сложной для нее, являющейся звеном, ведущим к умышленному самоповреждению и суицидальному поведению. Другими словами, “знай своего клиента”.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно, и я думаю, что то, что мы сделаем, — это исправим данную ситуацию.

ЛАРА: Почему?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Потому что мы подвергаем вас воздействию чувств, возникающих в связи с данными мыслями. Чувства приходят и приходят, потому что вы твердите вещи вроде “Я не должна так думать”, но проблема заключается в том, что вы думаете так. Так что выход — не говорить “Я не должна так думать”. Я хочу сказать, что вы не хотите допускать безнадежных мыслей и потому топчетесь на месте. Но у вас есть эти эмоции, которые являются результатом потери, они вызваны не только мыслями, мысли возникают для того, чтобы справиться с этим. *(Уровень 5 валидации.)*

ЛАРА: Вроде “Я не должна чувствовать это”.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да.

ЛАРА: У меня не должно быть чувства потери.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Верно. Мне бы хотелось остановиться на одной мысли, которая для вас действительно имеет большое значение: “Я ничего не стою”. Что вы чувствуете, когда начинаете думать обо всем этом? *(Снова мягко сосредотачивается на эмоциональном переживании.)*

ЛАРА: Стыд.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Стыд. Вы чувствуете это прямо сейчас, когда мы говорим об этом?

ЛАРА: Да, я переживаю чувство стыда и вины.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, давайте сосредоточимся на ваших ощущениях. Мы знаем, что Нил вызвал множество подобных ощущений. Это само собой разумеется.

ЛАРА: Я просто так привыкла к чувству стыда, я упрекаю себя, осуждаю себя. Например, когда на днях я ему позвонила, а потом начала думать о том, что это унижает меня. Если так все плохо, зачем я ему звоню? Это сумасшествие.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Подождите, ведь это то, что происходит, верно? Это происходит прямо сейчас. Вы почувствовали себя одинокой и позвонили ему, затем осудили себя. Разве вы могли сделать что-то иначе? Давайте просто примем это: вы не должны были звонить Нилу.

ЛАРА: Я могла сказать себе: “Значит, я позвонила Нилу. Это не конец света. Я сделала ошибку”. Я читала о рационально-эмотивной терапии.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: И похоже на то, что вы практиковали нечто вроде этого. Когда я пыталась добиться того, чтобы вы не избегали эмоций, вы возвращались назад с помощью мыслей, вроде бы направленных на их изменение. Так что это похоже на навык, которым вы обладаете. Вам нужно все же быть осторожной и использовать этот навык разумно. Не пытайтесь все время быстро подавлять свои эмоции. Разве что в тех случаях, когда вам действительно нужно их быстро подавить — когда вам нужно идти на работу, например. Есть ли возможность того, что вы не будете отрицать эмоции? Наподобие того, что вы только что сказали: “Значит, я позвонила ему. Я сделала ошибку”. Я могу не говорить об этом.

ЛАРА: Вы не должны расстраиваться из-за этого. (*Самоинвалидация.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Но вы расстраиваетесь. Обратите внимание, это то, о чем вам действительно нужно позаботиться относительно ваших мыслей. Вы не хотите отрицать свои ощущения тогда, когда они возникают. Так что, может, вместо этого попробуем вот что. (*Обращает внимание на то, сколько времени осталось до конца сессии, понимает, что переживание эмоций и их выражение в этот раз было очень интенсивным для данной клиентки, и сейчас хочет помочь ей более активно управлять своими эмоциями, подготавливая ее к завершению сессии.*) Вы расстроены, у вас есть чувство вины? Да? Вы не хотите отрицать эти чувства. Вы мо-

жете немного успокоить себя такими словами: “Хорошо, я чувствую себя виноватой из-за этого, у меня множество эмоций, и это совершенно нормально, это тяжело, но это нормально. Я могу справиться с этим, чувствовать то, что я чувствую, и как следует о себе позаботиться”. Давайте посмотрим, как вы сейчас можете различать и описывать свои эмоции, хорошо? А еще нужно разобраться в том, как вы можете отрицать свои переживания и как — успокоить себя. Давайте составим план на сегодняшний день, который поможет вам не подавлять эмоции и не избегать их, хорошо? *(Предлагает навыки, которые заменят самоинвалидацию и способствуют переживанию эмоций с одновременным модулированием их интенсивности.)*

В данном примере психотерапевт использует стратегии валидации, чтобы укрепить эмоциональную регуляцию клиентки. Диалог начинается тогда, когда клиентка испытывает боль и гнев. Используя валидацию в качестве спонтанной экспозиции, психотерапевт помогает клиентке переживать и выражать первичную эмоцию грусти, а затем — одиночества, и блокирует привычное использование ею самоинвалидации, чтобы справиться со слишком сильными эмоциями. В диалоге также присутствуют стратегии изменений (о которых шла речь в главе 3), используемые для микроориентирования. Психотерапевт также меняет тему разговора, чтобы определить, может ли первоочередная цель (трудности на работе) требовать внимания прямо сейчас, но решает, что работа над принятием клиенткой сложных эмоций и помощь в их переживании в течение данной сессии лучше всего помогут избежать кризиса, вызванного привычным для клиентки методом избегания болезненных эмоций.

В целом, когда клиент дисрегулирован, я валидирую важность проблемы, сложность задачи, эмоциональную боль, ощущение потери контроля, разумность целей клиента и особенно — его точку зрения и понимание ситуации, в которой он находится. Не забывайте искать то, что обоснованно; “знайте своего клиента”; валидируйте обоснованное; инвалидируйте необоснованное, а также валидируйте на максимально высоком возможном уровне соответственно уровням валидации, обозначенным Линехан.

Точная валидация при работе с людьми, крайне чувствительными к инвалидации, может быть трудной и, следовательно, является одной из наиболее важных способностей, которые следует развивать диалектико-поведенческому терапевту. В ДПТ вам нужно балансировать между стратегиями валидации, ориентированными на принятие, и стратегиями, направленными на изменения, чтобы найти подход к существующей уязвимости клиента, когда вы доброжелательно требуете от него необходимых изменений. Формирование позиции, при которой одновременно удерживаются в уме

противоречивые на вид составляющие, — вот чему уделяется внимание в следующей главе, посвященной диалектике. Диалектика помогает психотерапевту развивать способность к балансированию, что необходимо для того, чтобы переносить сильную боль, испытываемую нашими клиентами, а также прийти к пониманию того, что мы иногда непреднамеренно или неизбежно усиливаем эту боль, даже когда помогаем клиенту измениться, чтобы облегчить его страдания.

Диалектическая позиция и стратегии. Балансирование между принятием и изменениями

Подлинная культура духа проверяется способностью одновременно удерживать в сознании две прямо противоположные идеи и при этом не терять другой способности — действовать. Ну, скажем, необходимо понимать, что положение безнадежно, и вместе с тем не отступаться от решимости его изменить.

Ф. Скотт Фицджеральд, “Крушение” (1936)¹

Когда у клиента сложные, угрожающие жизни проблемы, вызывающие сильные эмоции, от психотерапевта требуется умение мыслить ясно в чрезвычайных обстоятельствах. Но, сталкиваясь со сложной или неоднозначной ситуацией, когда на карту поставлено многое, мы цепляемся за старые привычки и становимся менее гибкими. Клиент и психотерапевт оказываются по разные стороны баррикад, и начинается силовое противостояние.

Диалектическая позиция и диалектические стратегии в ДПТ дают практические рекомендации относительно того, как восстанавливать и сохранять психологическую гибкость и равновесие, чтобы стало возможным достижение терапевтического результата. В ДПТ подчеркивается отсутствие ограничений, балансирование и применение навыков, что связано с изучением философии и практики дзэн Маршей Линехан; на самом деле диалектическая поведенческая терапия едва не получила название дзэн-поведенческой терапии (Линехан, частные беседы, 1990). Данный третий, и последний, комплекс базовых стратегий ДПТ предполагает способность противиться чрезмерному упрощению и выходить за рамки бесполезных или рискованных компромиссов, чтобы найти действительно продуктив-

¹ Пер. А. Зверев

ное сочетание способов решения проблемы и валидации, рационального восприятия и эмоциональности, принятия и изменений.

Психотерапевт является “диалектическим” или “ведет себя диалектически” с помощью двух способов. Во-первых, занимая диалектическую позицию, воспринимая такую картину мира, в которой может одновременно полностью принимать клиента таким, какой он есть, как и ситуацию, существующую на данный момент, и двигаться к достижению изменений. Он воспринимает противоположности как нечто естественное, понимая, что истину можно найти лишь в ходе поиска обоснованного — как в частности, так и в целом. Психотерапевт отталкивается от диалектической позиции и возвращается к ней, когда терапевтический процесс заходит в тупик, чтобы разобраться в неопределенности и конфликте и отреагировать соответствующим образом. Во-вторых, он использует определенные стратегии диалектически. К таковым относятся стратегии изменения и стратегии валидации, описанные в главах 3 и 4, а также сопровождение клиента и конкретные диалектические стратегии, о которых пойдет речь ниже. Возвращение к диалектике, как позиции, так и стратегии, снова и снова поможет вам сохранять гибкость и живость ума.

ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ ПОЗИЦИЯ

Диалектическая позиция представляет собой психологический эквивалент удержания физического равновесия. Ваша позиция определяет, какие движения можно сделать. Если вы присели на корточки, сложно сделать пируэт. Если вы перенесете весь ваш вес на пальцы одной ноги, будет трудно сильно толкнуть что-либо, но иногда это единственный способ дотянуться до протянутой руки. Заняв устойчивую позицию, вы сможете двигаться гибко, тянуться к чему-либо, толкать, сделать пируэт. Чтобы противостоять тому, что наш разум обычно становится во время конфликтов слишком ригидным или осторожным, диалектическая позиция предполагает применение комплекса предположений, помогающих добиться психологической гибкости. Они помогают вам действовать свободно в зависимости от ситуации.

Диалектическая позиция в ДПТ раскрывается в трех утверждениях: 1) действительность целостна, все в ней взаимосвязано; 2) действительность многогранна и включает в себя противоположные элементы; 3) изменения непрерывны и связаны с поступками человека. Все вместе данные утверждения позволяют вам проявлять большую гибкость в условиях неопределенности, противоречивости ситуации и конфликта.

Действительность целостна, все в ней взаимосвязано

Во-первых, диалектическая позиция подразумевает, что действительность по своей природе комплексна, включает в себя элементы, находящиеся во взаимосвязи. Мы говорим *так, будто* отдельные части действительности существуют отдельно друг от друга и являются независимыми, но одновременно признаем, что это только способ высказываться. Мы можем только сказать, что нечто выступает элементом или составляющей частью, поскольку оно связано с целым. Рассмотрим простой пример — баскетбольную игру. Мы можем говорить так, будто поведение определенного игрока независимо, тем не менее, оно определяется целым. Находясь в защите, игрок преследует противника, чтобы не дать ему сделать бросок. Связи очевидны; если сменить игрока А, изменится и игрок Б. Двигается мяч, двигаются и игроки. Движения игрока непосредственно связаны с движениями противника.

Аналогично, когда мы предполагаем комплексную взаимосвязь в терапии, мы можем говорить *так, будто* психотерапевт и клиент действуют независимо друг от друга, но, приглядевшись, обнаруживаем, что они связаны между собой и являются частями большего целого. С такой точки зрения разобщенность и линейная причинно-следственная связь уже не преобладают. Пример из дзэн хорошо иллюстрирует данное предположение. Дзэн-мастер держит в руках лист обычной бумаги и спрашивает, что это. “Бумага”, — отвечаем мы. Древесная целлюлоза и химические продукты, использованные для ее создания. Годы солнечного света и дождя, питавшие деревья, ставшие целлюлозой. Легкие частицы, дошедшие с далеких звезд; молекулы воды, принесенные с дальних морей. Работники, рубившие деревья, создавшие целлюлозу и сделавшие из нее бумагу, упаковавшие ее и доставившие в магазин. Все связи, приведшие к тому, что работники были способны выполнить все эти задачи: другие люди, вырастившие зерно и приготовившие для них хлеб; другие люди, создавшие и собравшие каждый используемый механизм. Мы видим, что лист бумаги содержит целый мир в буквальном смысле слова. Можно сказать, что он полностью состоит из “не бумажных элементов”, это пример многих причинно-следственных процессов, соединенных воедино в определенном месте и времени, которые в целом определены словом “бумага”. То же можно сказать об определенном месте и времени, которые мы обозначаем понятиями “психотерапевт” или “клиент”.

Мы видим это, но теряем понимание взаимосвязанности в условиях неоднозначной или конфликтной ситуации. Когда клиент делает что-то, что нам не нравится (например, оставляет агрессивное сообщение, требует помощи, которую мы не можем оказать), первой нашей реакцией будет

сужение внимания до пределов устойчивого чувства “другой человек делает по отношению ко мне что-то”, что следует прекратить либо избежать. Мы теряем из виду тот факт, что поведение клиента состоит из множества переплетенных нитей, как лист бумаги в приведенном выше примере. Все обстоятельства, необходимые для того, чтобы ситуация оказалась именно такой, сложились. Наша собственная реакция раздражения, наши оценочные определения “проблемности” или “нецелесообразности” также представляют собой результат переплетения многих обстоятельств. Например, если бы мы прошли иное профессиональное обучение, то могли бы радоваться (а не раздражаться), когда клиенты ведут себя с нами так, как в жизни, — и тогда могли бы работать непосредственно над этим.

Утверждение, что действительность целостная, относительная и взаимосвязанная, приводит к пониманию того, что все имеет свою причину, и к глубокому осознанию того, что иным оно быть не могло. Реакции как клиента, так и психотерапевта имеют свои причины, даже если мы не видим причинно-следственной связи. Это означает, что с диалектической точки зрения оценка и терапия должны учитывать не только одного клиента, но также отношения между клиентом, его ближайшим окружением, психотерапевтом и ближайшим окружением психотерапевта. Например, в западной культуре мы склонны искать патологию в клиенте. Но с точки зрения диалектики, оценка должна быть направлена на всю систему в целом. Например, крайняя сенситивность одного клиента была, по крайней мере отчасти, обусловлена крайней инвалидацией, связанной с расизмом. Из-за его очень темной кожи и высокого роста выполнение повседневных задач, например постоять в очереди к кассе супермаркета, превращалось в “сеанс инвалидации”, поскольку люди неосознанно отодвигались от него подальше, а кассир при первом взгляде на него невольно вздрогнула и отшатнулась. Будучи знакомыми с диалектической философией, психотерапевт и экспертная консультационная группа стремятся к тому, чтобы увидеть человека в контексте, в частности, пытаются отыскать более широкую причинно-следственную связь, чтобы увидеть, что осталось за пределами формулирования случая, если терапевтический процесс зашел в тупик (диалектический анализ).

Действительность многогранна и полярна

Во-вторых, диалектическая точка зрения предполагает, что действительность многогранна, объединяет противоположности и полярна. И снова, мы интуитивно осознаем это в нашей жизни и клинической работе. Скажем, 12-летний клиент (который выглядит лет на 15), сбежавший из

дома, был направлен полицией в отделение психиатрии. Анамнез обнаруживает тяжелое физическое насилие, пережитое им в детском возрасте, и легкую умственную отсталость. В беседе с врачом он проявляет маниакальные симптомы и крайнюю возбудимость. Анализ на токсины выявил употребление многочисленных препаратов. Клиент был госпитализирован для наблюдения. Вы можете подумать: “Хм, здесь одно, там другое, а там еще что-то; да, сложный случай”. Когда клиент начал физически угрожать миниатюрной и милой социальной работнице, недвусмысленно намекая на сексуальные отношения, это отразилось на эмоциональном состоянии персонала больницы, вызвав у сотрудников всплеск эмоций. Как только кто-то из персонала больницы занимал гибкую позицию относительно соблюдения правил участия в программе, это влекло за собой аргументацию со стороны другого, почему не следует делать исключения из правил. Один полагал, что клиент по определенным причинам может быть выписан, что заставляло другого озвучивать причины, почему это плохая идея. Мы часто реагируем на сложности, принимая ту или иную из противоположных точек зрения. Утверждение предполагает возможность отрицания; “всё” обуславливает “ничего”. Возможно, такова природа действительности или просто восприятия речи. Какой бы ни была причина, мы часто становимся участниками процесса, в котором противоположные элементы не согласуются друг с другом. Когда это касается конфликта между людьми, каждая из позиций может быть обоснованной или содержать элементы обоснованности (т.е. существуют веские причины, по которым клиента следует и не следует выписывать). Соединившись, первые два диалектических предположения означают, что никто не может увидеть целостную ситуацию клиента. Психотерапевты похожи на слепцов, прикоснувшихся к разным частям слона, каждый из которых уверен, что слон именно таков, какова та часть, к которой они приблизились. “Слон похож на бревно”, “Нет-нет, он похож на канат”, “Нет, он похож на шершавую стену”. У каждого своя собственная точка зрения. Каждая из них истинна, и каждая — неполная.

Таким образом, умные, рациональные люди будут возражать друг другу. Противоречащие друг другу, противоположные мнения неизбежны в случае возникновения сложных проблем. Так и должно быть; клиент не вызывает патологического раскола в группе; психотерапевт не обязательно наивен или самовлюблен. Просто такова природа данного процесса. Никто из экспертной консультационной группы не держит в руках ключ, открывающий дверь к истине. Понимание всегда будет частичным и упустит какую-то важную часть. Таким образом, в ДПТ подчеркивается крайняя важность диалога, ведущего к синтезу. Как приложить кусок, находящийся у меня в руках, к тому, который держите вы, чтобы получить более

полное, сбалансированное или реалистичное видение целого? Вместе мы ищем то, что является обоснованным в противоположных позициях, а не стремимся к унификации.

Вместо того чтобы пытаться неестественно решить конфликт, отбрасывая один из полюсов, или же отстаивать одну (мою!) позицию, следует приложить усилия, чтобы продолжать работу, ничему не потакая, не отступая, не подавляя и не принимая то, что не обоснованно.

Изменения непрерывны и связаны с поступками человека

В-третьих, диалектическая позиция предполагает, что, если взглядеться, то можно заметить, что изменения происходят непрерывно, даже если ситуация меняется настолько постепенно, что это сложно уловить. Семена, посаженные в землю, находятся в состоянии постоянного изменения — набухание, появление ростка, цветение, увядание и превращение в удобрение для следующих семян. Вопреки такому непрерывному изменению, мы склонны воспринимать все как нечто постоянное. Наше тело кажется нам всегда одним и тем же, хотя на самом деле молекулы в нем меняются. Такие постепенные изменения иногда ведут к резкой перемене. Мост непрерывно меняется с каждым автомобилем, который по нему проезжает, пока однажды вдруг не рухнет. Таким образом, можно утверждать, что все в природе находится в постоянном движении: в одну реку нельзя войти дважды (Гераклит). Наш разум воспринимает неизменное постоянство, но с диалектической позиции непрерывные изменения имеют первоочередную важность. Впечатление устойчивого постоянства является результатом искаженного либо ошибочного восприятия.

Личность также относительна и непрерывно меняется. Единственная причина, по которой один человек выглядит старым, — то, что другой выглядит моложе; я кажусь жесткой и непреклонной, потому что вы гибки. Если к нашей группе присоединится еще более жесткий новичок, я неожиданно по сравнению с ним окажусь более гибкой. Принятие диалектической позиции означает, что такие слова, как “хороший”, “плохой” или “дисфункциональный”, являются своего рода фотографией, изображающей человека в определенном контексте, а не описанием характерных для него черт. Мои любимые примеры почерпнуты из наблюдения за работой экспертных консультационных групп и групповых тренингов навыков. Какой-то человек всегда будет “проблемой”. Он окажется самым (нужное подчеркнуть) положительным либо отрицательным, нацеленным на результат либо на процесс, и он доводит остальных до белого каления. Но если людям приходится оставаться в одной и той же обстановке, всегда что-

то происходит, и они меняются, иногда радикально. Один клиент оказался такой “проблемой” в группе тренинга навыков: он постоянно высказывал негативные комментарии и грубую, хотя очень точную, критику. При этом основной тренер выглядела обороняющейся оптимисткой. Когда к группе присоединился ко-тренер, он вел себя в том же духе, что и “проблемный” клиент, отпуская саркастические насмешки, но вместо того, чтобы грубить, очаровательно улыбался. Он обожал основного тренера и восхищался ею. Группа начала воспринимать критику как шутку и давала более непринужденную, хотя все еще острую, обратную связь. Отказавшись от оборонительных действий и искренне увидев во всем долю юмора, основной тренер стала более креативной и естественной. У “проблемного” клиента оказалось меньше причин для критики, и ему стало легче приобретать навыки. Все наладилось (до появления нового “проблемного” участника!).

Диалектическое уравнивание задач

Придерживаться диалектической позиции может быть непросто для клиента, поскольку легче обратиться к одной из противоположностей, а не пытаться понять, каким образом две различные истины могут идти рука об руку и быть частью синтеза. В частности, это может препятствовать достижению двух важнейших задач ДПТ — управлению клиентом своими эмоциями и его отказу от нанесения себе самоповреждений (первоочередная терапевтическая цель). По этой причине диалектико-поведенческим терапевтам следует рассматривать обе эти задачи в диалектическом контексте.

Диалектика управления эмоциями

В отношении эмоциональной регуляции ДПТ предлагает диалектическую цель. Клиент обучается навыкам по изменению эмоций, а также учится принимать эмоции такими, какие они есть. В теории данные позиции кажутся взаимоисключающими — противоречивое пояснение того, как реагировать на собственный опыт. Но если мы проанализируем наши действительные переживания, в этом не окажется ничего парадоксального. В наиболее сложные моменты нашей жизни часто требуется как снижение (изменение), так и разумное переживание (принятие) наших эмоциональных реакций.

Рассмотрим клинический пример. Клиентка переживает болезненный развод, опека над ее двухлетней дочерью досталась бывшему мужу. Его адвокат добился этого, сообщив о ее неоднократных госпитализациях

в психиатрическую больницу и суицидальных попытках. Для клиентки это было очень унижительно, и ее недавний терапевтический прогресс оказался перечеркнут. Любому человеку будет мучительно потерять опеку над своим ребенком, особенно если основанием для этого стали его собственные проступки.

Тем не менее, в данном случае эмоции клиентки были неослабевающими и всепоглощающими. Она сходила с ума от боли. Контакт с бывшим мужем, как в реальной жизни, так и в воображении, производил эффект, подобный поднесению горящей спички к канистре с бензином. Ее боль приводила к ярости и мечтам о мести. Она ненавидела себя, будучи уверенной, что его обвинения в том, что она плохая мать, правдивы и ее дочери будет лучше без нее. Она рыдала, убитая горем, каждый раз, когда думала о том, как жить дальше, не видя каждый день свою дочь рядом с собой. Ей хотелось сдаться и отказаться от посещений дочери, потому что она не могла выносить эту боль. Она часами сидела в оцепенении и молчала.

Тем не менее, у нее оставалось мало времени, чтобы разобраться в своих переживаниях и определиться в будущих действиях, поскольку суд потребовал урегулирования спора с участием посредника, чтобы определить ее привилегии относительно посещения дочери. Чтобы установить доверие и добиться лучших условий для посещений, клиентке необходимо продемонстрировать свою компетентность. Такие эмоционально сложные взаимодействия с судом и бывшим мужем привели ее мысли в полный беспорядок. Но если она проявит хотя бы намек на эмоциональную дисрегуляцию, ее бывший муж использует это против нее. Ее цели в данной ситуации требовали надежного управления эмоциями.

Основываясь на анализе поведенческих цепочек, психотерапевт и клиентка определили чувство стыда как первичную эмоцию, ведущую к наиболее проблемному реагированию. Особенно это касалось тех случаев, когда клиентке говорили, или она сама так думала, что она “плохая мать”. Во время одной из сессий клиентка и психотерапевт решили рассмотреть, насколько данное утверждение правдиво: клиентка перечислила все, в чем она потерпела неудачу в воспитании дочери и в соответствии собственным стандартам. Психотерапевт, как было описано в главе 4, использовал стратегии валидации для проведения спонтанной экспозиции, чтобы она могла переживать чувство стыда, не пытаясь избежать его с помощью проблемных вторичных реакций. Валидация также вызвала адаптивную эмоцию: причина ее боли и стыда заключалась в том, что она сильно любила дочь и хотела для нее лучшего, она очень хотела быть хорошей матерью. Психотерапевт и клиентка практиковали диалектико-поведенческий навык полного принятия, исходя из причинно-следственных связей, которые

привели к тому, что как мать она терпела неудачи, не пытаясь приукрасить тот вред, который она причинила ребенку. С помощью психотерапевта клиентка пережила трансформацию стыда в искреннее сожаление, а также в здоровые порывы изменить ситуацию и загладить вину. Она нашла повод для гордости в том, как упорно она применяла психотерапию, чтобы измениться и стать лучше для своей дочери.

Клиентка также боролась с чувством гнева по отношению к мужу. В данном случае психотерапевт помогал клиентке ослаблять гнев и спокойно относиться к раздражителям, провоцирующим его возникновение, чтобы избежать физической или вербальной агрессии по отношению к мужу или его собственности (что в прошлом случалось неоднократно). Например, друзья клиентки преданно стали на ее сторону и разжигали ее гнев такими вещами, как, например, использование портрета мужа в качестве мишени для игры в дартс, интриги с целью испортить его репутацию на работе и бесконечные разговоры о том, как нечестно он себя ведет. Перед заседанием с участием посредника клиентка заручилась поддержкой друзей, попросив их вести себя с ней иначе: они говорили об обстоятельствах в полностью безоценочной, сдержанной манере либо избегали данной темы и уделяли внимание тем сферам, в которых клиентка выстраивала новую жизнь.

Клиентка и психотерапевт определили две вещи, совершаемые ее мужем, которые больше всего провоцировали у нее приступы гнева, и попрактиковали навыки реагирования на предъявление психотерапевтом этих раздражителей — клиентка сознательно начинала дышать спокойнее, чтобы взять себя в руки. Она делала вдох, считая до трех, задерживала дыхание и считала до двух, затем выдыхала, считая до пяти, медленно и полностью, делала паузу, считая до двух в конце выдоха. Делая это, она активно представляла, как собирает все мысли и эмоции, касающиеся данной ситуации, и складывает их в коробку, чтобы, мягко говоря, “подумать об этом потом”. Она практиковала данное упражнение и полное принятие чувства стыда за себя, глядя на портрет мужа, где он держит на руках их дочь. Она раз за разом прятала фотографию в конверт, а потом доставала, чтобы снова смотреть на нее и практиковаться. Клиентка училась контролировать свое внимание, чтобы быть способной более тесно контактировать с раздражителями. Она также училась отвлекаться от раздражителей, чтобы снизить интенсивность вызываемых ими эмоций. С диалектической точки зрения, оба подхода являются обоснованными, и концентрация внимания помогала клиентке уметь распознавать, когда та или иная стратегия способствовала или не способствовала достижению ее целей в конкретный момент.

Диалектическое воздержание

Диалектическое воздержание — это еще одна типичная задача ДПТ, объединяющая две взаимоисключающих на вид составляющих. Психотерапевт просит клиента принять решение отказаться от проблемного поведения (например, употребления наркотиков или умышленного нанесения себе телесных повреждений) немедленно и навсегда, без исключения. Психотерапевт твердо и бескомпромиссно настаивает на полном воздержании, в любой момент времени. Следует дать понять клиенту, что возвращение к проблемному поведению будет катастрофичным. В то же время в случае срыва клиента психотерапевт занимает неосуждающую позицию и применяет подход решения проблем для предотвращения будущих рецидивов. Как и в стратегии предотвращения рецидивов Марлатта (Marlatt & Donovan, 2005), следует руководствоваться намерением свести к минимуму “эффект нарушения воздержания”. После рецидива нас часто преследуют сильные негативные эмоции и мысли (например: “Какая от этого польза? Я уже все испортил. С тем же успехом я мог бы и так все это делать”), способные помешать возвращению к воздержанию. В случае возникновения рецидива психотерапевт, используя диалектический подход, помогает клиенту определить факторы, спровоцировавшие его, чтобы разработать план по предотвращению таких срывов в будущем. Затем психотерапевт говорит о необходимости перейти к полному воздержанию.

Диалектическое воздержание похоже на передвижение человека, упавшего в метель, по обледеневшей тропинке к безопасному месту. Если вы остановитесь, вы умрете. Любой промах может быть опасен для жизни. Поэтому вся ваша энергия должна быть направлена на то, чтобы оставаться на ногах и продолжать двигаться. Упав, вы встаете и снова используете все свои силы для того, чтобы идти вперед и не падать. Если вы хирург, то же можно сказать и об оперировании сосудов. Все ваше внимание сосредоточено на том, чтобы действовать безупречно; сделав ошибку, вы немедленно исправляете ее. Затем все ваше внимание возвращается к выполнению задания.

ДИАЛЕКТИЧЕСКОЕ УРАВНОВЕШИВАНИЕ СТРАТЕГИЙ

Диалектическое применение стратегий помогает двигаться дальше, если терапия зашла в тупик. Уже говорилось о том, как стратегии валидации диалектически уравниваются такими поведенческими стратегиями, как ориентирование, осознанная готовность клиента к психотерапии, анализ поведенческих цепочек и способов решения проблем. Оставшиеся

три комплекса стратегий используются диалектически для того, чтобы избежать жесткой поляризации: стилистические стратегии, стратегии сопровождения клиента и специфические диалектические стратегии. Стилистические стратегии предлагают практическое применение диалектических принципов, проявляющееся в том, как психотерапевт общается с клиентом, сохраняя равновесие между теплым взаимодействием и открытой конфронтацией. Стратегии сопровождения заключаются в том, что психотерапевт помогает клиенту ориентироваться в его социальной среде, балансируя между консультированием клиента и непосредственным вмешательством в дела клиента в его интересах в определенных случаях. Точнее говоря, диалектические стратегии направлены на противоположности. В каждом случае целью является создание необходимого сочетания принятия уязвимости клиента с изменениями, признающими его силу.

Стилистические стратегии: реципрокность и конфронтация

В ДПТ психотерапевт балансирует между двумя коммуникационными стилями: реципрокностью и конфронтацией. Реципрокность подчеркивает принятие. Психотерапевт чувствует нюансы в поведении клиента, серьезно относится к его проблемам и непосредственно реагирует на них, а не пытается истолковать некий латентный смысл. Если клиент задает психотерапевту вопросы личного характера, он, используя реципрокный стиль коммуникации, вероятно, сообщит определенную информацию о себе, тепло взаимодействуя с клиентом и искренне отвечая на вопрос. Реципрокный стиль может также использоваться, чтобы спокойно уклониться от ответа, основываясь на профессиональных или личных границах психотерапевта. Такой стиль предполагает, что психотерапевт может сообщать информацию о себе, чтобы помочь клиенту понять, как его поведение влияет на психотерапевта, для моделирования или валидации. Подобное стратегическое самораскрытие может улучшить терапевтические отношения, нормализовать переживания клиента, смоделировать способ построения адаптивного и дружеского поведения (Goldfried, Burckell, & Eubanks-Carter, 2003), продемонстрировать искренность (Robitschek & McCarthy, 1991), уравнивать позиции в терапевтических отношениях (Mahalik, Van Ormer, & Simi, 2000), улучшить терапевтические отношения и сделать их более похожими на отношения клиента с другими людьми, таким образом облегчая генерализацию выученных навыков (Tsai et al., 2008).

Тем не менее, реципрокный стиль коммуникации сам по себе, а также сдвиг в сторону данного стиля, может завести в тупик. Когда подавленный

клиент, уже несколько раз рассказавший историю своих бед, ходит к психотерапевту, который просто перефразирует слова клиента в его монотонном стиле, велика вероятность, что настроение клиента останется таким же или ухудшится. Клиент с очень сильными эмоциями часто сталкивается с тем, что другие люди ходят вокруг него на цыпочках, чтобы предотвратить или ослабить его эмоциональные вспышки. Следовательно, клиент никогда не получает необходимой ему обратной связи. По этим причинам реципрокную коммуникацию следует уравнивать с помощью конфронтации, которая преследует изменения.

Конфронтация включает в себя использование юмора или перефразирование слов клиента неожиданным образом. Также она предполагает следующее: “лезть на рожон”, модулировать эмоциональность речи, выражать бессилие или всемогущество, использовать резкий тон, уличать клиента в блефе. *Лезть на рожон* означает, что психотерапевт прямолинейно и спокойно говорит о том, чего другие избегают. Например, он может сказать женщине, которая наносит себе порезы, когда муж грозит ее бросить: “Послушайте, если вы будете резать себя и оставлять кровь на полу ванной комнаты, это разобьет все надежды на улучшение отношений с вашим мужем”. Или заявить новому клиенту: “Учитывая, что вы нападали на двух из трех ваших последних психотерапевтов, давайте начнем с того, что привело к этому и что нужно сделать, чтобы со мной этого не случилось. Вам от меня не будет пользы, если я буду вас бояться”.

Психотерапевт может *модулировать эмоциональность речи*. Только что он оппонировал клиенту, споря с ним, затем неожиданно меняет тон и смеется: “Знаете, этот момент не настолько уж однозначен, как я надеялся”. Клиент с высокой степенью суицидального риска знает, что должен сохранять активность на выходных, чтобы избежать долгих промежутков неструктурированного времени. Они с психотерапевтом начали активное обсуждение проблемы, пытаясь найти пути ее решения. Когда психотерапевт становится более активным, клиент становится более пассивным. С достойной лучшего применения настойчивостью клиент критикует каждую идею, называя ее неосуществимой или слишком неудобной. Оказавшись в тупике, психотерапевт может модулировать эмоциональность своей речи, наклонившись вперед и сказав требовательным, спокойным голосом: “Это вопрос жизни и смерти. Ваша жизнь рухнет. Если мы не найдем способ, который поможет мне выиграть в этой борьбе за то, чтобы вы проявили активность, вы можете умереть”. Также в этой же ситуации психотерапевт может *выразить бессилие*.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хм, дело дрянь. Это была моя последняя идея. (Долгая пауза.) У меня больше нет никаких мыслей. (Молчит около минуты.)

КЛИЕНТ: Не сдавайтесь, мне нужна помощь.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: (*Вздыхает.*) Знаю. Это были лучшие идеи, какие я мог придумать. Других у меня нет.

В таком случае у клиента есть возможность предложить собственные идеи. С другой стороны, психотерапевт может *выразить всемогущество*. Например, клиентке, утверждающей, что она слишком уязвима и не имеет никакого “мудрого разума”, психотерапевт может сказать: “Нет, я знаю — вы можете мыслить здраво”.

Конфронтующий стиль коммуникации может включать в себя использование *резкого тона*. У клиентки опыт многочисленных межличностных проблем в связи со слабо регулируемым гневом. Она пришла на сессию, сердясь на психотерапевта за то, что он сразу ей не перезвонил. Когда она вошла в комнату, то принялась громко жаловаться, повысив голос до такой степени, что начала мешать людям в соседнем помещении. Психотерапевт сказал резким тоном, решительно и громко: “Замолчите”. Клиентка, испугавшись, замолчала. Психотерапевт продолжил: “Вы начинаете кричать, а это очень важно”. Клиентка начинает говорить, психотерапевт перебивает ее: “Нет. Послушайте меня (*начинает говорить тихим убедительным голосом, почти шепотом*), это слишком важно. Я хочу узнать, что вас расстроило. Когда вы кричите, я не могу вас слышать. А я хочу этого. Присаживайтесь, расскажите мне о проблеме, но не кричите. Хорошо?” Психотерапевт прибегла к резкому тону и рефреймингу², когда ее клиентка, медсестра, угрожала оставить пробирку с собственной кровью в ящике стола своего бывшего молодого человека: “Это поведение человека с психическим расстройством. Я думала, мы уже прошли эту стадию”. Уязвленная клиентка замолчала. Психотерапевт продолжила, сменив тон на реципрокный: “Когда вы будете воспринимать себя серьезно? Вы так любили его, и вам больно, это логично. Вам нужно утешение, а не подобные драматичные разборки. Я знаю, что вы очень страдаете”.

Клиенты также прибегают к конфронтующей коммуникации, когда им кажется, что они зашли в тупик. Клиентка чувствовала, что психотерапевт давит на нее, требуя изменений, и сопротивлялась, потому что ей казалось, что он упрощает проблему. Это было похоже на перетягивание каната, каждый тянул в свою сторону изо всех сил. Неожиданно она перестала спорить, как будто бросила свой конец каната. Она откинулась в кресле и сказала с глумливой и самоуверенной усмешкой: “Вам не кажется, что

² Рефрейминг — процедура переосмысления и перестройки механизмов восприятия, мышления, поведения с целью избавления от неудачных паттернов. — *Примеч. ред.*

здесь вам следует использовать акроним?" Это настолько застало психотерапевта врасплох, что он засмеялся. Он подхватил ее насмешливый тон.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. ПМСМ. "По моему скромному мнению".

КЛИЕНТКА: Я еще не знаю, что это, этому учат во время группового тренинга навыков?

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Нет. Это навык, которому клиенты обучают психотерапевтов, если они не совсем ограниченные люди.

Психотерапевт и клиентка смеются.

Уличение клиента в блефе — самая сложная из стратегий конфронтации, потому что психотерапевт должен быть предельно сенситивен к возможностям клиента и контексту, чтобы не подтолкнуть его к еще большим крайностям, а вместо этого стимулировать его отказаться от крайностей, сохранив свое лицо. Например, клиентка из состоятельной семьи научилась реагировать на нежелательные ограничения в предыдущих попытках психотерапии агрессивными угрозами уволить психотерапевта или пожаловаться его начальству. Во время второй сессии ее новой программы ДПТ она сказала психотерапевту, что ей нужно будет взять свою собаку на групповой тренинг навыков, что психотерапевт должен отказаться от попыток получить информацию от ее предыдущих психотерапевтов, а также что ей нужно, чтобы он дал ей направление в некую конкретную больницу. Психотерапевт предположил, что данные требования в определенном смысле обоснованны, и начал мягко расспрашивать клиентку, чтобы понять, что для нее важно. Она сразу же начала защищаться и угрожать, и через мгновение бросилась вон из комнаты со словами, что оставит программу. Затем клиентка отправила психотерапевту двадцать отчаянных и требовательных сообщений в течение дня. Психотерапевт предложил клиентке встретиться, добродушно и уважительно объясняя, что будет рад увидеть ее так скоро, как ей это будет удобно, что такие важные вопросы никогда не решаются по телефону. Она согласилась. Когда они встретились на следующий день, психотерапевт совершенно невозмутимо и с каменным лицом сказал, что искренне считал, что сможет помочь, что он не сомневался, что потребности клиентки обоснованны, и что он был бы счастлив применить все свои способности в пределах его личной и профессиональной компетенции для решения ее проблем, если она того пожелает. Он признал ее полное право принять то решение, которое она посчитает нужным, включая его увольнение или жалобы его начальству. Без лишнего шума он достал список, где были перечислены имена его начальников, их номера телефонов, вплоть до генерального директора центра, и положил его на стол, а затем начал перефразировать каждую из

обоснованных жалоб клиентки, которые он отметил во время предыдущей встречи. Его непоколебимая, невозмутимая манера сделала возможной ее вовлечение в психотерапию без дальнейшего выражения крайностей.

Вы переносите центр тяжести с реципрокности на конфронтацию и обратно, чтобы сохранить импульс в отношении выполнения терапевтических заданий. Например, один клиент, склонный к тревожности, начал описывать, как его задела начальница своим комментарием. Во время совещания, на котором присутствовали все сотрудники, начальница сказала, что он (клиент) “дурно пахнет”. Психотерапевт искренне застонала (реципрокность), затем перефразировала в нестандартной, неожиданной манере: “Ой-ой! Фу!” Затем, с огоньком в глазах, она произнесла: “Но я хочу сказать, что это и вполнину не так плохо, как некоторые вещи, которые вы говорите о ней некоторым из этих же людей”. Клиент захохотал, соглашаясь. Конфронтация не позволила ему привычно скатиться к тревожному состоянию. С юмором он начал вспоминать и утрировать некоторые критические замечания, публично высказанные им в адрес начальницы, и занял более активную позицию. Они с психотерапевтом приступили к решению проблемы, пытаясь определить, какие действия требуются в данной ситуации. Психотерапевт переключилась на теплый, заинтересованный и отзывчивый стиль общения, активно валидируя эмоциональные реакции клиента, пока он взвешивал плюсы и минусы игнорирования данного комментария или реагирования на него. (На самом деле начальница отпустила множество нелестных комментариев о своих подчиненных, включая оскорбление на расовой почве.) Клиент согласился составить электронное письмо, посвященное обсуждению возникшей проблемы. Психотерапевт помогла набросать черновик, чтобы клиент не отвлекался от основной нити, а затем, записывая все крупным витиеватым почерком, сказала: “А теперь давайте подпишем письмо — с любовью, Вонючка”. Клиент и психотерапевт смеялись до слез. Реципрокная коммуникация уравнивается конфронтацией, сбивая человека с толку, тем самым давая клиенту возможность продолжить работу по выполнению терапевтических заданий.

Стратегии сопровождения клиента

Люди из социального и профессионального окружения клиента часто не осознают, что он может, а чего не может сделать без дополнительной помощи. Они обращаются с ним как с хрупкой вещью и берутся контролировать, когда на самом деле он вполне способен действовать, или же ждут от него действий, которые находятся за пределами его возможностей, и не могут оказать ему необходимую помощь. Когда многочисленные

врачи, семья или друзья принимают активное участие в жизни клиента и терапии, возрастает вероятность возникновения конфликта. Часто эти важные люди имеют собственные мнения относительно того, что нужно, а что не нужно предпринимать в терапии клиента, и хотят обсудить с психотерапевтом, что можно сделать в данном конкретном случае. В ДПТ такие проблемы решаются посредством ориентированной на изменения интервенции консультирования клиента и ориентированной на принятие средовой интервенции. Консультирование клиента помогает ему стать более компетентным в личных и профессиональных отношениях. Средовая интервенция предполагает, что психотерапевт принимает действительную уязвимость клиента и таким образом непосредственно и активно действует в интересах клиента.

Консультирование клиента

Сущность ДПТ заключается в том, чтобы реагировать на уязвимость клиента активной помощью в восполнении дефицита навыков. Таким образом, психотерапевту следует консультировать клиента относительно того, как применять навыки в общении с другими людьми, а не рассказывать другим специалистам и близким клиента о том, как с ним нужно обращаться. Вы обучаете клиента навыкам, которые помогут ему отстаивать себя и свои интересы в подобных отношениях. Используя стратегии консультирования клиента, диалектико-поведенческий терапевт может сообщать другим специалистам общую информацию о психотерапии; как бы то ни было, подробности могут обсуждаться только в присутствии клиента, и желательно, чтобы разговор вел он сам. Выполняя функции консультанта, психотерапевт не рассказывает другим, как с клиентом работать, не спорит с другими специалистами и не пытается с их помощью решить его проблемы, а также не защищает их. Вместо этого психотерапевт обучает клиента, как действовать в качестве представителя собственных интересов, получая подобающую заботу и поддерживая хорошие отношения, сопровождающиеся реалистичными ожиданиями.

Например, когда клиентка жалуется, что ведущий группового тренинга навыков слишком быстро пояснял материал и обращался с ней (клиенткой) как с раздражающе медлительным учеником, психотерапевт проконсультировала ее относительно того, что ей хотелось сделать. Она бы скорее сменила врача или поработала над своей способностью переносить проявления нетерпеливости со стороны других людей, направленные на нее, или и то, и другое? Психотерапевт не отклоняется от такой консультирующей сущности ДПТ даже в рамках диалектико-поведенческой группы. Вернемся к приведенному выше примеру — индивидуальный психоте-

рапевт не попросила ведущего группового тренинга навыков соизмерять свой темп работы с возможностями клиентки или сдерживать свое раздражение. Вместо этого индивидуальный психотерапевт сообщила, что у клиентки есть определенные трудности в групповой работе и что она ее консультирует по поводу применения навыков межличностного общения и стрессоустойчивости. Ведущий группового тренинга навыков может ожидать звонка от клиентки с просьбой о встрече, поскольку она хочет обсудить, как она может добиться от групповых сессий большего.

Даже в условиях кризиса консультирование клиента должно проводиться всегда, когда это возможно. Если клиент попадает в отделение неотложной терапии, медсестра приемного отделения или дежурный врач, вероятно, свяжутся с психотерапевтом, чтобы узнать, какие действия, на его взгляд, необходимо предпринять. Следуя стратегии консультирования клиента, вы первым делом захотите поговорить с клиентом и обсудить, каким образом пребывание в больнице совпадает и не совпадает с его долгосрочными задачами и согласованным терапевтическим планом. Затем вы можете проконсультировать клиента относительно того, как донести этот план до персонала отделения неотложной терапии и попросить высказывать свое мнение только в тех случаях, когда это требуется для подтверждения компетентности клиента. Если больничным персоналом беспокоится по поводу суицидального риска и не спешит выписывать клиента, вы не будете ни на чем настаивать, но вместо этого проконсультируете клиента, как ему следует действовать, чтобы признать обоснованность такого беспокойства и таким образом его ослабить. Другими словами, первым вашим шагом будет консультирование клиента, а не средовая интервенция.

Средовая интервенция

Диалектико-поведенческий терапевт очень редко вторгается в окружение клиента ради его интересов: когда кратковременное достижение стоит долгосрочной потери в обучении, когда клиент не способен действовать самостоятельно, а результат очень важен, когда это гуманно и не причинит вреда. В таких случаях психотерапевт взаимодействует с другими людьми в жизни клиента, чтобы предоставить им определенную информацию или выполнять функции защитника интересов клиента, а также чтобы непосредственно войти в окружение клиента для оказания помощи. Даже здесь смысл состоит в том, чтобы усилить способность клиента действовать в собственных интересах. Таким образом, следует диалектически балансировать между средовой интервенцией и консультированием клиента. Во время встреч, на которых вы присутствуете с клиентом, он должен преимущественно говорить сам, а вы берете на себя вспомогательную роль. Ваш

статус следует использовать для того, чтобы подтверждать автономию и компетентность клиента.

Специфические диалектические стратегии

Диалектическое балансирование между решением проблемы и валидацией, реципрокный и конфронтирующий стили коммуникации, а также консультирование клиента и средовая интервенция дополняются специфическими диалектическими стратегиями, способствующими продвижению вперед. Психотерапевт обращается к диалектическим стратегиям, когда оказывается в затруднении. Тем не менее, зайдя в тупик, мы расстраиваемся и отчаиваемся, что может повлечь за собой проблемное использование диалектических стратегий. В своем терапевтическом руководстве Линехан делает предупреждение, которое пересказывается здесь, поскольку является критически важным: диалектические стратегии легко спутать с хитрым трюком и игрой. Поэтому психотерапевту нужно открыто проявлять внимание и заботу, а также ответственное отношение к тому, чтобы диалектические стратегии использовались деликатно, а не с высокомерной позиции вроде “Я все знаю и сейчас сделаю так, что вы примете мою точку зрения”.

Вхождение в парадокс

Клиенты сталкиваются с, казалось бы, безвыходными дилеммами, в число которых входит и психотерапия, порой заводящая их в тупик. Например, психотерапевт может предложить изменение определенного проблемного поведения, на что клиентка ответит: “Если бы вы понимали, как я страдаю, вы бы не просили меня делать то, что мне не по силам или что приносит мне дополнительные мучения”. Вместо того, чтобы объяснить клиентке, что ситуация на самом деле улучшится или что она способна совершить необходимые действия, психотерапевт входит в парадокс, но не рациональным путем. Психотерапевт подчеркивает парадоксальные или противоречивые элементы, не отрывая клиента от борьбы и поощряя его решить дилемму опытным путем, отыскать, что является действительным, а что нет, а также прийти к тому, что ответ может быть одновременно положительным и отрицательным. Входя в парадокс ситуации, когда клиентке нужно делать больше, хотя на самом деле она делает все, что в ее силах, психотерапевт может сказать: “Я слишком хорошо вас понимаю, чтобы не попросить об этом. Я не знаю, что может быть более безучастным, чем поставить на вас крест”. Линехан (1993а) подчеркивает распространенные примеры таких парадоксов в ДПТ. Например, клиентка свободна в выборе своего поведения, но не может продолжать ДПТ, если откажется

воздерживаться от умышленного нанесения себе телесных повреждений. Психотерапевт искренне заботится о клиенте как о человеке, но если тот перестанет оплачивать терапию, то она прекратится. Психотерапевт побуждает клиентку контролировать свое чрезмерное стремление к контролю. Психотерапевт использует техники жесткого контроля, чтобы сделать клиента более свободным.

Использование метафор

Под метафорой подразумевается сравнение по аналогии одной позиции, которую клиент понимает, с другой позицией, которую он не понимает. Психотерапевт может обсуждать многие сложные вопросы посредством метафоры, не вызывая у клиента чувства, что его контролируют, поскольку донесение точки зрения психотерапевта проводится опосредованно. Метафора часто имеет много значений, поэтому клиент может использовать ее на свое усмотрение, чувствуя себя более открытым и менее подверженным влиянию эмоций; также снижается вероятность того, что он перестанет прислушиваться к психотерапевту. В данной книге уже приводилось много метафор; типичные для ДПТ метафоры описывают терапевтический процесс как путь или подъем в гору, совершаемый командой совместно. Вот один из примеров использования метафор: “Сложно уверенно идти вперед и подниматься в гору, когда веревка у вас все время отвязывается и вы срываетесь со скалы”. Два других примера позволяют клиенту осознать, что его трудности вполне понятны: роза в саду, где растут тюльпаны; восхождение на гору с тяжелым рюкзаком на спине, когда остальные идут налегке.

Адвокат дьявола

Данная стратегия предполагает, что психотерапевт становится на сторону дезадаптивного полюса континуума реакций клиента, позволяя ему отстаивать адаптивный полюс. Такой подход используется для того, чтобы усилить позицию клиента, когда он сделал шаг на пути к адаптивному реагированию. Например, после обсуждения достоинств и недостатков отказа от суицидального поведения и перехода к диалектико-поведенческой программе клиент может неуверенно сказать, что хочет проходить ДПТ в течение года. Психотерапевт может ответить следующим образом.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Суицидальное поведение долгое время было вашей палочкой-выручалочкой. Почему вам должно хотеться приступить к прохождению психотерапии, которая вынудит вас отказаться от него на год?

КЛИЕНТ: У меня нет выбора, это единственный возможный вариант.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, мне тоже так кажется, но, знаете, среди ночи, когда все видится в худшем свете, вам захочется сказать: “Я сдаюсь. Я так не могу”. Сейчас вы соглашаетесь с тем, что, как бы ни было вам сложно, как бы тяжела ни была ситуация, вы не станете этого делать, такого варианта для вас не будет существовать в принципе, и это на целый год. Вы не будете сдаваться, вы будете использовать каждый новый навык, над которым мы будем работать, а также звать меня на помощь... Это правда будет очень тяжело. Лично я считаю, что в психотерапии вы сможете достичь многого, но более важный вопрос сейчас — действительно ли вы хотите пройти все это, даже не рассматривая суицид как возможный вариант?

Буквальное восприятие

Стратегия буквального восприятия чаще всего используется в тех ситуациях, когда клиент проявляет агрессию. В данном случае психотерапевт относится к определенному аспекту, сообщаемому клиентом, гораздо серьезнее, чем тот ожидал, иногда воспринимая клиента даже более серьезно, чем он воспринимает себя сам. Например, клиент был вынужден прибегать к угрозам во время предыдущих попыток терапии и начинает угрожать тогда, когда психотерапевт или ограничения, налагаемые терапией, вызывают у него недовольство. “Если вы не будете делать что-то другое, психотерапия мне не поможет (вызов)”. Чтобы выразить сочувствие, психотерапевт может сказать: “Если данный вид психотерапии вам не помогает, нам нужно что-то с этим делать. Как вы думаете, может быть, меня нужно уволить? Я говорю очень серьезно”. Лучше всего буквальное восприятие помогает, когда клиент не ожидает, что психотерапевт воспримет его серьезно.

Пробуждение мудрого разума

В ДПТ психотерапевт предполагает, что клиент способен рассуждать здраво, т.е. объединять эмоции и рассудок, интуитивно схватывая действительность. Во время тренинга навыков клиент учится осознанно развивать данную способность с помощью разнообразных техник осознанности и управляемого воображения. Психотерапевт может обращаться к мудрому разуму клиента, когда работа с ним заходит в тупик, задав прямой вопрос: “Как выглядит данная ситуация, если обратиться к мудрому разуму?” В одной воспитательной колонии был случай, когда молодой человек оказался в состоянии сильного нервного напряжения после насмешек над

ним со стороны сверстников; сотрудники колонии приказали ему уйти в свою комнату. Эмоции молодого человека были чрезвычайно сильные; сотрудник, с которым у него были хорошие отношения, сказал ему: “Джо! Если взглянуть на ситуацию здраво, что говорит тебе твой рассудок прямо сейчас?” Молодой человек тут же изменился и ответил: “Иди в свою комнату и успокойся, а на прогулку пойдешь позже”. Даже в самый сложный момент, когда клиент испытывает интенсивные эмоциональные переживания, он способен обратиться к мудрому разуму, чтобы понять, что нужно сделать.

Обращение недостатков в достоинства

По аналогии с приготовлением сладкого лимонада из кислых лимонов, психотерапевт помогает клиенту получить нечто ценное из чего-то проблемного. Психотерапевт может взглянуть на разочаровывающее событие как на возможность попрактиковать навык стрессоустойчивости. Например, одна клиентка посещала групповой тренинг навыков, ведущий которого был внешне похож на ее насильника, а возможности заниматься с другой группой не было. В связи с этим клиент и психотерапевт обратили недостатки в достоинства, т.е. они осознанно использовали контакт с ведущим группового тренинга навыков как экспозиционную терапию. Иногда поиск чего-то хорошего в существующей сложной ситуации похож на поиск иголки в стоге сена.

Признание естественных изменений

Психотерапевт не создает искусственно стабильность и постоянство. Напротив, психотерапевт позволяет изменениям происходить естественно, чтобы помочь клиенту научиться без ощущения дискомфорта воспринимать перемены, неоднозначность, непредсказуемость и непостоянство положения, зная, что это тоже можно рассматривать как возможность попрактиковать принятие действительности такой, какая она есть. Например, очень надежный и предсказуемый психотерапевт столкнулся с проблемами на работе и дома, поэтому стал менее гибок в отношении ответов на пропущенные звонки. Это стало для клиентки возможностью генерализировать практикуемые навыки и самостоятельно применять их, усвоив, что забота может оставаться постоянной, даже если в связи с обстоятельствами реакция проявляется с опозданием.

Когда мы оказываемся в затруднении, нашим первым порывом может быть привычное осуждение других, вызванное разочарованием и чувством беспомощности. Согласно диалектической позиции, суть заключается

в быстром переходе к другому шагу, помогающему обрести равновесие, например, найти и описать причинно-следственную связь, где и реакции клиента, и ваши собственные реакции определили именно такое реагирование, и никакое другое было невозможно. По мере практики ощущение тупика начинает выполнять сигнальную функцию, указывая на необходимость изменить свое отношение к происходящему. Мы снова занимаем диалектическую позицию, характерной чертой которой является принятие происходящего. Мы помним о том, что вместе составляем одну команду, совместно переживая ригидные, дисрегулированные реакции, сущность которых можно выразить такими словами: “Я делаю с вами то; вы делаете со мной это” (дуализм). Также мы не забываем, что в любой момент времени, в любой ситуации можно обосновать противоположный или иной взгляд на вещи. Диалектические стратегии позволяют психотерапевту и клиенту продвигаться вперед, несмотря на противоречия и трения, к урегулированию разногласий и решению проблем на все более конструктивном и эффективном уровне.

Диалектическое мышление и стратегии ярче всего проявляются и больше всего необходимы в условиях конфликта. В следующем примере показаны различные конфликтные ситуации и применение диалектических стратегий на практике.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ИВЕТТ

Иветт 26 лет, у нее было несколько суицидальных попыток, первая из которых совершена в подростковом возрасте. У нее серьезные конфликты с родителями. По настоянию отчима Иветт в 16 лет была вынуждена переехать к родственникам в деревню, чтобы избавиться от влияния “дурной компании”. Вскоре она сбежала обратно в город и пережила сексуальное насилие, когда жила на улице. Она начала употреблять героин, занималась проституцией, чтобы заплатить за наркотики, и смогла завязать с этим благодаря необыкновенно верным друзьям. Она ничего не говорила об этом своим родителям, но считала, что во всем виноваты они. Иветт снова начала жить с родителями, возобновила обучение в школе, а также начала лезвием резать себе руки, чтобы снизить напряжение. У нее было две суицидальные попытки, первая в возрасте 17 лет, вторая в 18. Обе повлекли за собой долгосрочное пребывание в психиатрических больницах, во время которого суицидальное поведение Иветт проявлялось чаще и стало более серьезным с медицинской точки зрения; также оно служило способом борьбы с больничным персоналом. После последней выписки

из больницы ей в определенном смысле было немного лучше. Родители взяли на себя расходы по ее обучению, она окончила школу и училась на социального работника в сфере охраны детства. Иветт почти закончила учебу, когда случайная встреча с ее бывшим молодым человеком привела к спонтанной совместной поездке в Мексику. Он бросил ее после произошедшей между ними ссоры, украв ее кошелек и паспорт. К тому времени, когда Иветт смогла разобраться с этой ситуацией и добраться до дома, закончились выпускные экзамены. Она обратилась к методисту и смогла уладить вопрос “хвостов” по основным предметам. И снова ее семья ничего об этом не знала. На зимние каникулы она приехала домой. Однажды вечером Иветт встречалась с друзьями, вернулась домой пьяная и яростно поскандалила с отчимом. Она приняла медикаменты в дозе, которая могла оказаться смертельной, но испугалась и сама поехала в отделение неотложной помощи. После трех суток госпитализации Иветт направили на прохождение пошаговой терапевтической программы, а затем она начала проходить ДПТ.

Вдобавок к стандартным задачам ДПТ, личные задачи Иветт включали в себя получение работы на полный рабочий день и улучшение отношений с матерью. Иветт и ее отчим прекратили общаться. По совету семейного психолога ее родителей, после их ссоры отчим отказался финансово помогать Иветт, за исключением оплаты счетов за психотерапию и обучение, но только при условии предоставления документов, подтверждающих посещаемость и удовлетворительный прогресс. После трех месяцев прохождения психотерапии Иветт возобновила определенные контакты с матерью. Она работала официанткой в баре неполный рабочий день, а также заканчивала обучение. Тем не менее, Иветт находилась в сложном положении. В баре она постоянно сталкивалась с нежелательным вниманием к своему телу. Работа до позднего вечера нарушала режим сна. Она испытывала сложности с концентрацией при выполнении домашних заданий. Возвращение к учебе оказалось гораздо более трудным, чем она ожидала, и ее перфекционизм совместно с депрессивным состоянием и сниженной работоспособностью привели к сильнейшему стрессу. После того как Иветт справилась со сложным окончанием семестра, мать пригласила ее на вечеринку в честь выхода отчима на пенсию. Такое приглашение на важное семейное мероприятие было шагом примирения со стороны отчима.

Иветт с помощью психотерапевта тщательно готовилась к тому, чтобы справиться с чувством стыда, которое, как предполагалось, она будет испытывать во время длительного контакта с семьей в течение всего субботнего вечера. Иветт следовала плану, согласно которому ей нужно было делать краткие перерывы и уходить на кухню, чтобы собраться с силами.

Неожиданно женщина, нанятая для обслуживания вечеринки, заговорила по-испански, и Иветт охотно перешла на испанский, чтобы отвлечься. Когда Иветт вернулась в столовую, один из гостей принял ее за официантку, обращаясь с ней в довольно снисходительной манере. Вместо того чтобы объяснить его заблуждение, Иветт услужливо помогла ему, а затем посмеялась, когда вернулась на кухню. Иветт не знала, что отчим слышал всю эту сцену. Он последовал за ней на кухню и сказал: “Твое поведение неуместно. Не приходи сюда и не позорь меня”. Иветт справилась с этой ситуацией с помощью навыков. Она успокоила отчима и извинилась перед ним, так что с его точки зрения недоразумение было исчерпано. Иветт рано ушла с вечеринки, ни с кем не попрощавшись. Ее мать, заметившая ее отсутствие, услышала такую версию событий, как их видел отчим, и это вызвало у нее беспокойство. Когда Иветт не ответила на телефонный звонок, мать начала паниковать и позвонила психотерапевту дочери. Психотерапевт дозвонилась до Иветт и оценила суицидальный риск. Хотя порывы к совершению суицидальных и аутоагрессивных действий были ощутимы, Иветт в достаточной степени контролировала себя. Психотерапевт посоветовала ей отправить матери сообщение (“У меня все хорошо; извини, что заставила тебя беспокоиться; я не хотела испортить вечеринку Билла. Сейчас на концерте, разговаривать не могу, позвоню завтра”). Иветт также согласилась на следующий день поговорить с психотерапевтом. Психотерапевт позвонила матери Иветт, чтобы удостовериться, что она получила сообщение, и убедить в том, что ее дочь преуспевает в терапевтическом процессе.

В воскресенье Иветт позвонила психотерапевту, консультация прошла хорошо, она чувствовала, что составленный ими план поможет ей справиться с ситуацией до запланированной на вторник сессии. Несмотря на это, поздно ночью Иветт оставила сообщение на автоответчик рабочего телефона психотерапевта, где едва слышным голосом произнесла: “Я так не могу. Я опять слышу голоса... Вы не выдержите меня... Я так не могу...” Психотерапевт прослушала сообщение в понедельник утром, снова поговорила с Иветт и узнала, что та провела воскресную ночь за написанием прощального письма матери. Несмотря на то, что Иветт во время телефонного разговора была предельно пассивна, психотерапевту удалось уговорить ее назначить срочную встречу своему психиатру, чтобы получить помощь относительно психотической симптоматики и проблем со сном.

Днем в понедельник психотерапевт встретилась с экспертной консультационной группой и описала дилемму: ложная компетентность клиентки и ее скрытность осложняли оценку суицидального риска; такой вариант снижения стресса, как, например, прекращение обучения, будет воспринят Иветт как поражение; госпитализация же обычно только усиливала ее

суицидальное поведение. В довершение всего, психотерапевт планировала на этих выходных выбраться за город со своим новым молодым человеком. Один из участников экспертной консультационной группы сказал: “Почему-то у меня в голове возникает образ коня, запутавшегося в колючей проволоке. Чем усерднее борется Иветт, тем больше она запутывается, и она то бьется, то пассивно лежит, потому что знает, что сама не сможет выбраться”. Другой участник добавил: “Да, и вам нужно срочно вытащить ее оттуда, потому что ваш новый ковбой уедет в закат без вас, если вы будете слишком долго возиться с этой чертовой лошастью!” Юмор и метафора помогли психотерапевту стабилизироваться и настроиться на необходимость быть осмотрительной, говорить клиентке о том, чтобы та “оставалась спокойной” и не делала ничего, что ухудшило бы ситуацию, пока они работают над решением ее проблем, шаг за шагом. Психотерапевт также осознавала необходимость обсудить, следует ли ей принимать звонки во время выходных, когда она будет за городом со своим молодым человеком. Она хотела выставить свои ограничения, прежде чем встретится с клиенткой на следующий день.

Встреча с экспертной консультационной группой помогла ей определиться в своих целях. В связи с большим количеством целей и старательным участием Иветт она решила в преддверии выходных продлить сессию и в субботу провести телефонный коучинг вдобавок к тому, что она договорилась с ведущим группового тренинга навыков, которому симпатизировала Иветт, что в выходные он будет доступен по телефону. За время сессии психотерапевту нужно было подтолкнуть Иветт к позиции более активного решения проблем, чтобы предотвратить госпитализацию и эскалацию кризиса. Как минимум, ей нужно было:

- собрать информацию о суицидальном риске, понимая, что ложная компетентность клиентки потребует настойчивости;
- поработать над основными проблемами, которые вызвали суицидальные мысли и привели к написанию прощального письма матери, а именно:
 - нарушение сна и психотическая симптоматика;
 - ожидание провала в учебе и унижений со стороны отца.

Во время таких критических сессий психотерапевту легко увязнуть в противоборстве с клиентом, когда пытается слишком на него надавить и таким образом провоцирует сопротивление с его стороны; также психотерапевт может обращаться с клиентом так, будто тот чрезмерно слаб и уязвим, и таким образом упускается возможность поощрить его более эффективное поведение с использованием навыков. Диалектическая по-

зиция и диалектическое уравнивание стратегий становятся крайне важными.

Психотерапевт начала сессию, балансируя между различными стилистическими стратегиями коммуникации, ориентируя Иветт на необходимость занять активную позицию в сессии. Она начала с реципрокного стиля, очень дружелюбного и глубоко прочувствованного.

“Иветт, у нас сейчас кризис, верно? И вы очень хорошо поработали со мной в выходные, но мне кажется, что ваше состояние ухудшается. Не думаю, что вы обычно позволяете людям увидеть, что ваше состояние ухудшилось, так что это шаг вперед. Мы с вами очень хорошо работали (*затем несколько более прохладным и деловым тоном*), а потом в воскресенье ночью вы снова обратились к старому способу решения проблем с помощью суицидального поведения и взялись писать матери прощальное письмо... (*Затем легко, с улыбкой, несколько конфронтующе.*) И вы не захотели обратиться к новому способу реагирования, который мы с вами искали. Мне кажется, нам нужно разобраться, можем ли мы понять, что заставило суицидальные порывы проявиться таким образом, и найти способ помочь вам пройти через все это без обращения к старому поведению. Даже сегодня во время сессии давайте посмотрим, могу ли я вам помочь не впасть в прежнее пассивное состояние. Что скажете?”

Когда психотерапевт проводила оценку того, что вызвало суицидальные идеации, Иветт начала говорить равнодушным, монотонным голосом, фантазируя вслух.

“Им действительно было бы лучше, если бы я умерла. Им бы не пришлось тратить на меня так много денег, им бы не пришлось решать проблемы, которые я им приношу. Я бы тоже могла все удачно устроить, потому что приняла бы смертельную дозу героина — таким образом я бы избавила их от неприятностей. Их друзья так бы им сочувствовали. (*Крайне драматичным голосом.*): «Это так ужасно! После всего, что они сделали для нее!» Я бы наделала много шума”.

Психотерапевт увидела в этом «старое поведение» и обратилась к резкому тону, чтобы помочь Иветт сойти с данного непродуктивного пути. С каменным выражением лица она сказала: “Может, мне сейчас включить трагическую музыку? А еще можно снять на камеру, как ваши друзья страдают от того, что оставили вас, — а они будут корить себя всю оставшуюся жизнь (*конфронтация*)”. Обе сидят молча. Затем психотерапевт подалась вперед в своем кресле (*возвращаясь к очень прочувствованному, но теперь спокойному и дружелюбно-реципрокному тону*) и произнесла: “Иветт, вы слыш-

ком близко подошли к краю, чтобы делать вид, что это не имеет значения. Давайте сосредоточимся на боли, которую вы испытываете. Давайте найдем выход вместе”.

Иветт была способна понять, что суицидальные порывы усилятся в течение недели, потому что ей будет тяжело справиться с учебой. В частности, суицидальные мысли усилятся, когда она начнет думать о своей дипломной работе и экзаменах; ей было слишком сложно сосредотачиваться на учебе, также она страдала от слуховых галлюцинаций. Она полагала, что отчим прекратит финансировать обучение, если ее успеваемость будет низкой. В какой-то момент психотерапевт побуждала Иветт придерживаться активной позиции в разговоре и предлагать способы решения проблемы, несмотря на то, что она чувствовала себя отчаявшейся и не способной справиться с эмоциями. Иветт начала кричать на психотерапевта: “Вы что, не понимаете?! Я не могу этого делать!” Психотерапевт перешла к стратегиям изменений, для того чтобы решить проблемы, но Иветт заявила о своей уязвимости. В этот момент психотерапевту захотелось сменить направление разговора и рассмотреть возможность перерыва в обучении Иветт в связи с ее понятной уязвимостью. Но такое решение может привести к тому, что клиентка уйдет в себя, поскольку воспримет его как доказательство того, что психотерапевт в нее не верит; что ее отчим во всем был прав; что ей незачем жить, поскольку ее “проблемы с эмоциями” всегда будут брать над ней верх и ее жизнь будет бесконечной чередой неудач.

Вместо этого психотерапевт реагирует диалектически, с эмпатией и валидацией описывая типичный паттерн, показывая, что она точно понимает положение Иветт в плане эмоций и поведения, в чем помогли прошлые анализы поведенческих цепочек, и переходит к решению проблем.

“Иветт, послушайте меня. Посмотрите на меня. Вот что с вами происходит: все идет хорошо, а потом случается стрессовая ситуация, и вы тревожитесь из-за этого или фантазируете на тему самоубийства. Никто вокруг вас не имеет ни малейшего понятия о том, насколько все серьезно. Я права? (Иветт кивает.) На этот раз вы поступите немного иначе, таким способом, который будет работать на вас, поскольку я вижу, что вы висите на волоске. Вы предпримете определенные действия, чтобы получить помощь, вам в этом поможет ваш разум, и тогда к вам вернется нормальный сон и вы будете меньше страдать от психотической симптоматики. И это очень хорошо. Вы укрепите волосок, за который держитесь. У вас есть я, мы с вами хорошая команда, и я знаю, как вам тяжело. Это хорошо. Но вы устаете. Когда вы чувствуете, что устали, ваш разум обращается к суициду как выходу. Прямо сейчас вы воспринимаете старое поведение как выход

из ситуации, что-то вроде того, чтобы пассивно скатиться к чертям. Я не знаю, сколько раз вы способны делать это, пережить это. Вы ненавидите себя из-за этого. Вы начинаете действовать все более и более неконтролируемо. Ваши родители вмешиваются, чтобы контролировать вас. Вы этого терпеть не можете. Так что у нас есть выбор, правда? Либо вы управляете ситуацией, либо кто-то другой делает это. Я голосую за вас. Получается, проблема, которую нам нужно решить, заключается в определении того, что для вас лучше — оставить учебу и взять академотпуск или поговорить с вашими преподавателями и найти способ закончить учебу. Нам нужно обратиться к навыку «за и против», вы готовы? Как вы думаете, будет ли это правильно?”

Через некоторое время Иветт разразилась гневной тирадой относительно того, каким унижением было для нее требование отчима еженедельно отчитываться ему. Ее также злило то, что ее мать бросилась паниковать и сразу предположила худшее. Психотерапевт отреагировала конфронтующе.

“Я думаю, мы уже прошли это. Я имею в виду то, что вам хочется кричать: «ВЫ НЕВМЕНЯЕМЫ!!!» (*шутливо размахивает кулаками в забавной манере, что вызывает у Иветт смех*). Если вы будете так кричать, как сумасшедшая, они переедут к вам жить и будут контролировать вас во всем и переживать из-за всего, что вы говорите. Вы пугаете их, когда совершаете безумные поступки, и если вы ведете себя безумно, то и они ведут себя безумно. И это не то, чего нам хочется. Нам нужно что-то другое. «Иветт так хорошо со всем справляется». Тогда им придется воспринимать вас серьезно и они не будут чувствовать необходимости во всем контролировать вас. Вы полностью контролируете то, в какой степени они контролируют вас”.

С помощью последней реплики психотерапевт диалектически ввела клиентку в парадокс ее собственной дилеммы, касающейся контроля.

В другой момент психотерапевт помогала Иветт разработать способы получения дополнительной поддержки. Иветт начала преуменьшать данную потребность и заявила, что практически уверена, что учеба и свободное время на выходных вполне помогут. Психотерапевт сказала: “Вы как в том комиксе, где парни в лабораторных халатах стоят у доски, на которой написано невероятное уравнение, а в середине его фраза «А потом случилось чудо””. Иветт улыбнулась.

ИВЕТТ: Мне бы хотелось, чтобы чудо случилось.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хотелось бы знать, на что оно было бы похоже в данном случае — если бы вы получили поддержку, которая вам нужна?

ИВЕТТ: Я бы могла обратиться в больницу. Мне бы пришлось оставить учебу и работу, но я не была бы одна.

Иветт замолкает, испытывая прилив стыда за то, как отчаянно она нуждается в помощи. У психотерапевта оставалось не так много времени, поэтому вместо консультирования Иветт относительно того, как справиться с чувством стыда, она прибегает к юмору, чтобы помочь Иветт в регулировании данного чувства.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы знаете Энн Ламотт? Она говорит: “Мои мысли похожи на плохих соседей. Я стараюсь в одиночку к ним не ходить”. Мне кажется, сейчас это тот девиз, который нам нужен. Где мы можем найти для вас дополнительную помощь?

ИВЕТТ: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хм, а что говорит мудрый разум?

ИВЕТТ: Не знаю.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Давайте просто попробуем поискать, хорошо?
(Обращается к упражнению на применение навыка мудрого разума, задавая вопрос и выслушивая ответ.)

ИВЕТТ: *(Через несколько минут, очень спокойно.)* Я могла бы побыть у Дианы, она была бы мне вместо больницы. Я составлю расписание, вроде того, какое было бы у меня в больнице святого Марка. Замороженные обеды.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. И как вы это воспринимаете?

ИВЕТТ: Я даже и не думала о ней. А она мне поможет.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: У вас есть ее номер?

ИВЕТТ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Давайте позвоним ей прямо сейчас.

В конце сессии психотерапевт и клиентка составили кризисный план. Иветт написала записку родителям, где рассказала об усилившейся психотической симптоматике и о том, как она мешает ей в учебе, и попросила их совета. Она оставалась у подруги, чтобы та всегда могла оказать ей поддержку. Она договорилась о том, что пока не будет посещать занятия и будет выполнять задания дома, чтобы быть способной сосредоточиться на других вещах. Также Иветт взяла дополнительные выходные на работе, чтобы оставаться активной, а не впадать в навязчивое пережевывание своих мыслей. Доступность психотерапевта подтолкнула их к составлению

более адекватного плана; понимание того, что психотерапевт в один из своих выходных дней собирается позвонить ей, тронуло Иветт и усилило ее мотивацию. Поскольку она больше полагалась на психотерапевта, то могла действовать более эффективно и применять освоенные навыки; это, в свою очередь, предполагало, что ее родители могут расслабиться и меньше контролировать ее.

Основа диалектики изменений, происходящих в контексте принятия существующей действительности, заключается в одновременном соединении полярных противоположностей в терапевтическом “да, и”: “Вы делаете все, что в ваших силах, и вам нужно стараться больше”. Соотношение валидации и решения проблем зависит от обстоятельств. Балансирование может заключаться в подчеркивании то необходимости изменений, то принятия. Или же психотерапевту может понадобиться быстро менять свои позиции, чтобы вывести клиента из равновесия и не дать ему замкнуться. Именно способность быстро переключаться для обеспечения сбалансированного прогресса является ключевой. Диалектическая позиция и специфические стратегии, описанные в данной главе, предназначены для того, чтобы помочь психотерапевту продвигаться с беззаветной уверенностью, силой и полной готовностью, при этом балансируя между принятием и изменениями, что обеспечивает дальнейшее движение. В следующей главе показано, как психотерапевт объединяет изменения, принятие и диалектические стратегии для достижения максимально возможного прогресса в каждом клиническом взаимодействии.

Анализ, мотивация, действие. Максимальный результат от каждого взаимодействия

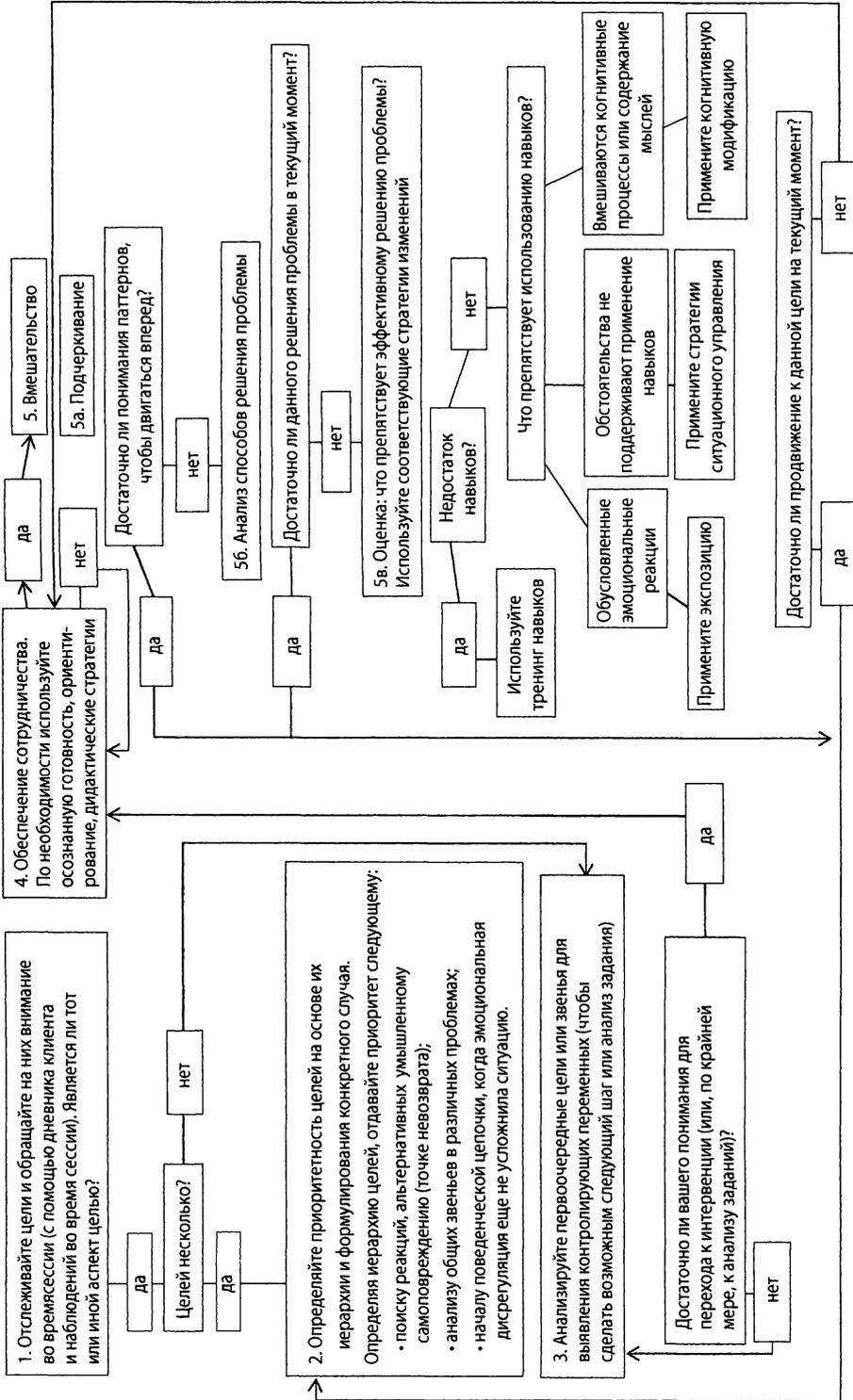
После описания базовых стратегий, которому были посвящены главы 3–5, в данной главе мы вернемся к структуре ДПТ для принятия клинического решения, о чем упоминалось в главе 2. Тогда объяснялось, как психотерапевт осуществляет исходное формулирование случая посредством определения контролирующих переменных для первоочередного целевого поведения. В данной главе будет рассказано, как развиваются сессии после предварительного этапа; внимание будет уделено тому, как психотерапевт шаг за шагом определяет, с чем следует работать и как.

Активное формулирование проблем клиента, терапевтическое планирование, а также сама психотерапия продолжают при каждом клиническом взаимодействии, и таких взаимодействий во время сессий множество. Отыскивая дорогу на сложной местности, вам сначала нужно получить общее представление о ситуации. Это означает, что в начале каждого клинического взаимодействия вам нужно иметь общее представление о том, где вы с клиентом находитесь и как это относится к тому, куда вы хотите попасть. Затем вы мотивируете. Убедитесь, что клиент согласен и хочет идти по предлагаемому вами пути самостоятельно, а не чтобы его по нему волокли. Наконец, вы движетесь, вы делаете такие шаги к разрешению задач клиента, какие только можно. Такие широкие шаги, кажется, ведут прямо к цели, но их сопровождают “злостные проблемы”; существует так много сложных отношений и зависимостей, что легко потеряться и за деревьями не увидеть леса. Поэтому я сгруппировала данные шаги в пять ключевых заданий и составила “дерево решений”, представленное на рис. 6.1.

ДЕЙСТВОВАТЬ

МОТИВИРОВАТЬ

ОЦЕНИТЬ



4. Анализ, мотивация, действие: пошаговое описание

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ

Задание 1: отслеживание целей и работа с ними во время сессии

В начале взаимодействия следует определить ваше с клиентом положение относительно проблем и прогресса. В этом помогает изучение дневника клиента, выслушивание его отчета о прошедшей неделе и непосредственное наблюдение во время сессии. Как было сказано в главе 3, стандартный дневник клиента ДПТ (рис. 3.1) помогает психотерапевту быстро увидеть, какое имеющее клиническое значение поведение имело место. Каждый день клиент отслеживает все первоочередные терапевтические цели и вносит соответствующую информацию в дневник. В этот дневник вы можете по необходимости добавить те или иные параметры (требуемые, например, еженедельного или ежедневного отслеживания), которые учитывали бы особенности конкретного человека. Клиент приносит заполненный дневник на каждую сессию, и, как правило, сессия начинается с его совместного просмотра.

Будьте готовы к тому, что те же проблемы, с которыми человек сталкивается в жизни, могут помешать ему в заполнении дневника. Например, если клиент страдает от стыда за свое поведение, он может избегать обозначения проблем в дневнике, чтобы предотвратить усиление чувства стыда. Если клиентка живет то у одного, то у другого из своих друзей, она может быть не способна найти свой дневник среди беспорядка, который ее окружает. В любом случае, дневник сам по себе становится возможностью поработать над общими звеньями в проблемах клиента. Например, если клиентка забывает принести дневник, проведите краткий анализ поведенческой цепочки того, что воспрепятствовало ей: действительно ли она оставила последнюю сессию с намерением принести в следующий раз заполненный дневник? Помнила ли она об этом в течение недели? Если у нее было такое намерение и она помнила об этом, что помешало ей в заполнении дневника? Часто звенья, ведущие к тому, что дневник не заполнен или забыт, ведут и к другим проблемам.

При совместном изучении дневника обращайтесь внимание на то, что свидетельствует о прогрессе или проблемах, а также ищите повторяющиеся паттерны. Обсуждайте с клиентом функциональные отношения между поведением и эмоциями, обозначенными в дневнике. Например: “Я вижу, что в эти два дня, когда вы пили меньше, чувство стыда и страха было сильнее — вы это заметили? Связано ли это между собой?”

Вдобавок к дневнику, следует непосредственно наблюдать клиента, а клиент должен рассказывать о том, что важного произошло в течение по-

следней недели. Вторая задача заключается в том, чтобы замечать, когда имеющее клиническое значение поведение (связанное с проблемами или с прогрессом) проявляется во время сессии (Tsai et al., 2008). Когда бы вы ни замечали их, в рассказах о повседневной жизни в период между сессиями или во время самой сессии, следует использовать данную возможность, чтобы закрепить прогресс и облегчить необходимые перемены. Часто это можно сделать довольно быстро с помощью валидирующего комментария или привлечения внимания.

Задание 2: приоритетность целей — что должно привлекать внимание

Часто в течение недели или во время сессии проявляется более чем одно целевое поведение. Когда внимания психотерапевта требуют несколько целей, следует прибегнуть *одновременно* к иерархизации целей и формулированию случая, чтобы определить приоритеты терапевтических целей. Приведем пример, иллюстрирующий использование того и другого для определения приоритетов.

Со времени последней сессии Кэрри обожгла себя сигаретой, а также оставила голосовое сообщение, где казалась находящейся в состоянии токсического опьянения и бормотала так невнятно, что психотерапевт не смогла разобрать, что она говорила. Вдобавок, Кэрри в течение недели должна была столкнуться с двумя ситуациями, которые легко могли привести к кризису: она потеряет жилье, если не сможет найти общий язык с соседкой по комнате, а также ей предстоит пройти собеседование на новую работу. Если бы у вас было 50 минут, которые вы могли бы посвятить ей, как бы вы ими распорядились?

Используя принцип иерархизации целей первого этапа, вы бы придали наибольшее значение тому, что необходимо для снижения вероятности угрожающего жизни поведения, например, умышленным самоповреждениям (цель 1). Затем следует уделить внимание предотвращению или решению проблем, касающихся терапевтических отношений (цель 2). Затем вы бы помогли Кэрри решить проблемы, ухудшающие качество жизни (цель 3), и применять навыки, необходимые для реализации всего перечисленного (цель 4). Удачная сессия — это такая сессия, во время которой вы пытаетесь достичь наибольшего успеха в работе над таким количеством целей, какое только возможно. Использование одного только принципа иерархизации целей для определения приоритетов распределения времени сессии приводит к следующему рабочему плану по выполнению терапевтических заданий.

1. Предотвращение будущих самоповреждений. Проведите анализ поведенческих цепочек для определения контролирующих переменных, приведших к нанесению ожогов, а также анализ способов решения проблемы, чтобы определить, как в следующий раз в подобной ситуации Кэрри сможет иначе справиться с ситуацией; внимательно рассмотрите ситуацию, чтобы остановить самоповреждения, при необходимости воспроизведите ситуацию с клиенткой.
2. Снижение проявлений поведения, препятствующего терапевтическому процессу. Сделайте то, что необходимо для снижения вероятности того, что клиентка оставит еще одно проблемное сообщение, — вероятнее всего, это будет анализ поведенческой цепочки, анализ способов решения проблемы, а также, возможно, прояснение обстоятельств ситуации и ситуационное управление.
3. Снижение проявлений поведения, ухудшающего качество жизни. Окажите помощь в ситуации с соседкой по комнате и собеседованием, если есть время.

Тем не менее, иерархизация целей не является комплексом правил, которые необходимо выполнять; это *руководство*, служащее подсказкой, которое следует использовать совместно с формулированием случая. Для данной конкретной клиентки потеря жилья или провал на собеседовании означают, что ей придется просить денег у родителей. Просьба о финансовой помощи обострит у Кэрри чувство стыда, а также приведет к критике со стороны родителей — именно такие обстоятельства сопровождали ее предыдущие суицидальные попытки. Формулирование случая предполагает, что, если вам не удастся результативно проработать вопросы, ухудшающие качество жизни, возможность суицидальной попытки возрастет (цель 1). В данном случае самый лучший способ поработать над целью 1 — это помочь Кэрри подготовиться к собеседованию и наладить отношения с соседкой. Данные терапевтические задания доминируют над другими пунктами рабочего плана, поскольку влияют на вероятность возникновения суицидального кризиса в ближайшем будущем. Снижение суицидального риска является более приоритетным, чем умышленное нанесение себе повреждений в виде ожогов.

Данный пример показывает, почему функциональный анализ поведения настолько важен. Для определения целей с наивысшим приоритетом от вас требуется понимание закономерностей проявления контролирующих переменных. Было бы ошибкой уделять внимание одной только форме (например: “Данная проблема связана с ухудшением качества жизни, следовательно, ее приоритетность ниже”). Следует сосредотачиваться на функции (“Данная проблема, ухудшающая качество жизни, функциональ-

но связана с суицидальными попытками”). Если же в прошлом конфликт с психотерапевтом был связан с усилением суицидального поведения, то недостаточное внимание, уделенное проблемному сообщению, оставленной клиенткой, может привести к суицидальному кризису. Если это действительно так, наивысшей приоритетностью будет решение проблемы поведения психотерапевта и клиента, препятствующего терапевтическому процессу, в отношении сообщения, поскольку работа над данным вопросом напрямую снизит вероятность кризисного суицидального поведения. К иерархизации целей всегда следует прибегать совместно с формулированием случая, а не до или после него или к самому по себе.

Чтобы “определить местоположение” клиента, следует взглянуть на текущие обстоятельства и в зависимости от фактов выяснить, находится ли он на пути к целевому поведению. В случае с одной клиенткой вы можете предположить, что она находится на пути к аутоагрессии, если обнаружите две контролируемые переменные, связанные с прошлыми случаями серьезных самоповреждений: во время сессии она диссоциируется, а также ей предстоят выходные с неструктурированным свободным временем. Зная клиентку и отталкиваясь от существующей ситуации, вы уделяете первоочередное внимание диссоциации, чтобы снизить риск умышленного нанесения себе телесных повреждений. Тем не менее, в случае с другой клиенткой диссоциация часто приводила к многочасовому сну — диссоциация помогала ей сойти с пути, ведущего к умышленному нанесению себе телесных повреждений (но приводила к увольнению в связи с пропуском работы). Знание конкретной поведенческой цепочки и направления, в котором разворачивается поведение клиента, определяет, каким образом вы расставите акценты в психотерапии. Если Кэрри находится на пути к суицидальному кризису, как далеко она по нему продвинулась — подошла близко к суициду или еще нет, движется медленно или быстро? Где находятся альтернативные пути, на которые она могла бы свернуть, чтобы приблизиться к реализации своих задач и избежать суицидального поведения?

Определение приоритетности терапевтических заданий с учетом иерархии целей в контексте формулирования случая подаст идеи относительно того, чего нужно достичь за время сессии. Поскольку во время разговора вы получите дополнительную информацию, приоритеты могут измениться или стать более четкими, что приводит к следующему этапу.

Задание 3: анализ высокоприоритетных целей — где искать развилку?

Имея общее представление о клинически важном целевом поведении клиента и о том, как следует распределить уделяемое ему внимание, пси-

хотерапевт сталкивается со следующим заданием — определение специфических обстоятельств для высокоприоритетных целей. Используйте анализ поведенческих цепочек, пока не получите достаточно четкое представление о контролирующих переменных, чтобы приступить к психотерапии. Анализ поведенческих цепочек начинается с четко выраженного или подразумеваемого утвердительного ответа клиента на вопрос: “Можем ли мы вместе взглянуть на это более подробно?” Убедитесь, что клиент хочет совместно работать над данным заданием. Если вы заметите нежелание, следует переключиться на мотивирование клиента (см. задание 4), а затем вернуться к анализу поведенческой цепочки.

Иногда наиболее уместно первым делом поработать над двумя местами в анализируемой цепочке. Одно из них — “точка невозврата”, тот момент в последовательности событий, в котором от клиента требуется сделать шаг назад и отказаться от проблемного поведения. Второе место расположено в цепочке намного раньше — тогда, когда эмоциональная дисрегуляция еще не осложнила смену курса. Все это часто расположено в непосредственной близости к раздражителям, которые стали первыми шагами на пути к проблемному поведению.

МОТИВАЦИЯ

Задание 4: обеспечение сотрудничества

Каждый раз, проводя оценку или двигаясь по направлению к изменениям, удостоверьтесь в том, что взаимодействуете с клиентом в достаточной степени, чтобы продолжать работу, и поддерживайте это сотрудничество. Клиент должен приступать к работе над каждым терапевтическим заданием, будучи хорошо ориентированным. Он должен наглядно представлять, почему данное поведение является проблемным с точки зрения реализации его задач, а также каким образом осуществление изменений поможет ему продвигаться к достижению желаемого. Это похоже на то, будто, прежде чем инициировать изменения, вы достаете карту и говорите клиенту: “Вы находитесь здесь. Мы хотим добраться сюда, верно? Видите, продолжение проблемного поведения уведет вас далеко с пути. Нужна другая дорога, чтобы оттуда, где вы находитесь, добраться туда, куда вы хотите. Разве вы не согласны?”

Постоянно отслеживайте, в достаточной ли мере клиент согласен работать с вами над терапевтическими заданиями. Его согласие не обязательно должно быть явным: иногда неявное согласие настолько понятно, что психотерапия напоминает упряжку из двух лихих коней, несущихся к од-

ной цели. В других случаях психотерапевт может посчитать согласие само собой разумеющимся, но потерять связь с клиентом. Клиент может едва заметно сопротивляться по многочисленным причинам. Столкнувшись с сопротивлением клиента, переключайтесь на то, что следует проработать для возобновления сотрудничества. Например, иногда клиент может не понимать, каким образом то, что предлагает психотерапевт, касается его проблем, или ему кажется, что вы недостаточно понимаете его проблемы. В таком случае вам необходимо провести анализ, чтобы точно понять точку зрения клиента, либо перейти к дидактическим стратегиям или стратегиям ориентирования, чтобы донести до клиента, что вы точно его понимаете. В других случаях клиент понимает терапевтические задания и их резонность, но колеблется. Тогда осознанная готовность сама по себе становится предметом работы. Вы делаете то, что необходимо для поддержания честного сотрудничества.

А именно, каждый подход, направленный на изменения (включая анализ поведенческой цепочки), начинается с четко выраженного или подразумеваемого утвердительного ответа клиента на вопрос: “Можем ли мы работать над этим таким образом?” В зависимости от того, что требуется в конкретный момент, психотерапевт может формулировать проблему и терапевтическое задание так, чтобы явно связать их с текущим состоянием клиента, либо непосредственно берется за суть вопроса, безоценочно, но призывая к переменам. В таких случаях используются основные принципы, изложенные в главах, посвященных валидации и диалектике (главы 4 и 5 соответственно). Например, возможно, психотерапевту потребуется валидировать сомнения клиента, меняя поочередно теплый, реципрокный и конфронтующий стили коммуникации, одновременно подчеркивая свободу выбора и отсутствие альтернатив, чтобы закрепить взаимодействие.

РЕАЛИЗАЦИЯ ЗАДАЧ КЛИЕНТА

Получив общее представление о приоритетности необходимых терапевтических заданий и мотивации клиента, следует приступить к совместной работе над первоочередными заданиями. “Работа” может принимать разные формы и не должна определяться только как использование стратегий изменения. Анализ сам по себе может быть достаточной работой, особенно если он выполняет роль экспозиционной терапии или сосредотачивается на наблюдении и описании эмоций для усиления адаптивного реагирования. Сдвига хотя бы на миллиметр в определенный момент может оказаться достаточно. Акценты работы могут измениться, если анализ

укажет на другие дисфункциональные звенья или если таковые проявятся во время сессии. Используя каждый подходящий момент, добивайтесь хотя бы минимальных изменений, продвижения или закрепления клинического прогресса, если только более приоритетная цель не прервет данный процесс. Подходящим моментом следует считать ту ситуацию, когда вы с клиентом понимаете, что возможно определенное движение вперед за данный период, учитывая все стоящие перед вами задания и способности клиента на данный момент.

Уловив важное звено, особенно если вы предполагаете, что оно может повторяться в различных проблемах клиента, вы можете сменить приоритетность терапевтических заданий, чтобы выделить время для работы над ним. Например, вы можете заметить в дневнике, что клиентка пила пиво и испытала порывы к самоповреждению вечером в пятницу. Начав совместно проводить анализ поведенческой цепочки, вы обнаружите, что клиентка одолжила свою машину другу, который сильно пьет. Тотчас же возникает необходимость пересмотреть приоритетность терапевтических заданий. Вы можете быстро пересмотреть формулирование случая, удерживая в уме возможные контролирующие переменные высокоприоритетных целей. Если это является началом повторяющегося паттерна, ведущего к кризису, то клиентке не вернут машину к тому времени, на которое она рассчитывала, и она не успеет на работу, при том что она и так на грани увольнения, либо все закончится серьезной ссорой, как случилось в прошлый раз, когда она упрекала друга в безответственности — может ли быть так, что одно из этих событий усилит риск суицидального кризиса? Если да, разговор может предотвратить кризис, пока клиентка еще в начале последовательности событий; удостоверьтесь, что у нее есть несложный и надежный план, чтобы справиться с худшим из возможных сценариев, не прибегая к суицидальному поведению. Если ни одно из данных событий не усилит риск суицидального поведения, вы можете просто подчеркнуть повторяющийся паттерн проблемного выбора в случае с ее другом и согласиться в ближайшем будущем поискать, что можно сделать для ослабления ведущего к кризису поведения.

Вы получаете то, что можете взять; вы берете то, что можете получить. Психотерапевт в любой момент времени знает, над какими терапевтическими заданиями следует работать, и делает это в соответствии с моментом, т.е. балансирует между самым важным, учитывая возможности клиента и доступное время. При работе с клиенткой, крайне сенситивной к негативной обратной связи, вынесение на обсуждение ее поведения, препятствующего терапевтическому процессу, может быть проблемным, разве что у вас достаточно времени, чтобы помочь ей справиться с переживаниями

и принять ваши комментарии, а также чтобы убедиться, что она завершает сессию в нормальном состоянии. Другой клиент, способный выдерживать ударную волну критики, может рассмеяться, произнося что-то вроде “Люди всегда говорят мне это. Я над этим поработаю”. Когда клиент находится в эпицентре кризисной ситуации, в вашем распоряжении очень мало времени, как у тренера или секунданта боксера в перерыве между раундами. Вы должны быстро обратиться к высшим приоритетам, чтобы привести боксера в форму и он мог продолжить поединок.

Задание 5: интервенция

Когда вы видите развилки на дороге, по которым клиент мог бы пойти в другом направлении и таким образом добиться прогресса, подчеркните возможность движения по данному пути, используя анализ способов решения проблем, одну или несколько из четырех техник изменения (тренинг навыков, экспозиция, ситуационное управление и когнитивная модификация; рис. 6.1). Другими словами, вы вспоминаете базовый анализ заданий по замене старого поведения новым. У вас есть три основных варианта интенсивности интервенции в зависимости от соотношения формулирования случая и конкретного момента.

Вариант 5а: подчеркивание

Кратко комментируйте конкретные примеры поведения клиента и его возможные последствия, например: “Вы замечали, что...” или «Вам не кажется интересным, что...” Подчеркивающие комментарии сами по себе могут вызвать изменения. Например, психотерапевт шутливо говорит клиенту: “Вы не замечали, что каждую обоснованную просьбу начинаете словами «Мне не хотелось бы вас беспокоить»? Это интересно, вам не кажется?” — и клиент отвечает: “Хм, я должен прекратить это? Я ведь поддаюсь порыву, связанному с чувством вины, мы говорили об этом на групповых тренингах”. С этого момента клиент начал работать над тем, чтобы отказать от излишних извинений. Подчеркивающие комментарии также используются для обозначения дисфункционального поведения, когда вам не хватает времени на тщательную проработку, но вы не хотите оставить это без какого-либо замечания.

Вариант 5б: анализ способов решения проблемы

Когда подчеркивания недостаточно, анализ способов решения проблемы может оказаться самым лучшим помощником в достижении прогресса.

са. Подобный подход может принимать форму минимальной интервенции, например, предложенного психотерапевтом решения, не рассмотренного клиентом. В других случаях требуется более тщательный анализ, что проиллюстрировано в главе 3 на примере Майкла и его проблем со сном. Сюда входят выявление проблемы, активный поиск решений, выбор способа решения, его осуществление, а также дальнейшая оценка результатов с заботливым вниманием к выявлению сложностей и генерализации данного способа. Следует объединять многие базовые стратегии, осуществляя анализ способов решения проблемы, чтобы убедиться, что клиент по-прежнему достаточно мотивирован и готов к работе.

Вариант 5в: тренинг навыков, экспозиция, ситуационное управление и когнитивная модификация

Если, анализируя проблему, предлагая способы ее решения, ориентируя клиента на терапию, предоставляя информацию и добиваясь осознанной готовности (то есть практически каждый раз, когда вы говорите), вы не получаете результата, следует вернуться к базовым вопросам, касающимся оценки поведения. Вы задаетесь вопросом: обладает ли клиент навыками, необходимыми для того, чтобы вести себя иначе? Если нет, обратитесь к тренингу навыков. Если клиент владеет навыками, но не применяет их на практике, что мешает ему: эмоциональные реакции? обстоятельства? когнитивные процессы или содержание мыслей? Иногда приходится немало поработать, используя одну из четырех стратегий, чтобы установить более адаптивное поведение.

Определите, насколько интенсивное вмешательство необходимо в данной ситуации в зависимости от соотношения формулирования случая и текущего момента. Держите в уме иерархию целей. Важнее предотвратить проявление серьезного проблемного поведения в будущем, чем анализировать прошлое, поэтому больше внимания следует уделять такой работе, которая снизит вероятность возвращения клиента на путь, ведущий к высокоприоритетным целям. Часто наиболее оптимальным решением оказывается работа над “точкой невозврата”, чтобы клиент мог перенести самые сложные обстоятельства, не прибегая к угрожающему жизни поведению. Часто легче всего работать с началом цепочки событий, приведших к экстремальному поведению, поскольку в данной точке клиент еще эмоционально регулируем. Более эффективно работать над общими звеньями, входящими в различные поведенческие цепочки.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: КЭРРИ

Вернемся к примеру с Кэрри, чтобы проиллюстрировать принятие решений. Рассмотрим одну сессию полностью с самого начала. Как можно заметить, психотерапевт знала о некоторых приоритетных целях до начала сессии. Вкратце повторим, что Кэрри нанесла себе ожоги сигаретой за время, прошедшее с последней сессии, а также оставила неразборчивое голосовое сообщение. В течение этой недели ей предстоит собеседование по поводу работы, а также она может остаться без жилья, если не наладит отношения с соседкой по комнате. Если в том или другом вопросе она потерпит фиаско, ей придется просить деньги у родителей. Жесткая критика с их стороны и последующее чувство унижения связаны с прошлыми суицидальными попытками. По этим причинам формулирование случая Кэрри предполагает, что данные проблемы, ухудшающие качество жизни, функционально связаны с возрастанием суицидального риска и, следовательно, должны стать наивысшими приоритетами для данной сессии.

Задание 1: отслеживание целей и работа с ними во время сессии

Задание 1, стоящее перед психотерапевтом, заключается в уточнении плана работы для данной сессии. Ей необходимо определить с клиенткой их местонахождение и расставить приоритеты работы. Когда психотерапевт встречает Кэрри в приемной, та выглядит и разговаривает так, будто находится в состоянии эмоционального возбуждения.

С учетом трех упомянутых ранее приоритетных целей, приблизительная повестка дня будет выглядеть следующим образом: 1) снизить возможность суицидального поведения, наилучшим способом для этого, по всей видимости, будет помочь клиентке справиться с ситуацией с соседкой и пройти собеседование и таким образом избежать ее взаимодействия с родителями, способного спровоцировать сильный кризис в случае неудачи; 2) предотвратить несуйцидальную аутоагрессию, проявляющуюся в виде нанесения себе ожогов; 3) сделать все необходимое для снижения вероятности новых проблемных сообщений.

Когда они заняли свои места, Кэрри отдала психотерапевту дневник (рис. 6.2). Кэрри часто забывает дневник, поэтому первым небольшим терапевтическим заданием является закрепление этого успеха. Психотерапевт провела тщательную оценку, а не выдвинула предположение относительно того, какие предпринятые ею меры усилили желаемое поведение (ситуационное управление). Комментарии вроде «Вы молодец, что заполнили

Диалектическая поведенческая терапия: Дневник клиента	Инструкции: обведите дни, когда вы работали над каждым навыком	Вы записываете дневник во время сессии? Да <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/>	Как часто вы записываете эту страницу? Ежедневно ____ 2-3 раза в нед. ____ 1 раз в нед. ____	
1. Мудрый разум		Вт	Чт	Вт
2. Наблюдение: способность замечать (поиск побуждений)		Вт	Чт	Вт
3. Описание: облечение в слова		Пн	Чт	Вт
4. Участие: открытость опыту		Пн	Чт	Вт
5. Безоценочность		Пн	Чт	Вт
6. Поглощенность объектом: сосредоточенность на текущем моменте		Пн	Чт	Вт
7. Эффективность: фокусирование на том, что работает		Пн	Чт	Вт
8. Объективная эффективность		Пн	Чт	Вт
9. Эффективность взаимоотношений		Пн	Чт	Вт
10. Эффективность самоуважения		Пн	Чт	Вт
11. Снижение уязвимости		Пн	Чт	Вт
12. Чувство контроля		Пн	Чт	Вт
13. Накопление позитивных эмоций		Пн	Чт	Вт
14. Оппозиционное действие (сопротивление)		Пн	Чт	Вт
15. Отвлечение (адаптивное отрицание)		Пн	Чт	Вт
16. Самоуспокоение		Пн	Чт	Вт
17. Улучшение момента		Пн	Чт	Вт
18. За и против		Пн	Чт	Вт
19. Полное принятие		Пн	Чт	Вт
20. Структурирование // Работа		Пн	Чт	Вт
21. Структурирование // Любовь		Пн	Чт	Вт
22. Структурирование // Время		Пн	Чт	Вт
23. Структурирование структуры // Место		Пн	Чт	Вт
Побуждения к применению (0-5):	До терапевтической сессии: 4	После терапевтической сессии	Сессии	_____
Побуждения оставить терапию (0-5):	До терапевтической сессии: 2	После терапевтической сессии	Сессии	_____
Суицидальные побуждения (0-5):	До терапевтической сессии: 3	После терапевтической сессии	Сессии	_____

Карта клиники поведенческих исследований и терапии

День и дата	Диалектическая поведенческая терапия: Дневник клиента				Инициалы: КС	Эмоции	Вы заполняете дневник во время сессии? <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				Как часто вы заполняете эту страницу? Ежедневно <input type="checkbox"/> 2-3 раза в нед. <input checked="" type="checkbox"/> 1 раз в нед. <input type="checkbox"/>				Дата начала		
	Повуждения к...						Медикаменты и препараты				Действия		Радость	Навыки	Подкрепление нового поведения		
	Применению	Свциду	Безопасность и здоровью	Физическая боль			«Русть, горе»	Стыд	Гнев, раздражение	Страх, тревога	Непрписанные	Алкоголь или наркотики				Отпускаемые по рецепту	Отпускаемые без рецепта
								Количество	Название	Количество	Название	Количество	Название	Количество			
	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	✓
Пн	2	1	1	0	2	2	2						Нет	0	5		
Вт	2	2	2	0	2	0	2						Нет	0	4		
Ср	2	1	2	0	2	0	2						Нет	0	5		
Чт	2	2	2	2	2	4	4						Нет	0			
Пт	2	3	5	2	4	4	4						Нет	0			
Сб	2	4	2	4	4	4	4						Да	0			
Вс	2	5	1	2	4	5	5						Нет	0			

<p>Кажущееся маловажным поведение:</p> <p>Сохранение путей отступления:</p>	<p>*ПРИМЕНЕНИЕ НАВЫКОВ</p> <p>0 = Не думал, не применял 1 = Думал, но не применял, не хотел применять 2 = Думал, но не применял, хотел применить 3 = Пытался, но не получилось применить</p>	<p>4 = Пытался, мог их применить, но не помогло 5 = Пытался, мог применить, помогло 6 = Не пытался, не помогло 7 = Не намеревался, применил их, помогло</p>
---	--	--

дневник» оказались для Кэрри негативным подкреплением; подобные реплики вызывали чувство стыда за то, что раньше она не так регулярно это делала, и таким образом желаемое поведение наказывалось. Менее заметные комментарии помогали куда больше, например: “Это очень помогает в работе — знать, как у вас прошла эта неделя”. Психотерапевт использовала такие комментарии, чтобы постепенно добиться согласия по поводу работы над дневником.

При взгляде на дневник психотерапевт может заметить, что Кэрри многие поля оставила пустыми, поэтому карта не дает полной картины того, что происходило в течение последней недели. В связи с этим одно из стоящих перед психотерапевтом заданий — получить данную информацию. И ей нужно сделать это быстро, поскольку перед ней стоит множество высокоприоритетных заданий. По этой причине, когда сессия началась, психотерапевт может примерно таким образом обсудить с Кэрри ее дневник:

“Давайте рассмотрим ваш дневник. (Поворачивает кресло так, чтобы они обе могли его видеть.) О, Кэрри, это была тяжелая неделя, это видно даже на первый взгляд. Мда, есть одна вещь в этих дневниках, которая очень важна, — они позволяют мне сразу же стать эмпатичной. (Говорит это во время просмотра дневника, мельком бросив дружелюбный взгляд на Кэрри. Затем продолжает деловым тоном, пристально изучая дневник; валидация уровня 3 и, возможно, закрепление навыка ведения дневника.) Давайте посмотрим... Хорошо. (Подчеркивание.) Я не могу понять, почему колонки, посвященные безрецептурным медикаментам и алкоголю, не заполнены”. (Подчеркивание.)

Кэрри отвечает, что один раз пила пиво, так мало, что даже не подумала отметить это; также она никогда не принимает безрецептурные препараты, за исключением ибупрофена¹ в редких случаях. Спонтанно она берет в руки дневник и заполняет пропущенные места, продолжая говорить. Когда она вернула бланк психотерапевту, та дала следующий комментарий: “Это прекрасно работает, как я вижу”.

Во время данного обмена репликами у психотерапевта было желание попытаться закрепить прогресс в заполнении дневника, проявив теплое участие, а затем прибегнуть к подчеркиванию, чтобы подтолкнуть к аккуратному ведению дневника в будущем. Как оказалось, подчеркивания было достаточно, похоже, что оно также снизило вероятность небрежного заполнения дневника в следующий раз. Психотерапевт продолжила.

¹ Ибупрофен — препарат из группы производных пропионовой кислоты, обладает болеутоляющим и жаропонижающим действием. — *Примеч. ред.*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Первое, что бросается в глаза, это надпись “Да” в колонке, посвященной самоповреждениям. Речь идет о том, что вы упомянули в сообщении, правильно, о том, что вы обожгли себе руку? *(Со времени последней сессии Кэрри обожгла себе руку сигаретой и оставила психотерапевту неразборчивое голосовое сообщение.)*

КЭРРИ: Да. *(Кивает.)* Я очень разочарована в себе. Я ничего такого не делала с тех пор, как начала проходить психотерапию.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да, знаю, вы действительно усердно работаете. *(Говорит серьезным тоном, затем делает паузу, прежде чем продолжить, сохраняя дистанцию.)* Это важно. Я не знаю, насколько вы разочарованы. Вы действительно хотите измениться, так что давайте внесем это в наш план работы и попробуем разобраться, что произошло. *(Уровень 3 валидации намерений Кэрри и уровень 5 валидации ее понятного разочарования в себе.)* Но также я вижу огромный скачок в суицидальных мыслях, от одного и двух до пяти *(уровень высокой интенсивности)*, а еще что вы применяли много навыков в начале недели, а затем такой спад или что?.. Почему здесь тоже пустые места? *(Снова очень деловой, безоценочный тон. Психотерапевт в течение сессии быстро меняет стилистические стратегии, иногда становится более дружелюбной, затем более прохладной, диалектически сохраняя баланс между принятием и изменениями, чтобы помочь Кэрри оставаться регулируемой.)*

КЭРРИ: Точно не знаю, я правда не помню, почему я их не заполнила.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что ж, в течение нашей работы мы, возможно, увидим, были ли такие моменты, когда навыки могли бы помочь, потому что складывается впечатление, что вам действительно нужно иметь большой выбор в своем арсенале... Хорошо, могу сказать, что сегодня мы уделим больше всего времени тому, чтобы помочь вам справиться с суицидальными мыслями, достигшими такого высокого уровня, а также с вашими порывами к самоповреждениям, которые также очень интенсивны. Как вы думаете, это разумно? *(Проверяет сотрудничество.)*

КЭРРИ: Да.

Задание 2: приоритетность целей

Психотерапевт определяет приоритеты. Ей необходимо задать оценочные вопросы, чтобы выяснить, находится ли Кэрри на пути к суицидальному кризису, как ей кажется. Если обнаружится, что Кэрри не идет этой дорогой, возможно, психотерапевту придется выбирать между анализом обстоятельств, приведших к несуйцидальной аутоагрессии, и анализом

усиления суицидальных мыслей, в зависимости от того, что представляет большую угрозу для жизни клиентки. Возможно, у психотерапевта также возникнет желание снова поработать над готовностью Кэрри отказаться от несуицидальных самоповреждений. Принимая во внимание упомянутый в разговоре рабочий план, психотерапевт предполагает, что разочарование Кэрри связано с ее согласием воздерживаться от умышленных самоповреждений, о чем они договорились на предварительном этапе. Но ей хочется вернуться к анализу того, насколько это предположение верно. Другим целевым поведением прошлой недели является оставленное на автоответчике сообщение. Если не проработать данное поведение, оно приведет к выгоранию психотерапевта. Психотерапевт быстро пришла к решению, что начало сессии — наиболее подходящий момент для того, чтобы немного поработать над оставленным сообщением, прежде чем они с клиенткой перейдут к работе над наивысшими приоритетами. По этой причине психотерапевт переключается на краткий анализ цепочки поведения, препятствующего терапевтическому процессу.

Задание 3: анализ поведения, препятствующего терапевтическому процессу (сообщение на автоответчик)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хотелось бы кратко поговорить об одной вещи, прежде чем мы углубимся в работу: вы помните сообщение, которое оставили мне прошлой ночью? Мне было сложно его понять, потому что складывалось такое впечатление, что вы были под действием наркотиков. Что случилось, что вы говорили так неразборчиво? *(Лезет на рожон.)*

КЭРРИ: Я выпила снотворное, но мои мысли все никак не успокаивались, поэтому я решила позвонить вам, но тогда лекарство стало действовать, и я начинала засыпать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы думаете о том, чтобы звонить мне до того, как вы примете лекарство, чтобы я не беспокоилась? Или, может, я должна забеспокоиться — у вас не было передозировки снотворного?

КЭРРИ: Нет, я приняла только необходимую дозу.

Задания 5а, 5в: интервенция (работа над сообщением)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Да. Хорошо. Если вы когда-нибудь снова будете в таком состоянии, не забудьте сказать мне: “Я так забавно разговариваю потому, что выпила снотворное, у меня нет передозировки”. Хорошо? Потому что это действительно сбilo меня с толку.

КЭРРИ: Конечно.

Краткого подчеркивания и прояснения обстоятельств может быть достаточно, чтобы снизить вероятность повторения данного поведения, препятствующего терапевтическому процессу. Тем не менее, когда Кэрри произнесла “конечно”, психотерапевт заметила легкое изменение в ее позе. Кэрри откинулась назад, отвела взгляд в сторону и немного съежилась; она была похожа на воздушный шар, из которого выпустили немного воздуха. Психотерапевт задумалась о том, испытывает ли Кэрри чувство стыда, и не начинает ли она прятаться от обратной реакции психотерапевта на сообщение. Если да, ей нужно помочь Кэрри оставаться достаточно эмоционально управляемой, чтобы она сохраняла способность работать над наиболее высокоприоритетными заданиями. Психотерапевт снова обращается к подчеркиванию.

Задания 1, 5а: интервенция (эмоциональная дисрегуляция во время сессии)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Эй, что-то случилось только что? Вы, кажется, ушли в себя немного.

КЭРРИ: *(Слабо улыбается, чтобы дать психотерапевту понять, что та на верном пути.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Спрашивает дружелюбно и мягко.)* Что произойдет, если вы вернетесь обратно и не станете уходить в себя, потому что нам нужно поработать над многими вещами, которые, очевидно, вас беспокоят и на которые указывает ваш дневник. *(Связывает задание с задачами клиентки.)*

В данный момент психотерапевт принимает решение отказаться от явной проработки по двум причинам. Во-первых, существует вероятность возникновения суицидального кризиса в ближайшем будущем, и она хочет уделить время работе над этой проблемой. Во-вторых, чувствительность Кэрри к стыду означает, что непосредственная работа над ним, вероятно, усилит данное ощущение до такой степени, что она будет слишком дисрегулирована, чтобы работать над чем-нибудь другим. В связи с этим психотерапевт останавливает выбор на кратком подчеркивании в реципрокном стиле, и это срабатывает. Кэрри меняет позу и возобновляет зрительный контакт, приготовившись к работе.

Задание 1: оценка суицидального риска

Прошло около 10 минут с начала сессии. Психотерапевт и Кэрри проводят быструю оценку суицидального риска. Психотерапевт осуществляет

оценку риска во время просмотра дневника клиентки. “Что значит отметка 5 относительно мыслей о самоубийстве в воскресенье? Вы думали о том, чтобы покончить с собой?” Кэрри убеждает психотерапевта, что у нее не было такого плана или намерения, она просто думала об этом. Но также Кэрри сказала, что ее беспокоит ее способность контролировать себя, если она не получит работу и если ситуация с соседкой по комнате на этой неделе не разрешится.

Это подтверждает, что работать им обоим следует именно над проблемами получения работы и соседки по комнате, но чтобы удостовериться в правильности приоритетов, психотерапевту все же нужно оценить, насколько опасным было несущицидальное самоповреждение.

Задание 3: анализ самоповреждения в виде ожога сигаретой: где искать развилку?

Задание 4: обеспечение сотрудничества/готовности

Задание 5: интервенция

Психотерапевт проводит краткий анализ поведенческой цепочки (задание 3) и узнает, что Кэрри перенесла рецидив после того, как ее друг оставил зажигалку в ее квартире. Кэрри уже выбросила свою зажигалку. Клиентка с готовностью приступила к работе над тем, чтобы составить и воплотить в жизнь реалистичный пошаговый план, для того чтобы безотлагательно и с применением навыков предотвратить новый рецидив, если она столкнется с таким соблазном, когда другие люди оставляют рядом с ней средства для нанесения самоповреждений. Из прошлого опыта Кэрри знает, что ей нужно 1) убрать такие средства или уйти самой; 2) получить поддержку и возможность рассчитывать на кого-нибудь, позвонив другу или психотерапевту, подтвердив свое решение никогда больше не причинять себе вред, и оповещая их, если нужна помощь; 3) в случае необходимости следует пойти в ближайшее круглосуточное кафе, взяв руководство по применению навыков, и сидеть там, пока она на 100% не будет уверена, что не станет наносить себе повреждения. Данного плана и быстрого укрепления осознанной готовности (задание 4), даже если на них ушло всего пять минут, было достаточно, чтобы снизить непосредственный риск умышленного нанесения себе телесных повреждений.

Следует помнить о том, что вы стремитесь к эффективному движению. Приоритетность цели не всегда прямо соотносится с количеством сессионного времени. Высокоприоритетная цель может занять пять минут, когда психотерапевт и клиент быстро находят путь и прямо по нему движутся,

как Кэрри и ее психотерапевт в данном случае. Над высокоприоритетными целями необходимо работать эффективно — при этом не обязательно долго. Психотерапевт должен балансировать между приоритетами, возвращаясь то к одному, то к другому, в зависимости от ситуации и поступления новой информации.

Задание 3: анализ усиления суицидальных идей; где искать развилку?

Прошло 20 минут с начала сессии, психотерапевт и клиентка начали работу над анализом поведенческой цепочки, чтобы определить контролирующие переменные, отвечающие за усиление суицидальных идей. Основываясь на последней серьезной суицидальной попытке Кэрри, психотерапевт предполагает, что наибольшую сложность для нее представляет чувство стыда и ощущение, что она попала в ловушку, которое возникает, когда ей приходится просить родителей о помощи. Психотерапевт предлагает Кэрри следующую идею.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Кэрри, время от времени мы наблюдаем усиление суицидальных мыслей, когда вы чувствуете, что у вас нет выхода, и начинаете испытывать унижение от того, что вам, возможно, нужна финансовая поддержка.

КЭРРИ: *(Немедленно вспыхивают эмоции.)* Я не буду ползать перед ними на брюхе, чтобы они мне помогли! Я так не могу — я лучше умру. Я ЭТОГО НЕ ВЫНЕСУ!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Реагирует ориентированием Кэрри, затем предлагает два терапевтических задания, но настолько драматично меняя тон и позу, подавшись вперед, понижая голос и при этом продолжая говорить воодушевленно, что привлекает внимание Кэрри и тем дает понять, что воспринимает ее стресс предельно серьезно.)* Кэрри, послушайте, вы начинаете больше думать о самоубийстве, когда сталкиваетесь с унижением. В вашем случае они связаны. Как только вы чувствуете унижение, ваш разум тут же предлагает решение — самоубийство. Оно избавит вас от малейшей возможности испытать унижение. Как вы думаете, это так? *(Проверяет сотрудничество.)* Только я сказала пару слов о том, что это может случиться, и ваши эмоции тут же взлетели до небес, верно? Вы будто в панике — ужас и стыд вспыхнули при одной только мысли о том, чтобы попросить помощи у родителей. *(Уровень 3 валидации — разговор об эмоциях, которые не были полностью выражены.)*

КЭРРИ: Я не сделаю этого!

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Я не возражаю против этого. Послушайте, взгляните на меня на секундочку, ваши эмоции просто кипят. Хорошо. Вы можете продолжать разговор? (*Микроориентирование.*) Я права, это страх, и паника, и... Что вы чувствуете?

КЭРРИ: Все мое тело — это сплошное НЕТ! Мне хочется кричать.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо. Значит, все ваше тело реагирует на угрозу. Как вы воспринимаете суицидальные мысли прямо сейчас?

КЭРРИ: Просто улет, как пять с тремя плюсами.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Значит, ваш разум, как только он чувствует угрозу унижения со стороны ваших родителей, обращается к суициду как к выходу. Вы обращали на это внимание? (*Подчеркивание.*)

КЭРРИ: (*Кивает.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы можете сейчас слушать меня, или эмоции вас слишком поглотили? Может быть, вы скажете, что слышите меня, чтобы я могла помочь, скажите, насколько вы дисрегулируваны. (*Кэрри слушает психотерапевта и дает понять, что поняла суть паттерна. Основываясь на сотрудничестве и ориентации, психотерапевт предлагает поработать над терапевтическими заданиями.*)

Задание 5в: интервенция (эмоциональная дисрегуляция во время сессии, практика навыков)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вы только что выполнили важную работу — вас накрыло волной эмоций, но вы смогли вернуться ко мне, так? Хорошо, какие навыки вы можете использовать прямо здесь, чтобы физически успокоиться? Нам нужно быть способными действительно поработать вместе. Так какие навыки вы можете использовать сейчас?

КЭРРИ: Я взяла с собой газировку, она в сумке. Спокойное дыхание помогает мне, когда я считаю при этом.

Задание 5б: интервенция (анализ способа решения проблемы разговора с соседкой и собеседования)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Отлично.

КЭРРИ: (*Усаживается удобнее с газированной водой в руке, делает несколько глубоких вдохов.*)

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Продолжает.)* То, что вы сейчас сделали, замечательно. Вы смогли помочь себе на физическом уровне, отлично. Теперь нам нужно помочь вашему разуму найти другие способы решения проблемы. Нам нужны две вещи. Первая: нам необходимо снизить угрозу унижения. Это означает, что нам следует поработать над проблемами, которые вынуждают вас чувствовать себя уязвимой, сделать все, что можно, чтобы разобраться с ситуацией с вашей соседкой и хорошо пройти собеседование. Как вам кажется, это разумно? *(Проверяет сотрудничество.)*

КЭРРИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Это первый вариант — изменить ситуацию. Ваше тело кричит “Нет!”, и вы говорите: “Хорошо, в чем заключается опасность? Что я могу сделать, чтобы избежать чувства унижения?” Решить проблему, уменьшить действие раздражителя. Вы можете произнести это — сказать своими словами, чтобы я знала, что вы со мной, хорошо?

КЭРРИ: *(Повторяет, ясно показывая, что понимает, в чем дело.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: *(Поднимается и записывает на доске потенциальное терапевтическое задание, используя выражения Кэрри, зная, что в дальнейшем это поможет ей оставаться регулируемой.)* Переходим ко второму варианту: нам нужно помочь вам в регуляции чувств стыда и унижения. Ваш разум не выдерживает их, и именно поэтому ищет выход, он делает что угодно, лишь бы избежать этих переживаний. Понимаете, что я имею в виду?

КЭРРИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Вам нужно научиться справляться с этими переживаниями, чтобы у вас был больший выбор. Понимаете? Это второй вариант — принять то, что вы испытываете сильные эмоции, и помочь себе, не пытаясь сбежать от них с помощью суицидальных мыслей. Это навыки переживания кризиса и полного принятия, и это зависит от вашего разума. Полное принятие, как я понимаю *(резко меняет тон голоса с делового на крайне деликатный, замедляет темп речи, делая долгие паузы между фразами)*, связано с вашими отношениями с родителями, которые выступают источником сильной боли... Это сложно... И очень сильно ранит... Да?

КЭРРИ: *(Кивает со слезами на глазах.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Получается, то, что нам сейчас нужно, — это принятие, не топтание на месте и избегание боли, да? Значит, нам нужен второй вариант, искреннее принятие глубоких и сильных эмоций и помощь

себе без попыток спрятаться в мыслях о самоубийстве. *(Добавляет второй вариант к терапевтическим заданиям на доске.)* Хорошо, и снова, повторите это своими словами, ладно? Вроде: “Я боюсь унижения. Когда со мной такое происходит, мой разум всегда обращается к суициду. Это мой раздражитель, и у меня два варианта: 1) решить данную проблему, чтобы я не чувствовала себя униженной; 2) полностью принять то, что я переживаю, помочь себе на физическом уровне, успокоить эмоции”.

КЭРРИ: Да.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Хорошо, теперь выразите это словами. Прямо сейчас вы делаете самый важный шаг. Вы успокаиваетесь на физиологическом уровне, воспринимая себя серьезно, работая над проблемой. Ваша очередь. Выразите все это вместе своими словами.

КЭРРИ: *(Повторяет своими словами, пьет воду, считает вдохи.)*

ПСИХОТЕРАПЕВТ: С чего бы вы хотели начать?

Задание 5в: интервенция

Кэрри решает начать работу с планирования разговора с соседкой по комнате и лучшего из возможных вариантов прохождения собеседования. Затем работа продолжается бесперебойно. Когда все идет не очень хорошо и приходится определять возникающие проблемы и способы их решения, цель работы естественным образом меняется на работу над тем, чтобы Кэрри могла выдерживать чувство стыда и унижения, когда они вспыхивают. Как было проиллюстрировано в главе 4, психотерапевт использовала валидацию для кратких спонтанных эпизодов экспозиции, обсуждая, что для Кэрри значит обращение к родителям за помощью. Психотерапевт использовала стратегии когнитивной модификации, чтобы поработать над нереалистичными ожиданиями Кэрри по отношению к себе и к просьбе о помощи. Поскольку во время групповых тренингов Кэрри осваивала навык управления эмоциями в виде оппозиционного действия, психотерапевт и Кэрри легко применили его для работы над чувством стыда, чтобы определить, было оно обоснованным или нет, и Кэрри согласилась использовать данную ситуацию для выполнения группового домашнего задания, чтобы получить помощь также от тренера. Психотерапевт использовала условия текущей сессии: когда Кэрри выразила свои первичные эмоции, психотерапевт была дружелюбной и поддерживала ее, но когда Кэрри пыталась сбежать в разговоры о суициде или о других экстремальных способах решения проблем, тон голоса психотерапевта становился прохладным, когда

она определяла каждое из таких утверждений как попытку к бегству. В целом психотерапевт сочетала четыре техники, направленные на изменения, а именно тренинг навыков, экспозицию, ситуационное управление и когнитивную модификацию, чтобы усилить способность Кэрри регулировать чувство стыда, не пытаясь найти выход в умышленном нанесении себе телесных повреждений.

Во время данной сессии психотерапевт придерживалась все той же основной последовательности, включающей в себя анализ, мотивирование и действие, снова и снова. Она также различными способами комбинировала базовые стратегии изменений, валидации и диалектические стратегии в течение сессии. Пропорции и состав такой смеси варьируются в зависимости от момента, иногда склоняясь к диалектическим стратегиям, иногда к стратегиям изменения или валидации, чтобы можно было добиться наибольшего возможного движения при каждом взаимодействии. Суть состоит в том, что из точки А в точку Б ведут многие дороги. Как и в физическом путешествии, по одним дорогам передвигаться легко, и вы хорошо проводите время. Если вы проколете колесо или случится другая небольшая техническая неприятность, вы быстро с ней справитесь. На это похожи подчеркивание и анализ способов решения проблем. Краткие разногласия во взаимодействии могут быть легко улажены с помощью ориентирования, дидактических стратегий или валидации. Но другие территории требуют иного средства передвижения, например горного велосипеда. Временами психотерапия сужается до размеров почти непроходимой тропы среди скал, где вы оба ползете на стертых в кровь коленях. Движение происходит медленно и болезненно. Поскольку вам приходится балансировать между многими приоритетами, вам нужно сохранять гибкость и выбирать то, что подходит именно к той ситуации, в которой вы находитесь.

Такая работа может быть очень сложной. Использование стратегий для наилучшего балансирования между принятием и изменениями требует навыков, которых психотерапевтам может не хватать. Точно так же и способность регулировать собственные эмоции в условиях сложного, проблемного поведения клиента с высокой степенью риска, которое меняется медленно, бросает нам вызов с профессиональной и личной точек зрения. Вот почему экспертная консультационная группа играет критически важную роль. Группа помогает психотерапевту развивать и поддерживать навыки и мотивацию, применяя все описанные выше терапевтические стратегии по отношению к психотерапевту, что будет видно из следующей главы.

Индивидуальный психотерапевт и экспертная консультационная группа

Адекватная забота о наших клиентах может потребовать лучшего владения навыками и лучшей способности справляться со своими эмоциями, чем те, которыми мы обладаем. При работе с хроническими суицидальными клиентами, склонными к эмоциональной дисрегуляции, с учетом проблем в терапии и ее медленного прогресса, проводить психотерапию психотерапевта столь же важно, как и работать с клиентом. В ДПТ психотерапия психотерапевта необходима, чтобы твердо следовать данной модели. Задача группы заключается в том, чтобы обеспечить каждого ее участника мотивацией и навыками, необходимыми для такой сложной и ответственной работы. Данная глава иллюстрирует, каким образом экспертная консультационная группа применяет ДПТ по отношению к психотерапевту и как психотерапевт применяет ДПТ по отношению к себе.

Все нам приходилось описывать своим коллегам клинический случай того или иного клиента, а затем совместно с ними его анализировать. Это похоже на то, словно мы ставим на стол некий предмет и взгляд всех окружающих обращается на него. Иногда, когда мы представляем случай клиента, наши коллеги реагируют рациональным обсуждением, сравнивая теоретические подходы, либо отвечают вежливым одобрением или дают чрезмерно критическую обратную связь, которая оставляет нас неудовлетворенными, с чувством, что мы не получили необходимую помощь. Такие реакции окружения, вместо того чтобы помочь выявить проблему, побуждают нас напускать на себя компетентный вид — в результате мы можем уйти с таким видом, будто у нас все хорошо, но останемся одинокими и будем чувствовать, что зашли в тупик.

Экспертная консультационная группа ДПТ отличается от этого. Это не группа специалистов, собравшихся вместе, чтобы обсудить клиента как случай, а команда экспертов, собравшихся вместе, чтобы поработать над терапией клиентов с каждым из своих участников с равной заботой,

вниманием и настойчивостью. *Психотерапевт является клиентом.* Объект, представленный психотерапевтом на обсуждение, — это он сам, и он последовательно раскрывает, с чем испытывает трудности при проведении качественной ДПТ. Группа работает с психотерапевтом, чтобы усилить его мотивацию и способности; группа применяет ДПТ по отношению к психотерапевту. Хорошо функционирующая экспертная консультационная группа ДПТ напоминает эффективную рабочую команду ученых или деятелей искусства, которые собрались вместе, чтобы улучшить работу друг друга.

ЦЕЛЬ И ФОРМАТ ЭКСПЕРТНОЙ КОНСУЛЬТАЦИОННОЙ ГРУППЫ ДПТ

Типичная экспертная консультационная группа ДПТ насчитывает 6–8 участников и собирается на 1–1,5 часа еженедельно или раз в две недели. Участники экспертной консультационной группы обычно берут на себя два основных обязательства по отношению друг к другу. Во-первых, они соглашаются участвовать в групповых встречах. Группа должна четко определить понятие “участие”, а именно ожидания относительно посещаемости, прихода вовремя, должен ли психотерапевт приносить конкретные случаи для обсуждения в группе и т.д. Важнее то, что группа должна сформировать общий дух, стоящий за согласием на участие: присоединиться к группе означает прилагать все усилия для того, чтобы повысить собственную эффективность и эффективность других членов группы в качестве диалектико-поведенческих терапевтов. Другими словами, цель, преследуемая экспертной консультационной группой, заключается в том, чтобы помогать своим участникам применять принципы ДПТ, а не альтернативной психотерапии. Это означает, что, совместно работая в экспертной консультационной группе, ее участники стремятся к тому, чтобы помочь друг другу развить способность использовать принципы ДПТ, а не предлагать идеи или обсуждать альтернативные теоретические модели. По сути, в течение встречи группа соглашается говорить на одном языке и работать с позиции общей модели, даже если психотерапевт из группы может использовать другие терапевтические модели в иных контекстах.

“Прилагать все усилия” включает в себя создание безоценочной атмосферы для решения проблем, поощряющей прямое сообщение информации о себе и самокритику, а также открытость в предоставлении и принятии сенситивной, прямой обратной связи. Нормы группы должны отображать нормы любых терапевтических отношений, где каждый участ-

ник беспокоится о том, чтобы помочь клиенту (в данном случае психотерапевту). Каждый из участников активно слушает. Каждый прилагает усилия для того, чтобы самодисциплина способствовала сосредоточению на потребностях психотерапевта, стремясь к тому, чтобы быть лаконичным и удерживаться от отклонения от данной задачи. Участие подразумевает согласие работать над взаимопониманием, особенно в случае разногласий; мы работаем дальновидно и по-деловому, чтобы решать проблемы, мешающие функционированию группы. Например, вы не станете считать нормой опоздание на психотерапевтическую сессию или выполнение бумажной работы в присутствии клиента, либо прерывание сессии на отправку сообщений или совершение звонков; точно так же является нормой ваше участие в группе с полной концентрацией на работе, и если что-либо мешает процессу, вы предусмотрительно ищете способы решения проблемы. Например, если участник группы опаздывает на встречу, он спонтанно оценит причины и разработает способы решения данной проблемы, чтобы такое не повторялось, посчитает нужным извиниться перед остальными членами группы и наладить с ними отношения, как он это сделал бы с клиентом. Если этого не будет, другой участник команды может спросить, что случилось, и психотерапевт спокойно определит и решит проблему.

Во-вторых, участники соглашаются нести ответственность за результаты всех клиентов, терапией которых занимается команда, а не только тех, которых ведут лично они. Суть заключается в том, что, если клиент, с которым работает тот или иной психотерапевт из группы, совершит самоубийство, все участники будут отвечать "да", если их спросят, были ли у них клиенты, покончившие с собой. Такое обязательство, подобно правилу четырех пропусков для клиентов, заставляет участников группы быть ответственными, беспокоиться о клиентах и помогать решить их проблемы. Если участники испытывают нежелание брать на себя такое обязательство, это может указывать на определенные личные проблемы, которые необходимо решить, чтобы участники группы могли доверять друг другу в работе. Например, одна психотерапевт пыталась решить проблему серьезных финансовых затруднений, связанных со сложным разводом, взяв большее количество клиентов. Она не могла сказать "нет" и бралась за работу даже с клиентами с очень высокой степенью риска. Ее закрытый, обороняющийся стиль не позволял другим приложить усилия для точного понимания, чем она занимается, и заставил группу беспокоиться. Без принятия обязательства разделять ответственность за всех клиентов большинство из нас выбрало бы пассивную, уважительную позицию: "Что ж, я ненавязчиво выскажу свои мысли, но я не хочу вмешиваться...", и психотерапевт боролась бы в одиночку, принимая на себя такую нагрузку, что могла бы совер-

шить серьезные ошибки. Общая ответственность, напротив, провоцирует активное решение проблем, например: “Кэрол, меня беспокоит, что вам приходится так тяжело бороться, чтобы нести ту ношу, которую вы на себя взвалили. Я хочу как-нибудь помочь вам, потому что в таких тяжелых условиях никто не может избежать серьезных ошибок, и мы можем прийти к тому, что клиент совершит самоубийство. Я не хочу, чтобы это с вами произошло, и не желаю этого вашему клиенту, так же как и себе или всей группе. Поэтому со всем возможным уважением группе нужно постараться узнать, в чем вы испытываете наибольшие сложности при работе с данными случаями с высокой степенью риска”.

Как и в других аспектах ДПТ, участники группы приходят к четкому заключению относительно совместной работы, начиная данными шестью соглашениями экспертной консультационной группы (Linehan, 1993а).

1. *Диалектическое соглашение.* Мы соглашаемся принять диалектическую философию: абсолютной истины не существует. Оказавшись перед лицом двух противоречащих мнений, мы соглашаемся отыскать истину в каждой из двух позиций и прийти к единству с помощью вопроса: “Что осталось за пределами моего понимания?”
2. *Соглашение относительно консультирования клиента.* Мы соглашаемся, что первичная задача группы — улучшение наших собственных навыков как диалектико-поведенческих терапевтов, а не роль промежуточного звена между клиентами. Мы соглашаемся не обращаться с клиентами и друг с другом как с чем-то крайне хрупким. Мы соглашаемся обращаться с другими участниками группы с убеждением, что они могут говорить от своего собственного имени и постоять за себя.
3. *Соглашение относительно осознанной готовности.* Поскольку перемены являются естественной частью жизни, мы соглашаемся принимать разнообразие и изменения по мере их естественного возникновения. Это означает, что нам не нужно соглашаться с позицией каждого из нас относительно того, как реагировать на конкретного клиента, так же нам не нужно подстраивать свое поведение под кого-либо.
4. *Соглашение относительно границ.* Мы соглашаемся обозначать собственные границы. Как психотерапевты и участники группы, мы соглашаемся не осуждать и не критиковать других за то, что их границы отличаются от наших (слишком узкие, слишком широкие, подходящие).
5. *Феноменологическая эмпатия.* Мы соглашаемся искать неунизительное или феноменологически эмпатичное понимание поведения

наших клиентов, нас самих и друг друга. Мы соглашаемся считать само собой разумеющимся то, что мы и наши клиенты стараемся изо всех сил и хотим улучшить ситуацию. Мы соглашаемся стремиться к тому, чтобы видеть мир глазами клиентов и друг друга. Мы соглашаемся практиковать безоценочную позицию по отношению к нашим клиентам и друг другу.

6. *Соглашение о подверженности ошибкам.* Мы заранее соглашаемся с тем, что каждый из нас подвержен совершению ошибок и ошибается. Мы соглашаемся, что совершили те проблемные поступки, в которых нас обвиняют, либо их часть, поэтому можем отказаться от занятия оборонительной позиции, нацеленной на то, чтобы подтвердить наши достоинства или профессионализм. Поскольку все мы склонны совершать ошибки, предполагается, что мы непреднамеренно будем нарушать все перечисленные соглашения, и когда это произойдет, мы будем полагаться друг на друга, чтобы прояснить противоположности и продвинуться на пути к их единству.

Когда к команде хочет присоединиться новый участник, следует побеспокоиться о том, чтобы полностью обсудить, как цели и формат группы соотносятся либо не соотносятся с его профессиональными целями. Новым участникам группы нужно согласиться и подготовиться к выполнению обязательств, налагаемых на них присоединением к группе. Лидер группы или человек, ориентирующий потенциального участника (иногда даже вся команда), должны встретиться с ним и узнать о его профессиональных и личных целях, поскольку они имеют значение для группы, и рассмотреть, как цели группы и методы работы сочетаются либо не сочетаются с ними. Участие в экспертной консультационной группе должно быть добровольным. Стратегии осознанной готовности, выявление проблем и способов их решения, как и другие стратегии, могут использоваться для усиления готовности. Четко выразив готовность к участию в группе, психотерапевт должен понимать, что это налагает на него определенные обязательства.

Формат встреч экспертной консультационной группы

Консультационная встреча начинается с того, что один из участников группы берет на себя функции фасилитатора и проводит пятиминутную практику навыков осознанности. Данная практика может быть взята из учебника по диалектико-поведенческим навыкам (Linehan, 1993b) или иных источников. Поскольку любая деятельность может осуществляться безоценочно, вы также можете, если это будет полезно, тематически при-

вязать эту практику к потребностям группы (например, если участники группы испытывают проблемы с выгоранием, то можно обратиться ко многим видам действий — от безоценочного прослушивания литературного произведения до безоценочного письменного ответа на вопрос “Какие моменты трудны для меня с клинической точки зрения?” или “Что мне нужно получить от сегодняшней консультации?”). Обратитесь к работе Димиджан и Линехан (2003), предоставляющей замечательные инструкции относительно важности обучения навыку осознанности в клиническом контексте. Приведем следующий пример базовой инструкции (основан на работе Salzberg, 2006):

“Примите удобное положение, обе стопы должны быть на полу, руки расположены так, как вам удобно. Находясь в удобном положении, вы слушаете внешние звуки, то, что происходит в вас самих, также вы можете слушать тишину (*15–30 секунд молчания*).

Замечая звуки, замечайте и уровень вашего внимания... Обращайте внимание на открытое и всеохватывающее присутствие вашего разума в то время, как вы просто слушаете. Замечайте появление источника звука и просто воспринимайте, просто слушайте. Нам не нужно делать что-то, чтобы звук появился или исчез. Нам не нужно как-то определять его или совершать какие-либо действия для того, чтобы услышать звук или наладить с ним связь. Источник звука появляется, и мы присутствуем здесь, мы связаны с ним. Разум может расслабиться и сохранять свою широту (*пауза на 30 секунд*).

Теперь посмотрите, сможете ли вы возобновить это же ощущение, расслабленное, открытое, всеохватывающее осознание дыхания. Нет необходимости делать глубокие или долгие вдохи либо дышать как-то иначе, воспринимайте то, какими они есть и как они меняются. Просто осознавайте их, один вдох за раз (*пауза на 10 секунд*).

Если ваше внимание начнет блуждать, очень расслабленно и терпеливо вернитесь к ощущению дыхания. Я дам три звонка, когда придет время начать, и один звонок, когда нужно будет заканчивать (*все сидят 3-4 минуты*)”.

Затем участники группы переносят безоценочное восприятие на самую встречу, уподобляясь одновременно как команде танцоров-импровизаторов или музыкантов, так и команде уравновешенных сотрудников, готовых совместно трудиться над получением хорошего результата. Каждый участник группы собран и внимателен, готов слушать и создавать условия для поддержки психотерапевта в открытом выражении сложностей.

После практики навыков осознанности фасилитатор спрашивает у участников группы, кто нуждается в консультации, и распределяет имеющееся время в зависимости от клинических потребностей, используя принцип иерархизации целей, чтобы расставить приоритеты для имеющегося у группы времени, как делает психотерапевт для своей сессии. Это можно сделать разными способами, но все сводится к тому, что преимущественные права на время встречи принадлежат психотерапевтам, нуждающимся в помощи при работе с угрожающим жизни поведением, или тем, кто в ближайшем будущем, возможно, столкнется с прекращением терапии; за ними следуют те, кто испытывает иную срочную потребность в консультировании; поведение, препятствующее групповой работе и терапевтическому процессу, и т.д. Некоторые группы оставляют просьбы о том количестве времени, которое им нужно, полностью на усмотрение каждого психотерапевта. В других группах может понадобиться знать статус всех клиентов и придумать способ быстро отчитываться о случаях высокой приоритетности (например, можно использовать доску, на которой перечислены задачи первого этапа, где каждый психотерапевт отмечает инициалы своих клиентов, чтобы указать, у кого были случаи того или иного целевого поведения со времени последней встречи).

Каждый психотерапевт стремится к тому, чтобы прийти на встречу готовым сжато и точно описать проблему (проблемы), с которыми он сталкивается, предоставляя качественную ДПТ. Это позволяет группе приступить к самой сути консультационной потребности, наиболее оптимальным способом используя свое часто ограниченное время. По сути, психотерапевт говорит: "Я нахожусь здесь, мне нужно попасть туда, и мне нужна ваша помощь в решении следующих вопросов". Например, психотерапевт может сказать: "Мне нужна более четкая концептуализация", "Мне нужна помощь с идеями относительно терапевтического плана", или "У меня проблемы с переживанием эмпатии, и мне нужна помощь, чтобы разобраться, почему это происходит", или "Ребята, хочу поделиться с вами новостями об успехе, которого добился мой клиент на этой неделе, чтобы, когда я в следующий раз почувствую отчаяние, вы напомнили мне об этом прогрессе!" Чаще всего психотерапевтам нужна помощь в оценке и четком понимании того, что препятствует терапевтическому процессу или что нужно клиенту. Все участники отслеживают прогресс, чтобы быть уверенными в том, что потребности каждого из них удовлетворяются. Фасилитатор или человек, взявший на себя контроль времени, отслеживает его.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА ЭКСПЕРТНОЙ КОНСУЛЬТАЦИОННОЙ ГРУППОЙ

Группа применяет терапию по отношению к каждому психотерапевту, запрашивающему консультацию, так же, как к клиентам, используя принципы ДПТ, чтобы помочь ему. Слушая своего коллегу, участники группы используют ту же структуру, что и в работе с клиентами: “Что мешает человеку добраться туда, куда он хочет? Что идет хорошо?”, “Мотивирован ли человек?”, “Что мы можем сделать, чтобы помочь ему продвинуться к своей цели?” Мы используем те же инструменты: анализ поведенческих цепочек для определения контролирующих переменных и комбинирование техник подчеркивания, анализа способов решения проблем и стратегий изменения, валидации и диалектических стратегий. На рис. 7.1 представлены шаги, используемые участниками группы для концептуализации запроса на консультацию и реагирования на него.

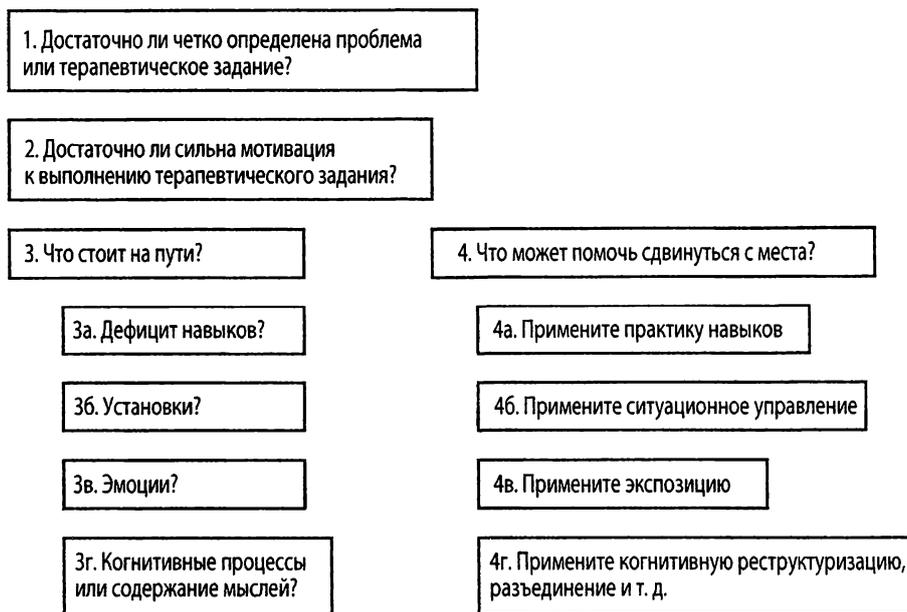


Рис. 7.1. Концептуализация проблемного поля психотерапевта

Первым шагом в консультировании психотерапевта является перефразирование фасилитатором и участниками группы консультационного запроса, чтобы убедиться, что они поняли, в чем нуждается психотерапевт. Консультационный запрос должен быть ясен. Иногда все психотерапевты нуждаются в более четком определении проблемы и поймут, что нужно делать, как только данный запрос прояснится. Если нет, то, как и в работе

с клиентами, участники команды используют оценку, чтобы определить, имеются ли у психотерапевта мотивация и навыки, необходимые для выполнения терапевтических заданий или решения проблемы.

В некоторых случаях психотерапевту просто нужна небольшая помощь в решении проблемы. Он описывает дилемму, и участники группы предлагают способы ее решения. Например, психотерапевт хочет проверить, достаточно ли тщательно она искала проблемы и способы их решения, провела ли необходимую работу по ориентированию и формированию осознанной готовности новой клиентки. У клиентки сложные отношения с новым психиатром. Она каждую неделю приходит к нему на часовую встречу, исключительно для получения консервативной терапии, и он зашел с ней в тупик, пройдя уже несколько суицидальных кризисов, как и другие ее психотерапевты, отказавшиеся от работы с данной клиенткой. Психотерапевт выразила беспокойство относительно того, что клиентка работает одновременно с двумя специалистами, а также высказала пожелания и сомнения относительно начала работы в программе ДПТ. Психотерапевт подвела итог весьма продуктивного разговора, который она имела с клиенткой: последняя понимала беспокойство психотерапевта, и вместе они обдумали переход к одному специалисту. Позднее клиентка поговорила со своим психиатром и сообщила, что он полностью согласен отказаться от роли индивидуального психотерапевта и вместо этого будет обеспечивать только медикаментозное лечение. Участник группы в этот момент заметил: “Все это и правда звучит хорошо, но вы до сих пор выглядите обеспокоенной. Что вас тревожит?” Психотерапевт сказала, что не уверена в том, что клиентка правильно пересказала их план, как и в том, что психиатр действительно со всем согласен, поскольку все, на что она может полагаться, это слова клиентки. Затем группа предложила идеи относительно того, как психотерапевт может использовать стратегии консультирования клиента, чтобы вместе написать письмо психиатру и спланировать последующий телефонный коучинг, чтобы убедиться, что все роли ясно распределены и все стороны пришли к согласию относительно урегулирования кризиса. В данном примере все, что потребовалось, — немного прояснить ситуацию, валидировать беспокойство психотерапевта, а также мозговой штурм применения принципов ДПТ для выработки способов решения проблемы.

В других случаях на пути психотерапевта стоит дефицит навыков. В такой ситуации группа помогает психотерапевту приобрести, усилить или генерализовать необходимые навыки. Например, психотерапевт может не знать, как выполнять конкретное терапевтическое задание, такое как диагностика СДВГ у взрослых или разработка адекватных мер безопасно-

сти для клиента, в семье которого бывают случаи физического насилия. Психотерапевт может не знать, к каким протоколам обратиться при работе с повторяющимися проблемами, такими как панические атаки, социофобия или злоупотребление алкоголем. Или же психотерапевт может нуждаться в помощи в применении межличностных навыков в новом контексте (например, как сообщить крайне сенситивному клиенту о том, что психотерапевт беременна и собирается брать декретный отпуск). Или же он может нуждаться в репетиции того или иного поведения. Например, психотерапевт может захотеть смоделировать, как консультировать клиента, дисрегулируемого чувством стыда и диссоциировавшегося во время сессии, а затем провести ролевую игру для практики и получения обратной связи. Либо же сильно ориентированный на изменения психотерапевт может принести запись сложного момента в терапии и попросить выдвинуть предположения о том, как валидировать клиента, а не раз за разом ориентировать его на изменения.

Иногда психотерапевт обладает нужными навыками, но сочетание эмоциональных реакций, установок, когнитивных процессов и содержания мыслей препятствует использованию их на практике. В таком случае группа применяет к психотерапевту соответствующее сочетание стратегий изменения. Например, психотерапевт попросила 20 минут консультационного времени, потому что начинала избегать телефонного коучинга с одной клиенткой. Группа помогла ей определить контролирующие переменные, провоцирующие страх. Психотерапевт быстро провела анализ поведенческой цепочки проблемной консультации, состоявшейся предыдущим вечером. Она обозначила длительность разговора как проблему. Проницательные вопросы со стороны участников группы помогли ей определить, что она чувствовала себя очень виноватой, когда заканчивала разговор. Это мешало ей провести 10-минутный разговор, как было запланировано. Когда психотерапевт и группа более подробно рассмотрели данный момент, она обнаружила, что не только чувство вины заставляло ее продолжать разговор. Клиентка провоцировала четкую последовательность событий. Когда психотерапевт разговаривала с ней дольше, такое поведение подкреплялось положительно за счет того, что клиентка это искренне ценила. Клиентка извлекала пользу из консультаций и в результате могла предотвратить множество кризисов. С другой стороны, когда психотерапевт заканчивала разговор в установленное время, клиентка выражала сильную боль и разочарование: таким образом, продолжение разговора позитивно подкреплялось избеганием такого негативного подкрепления. В этот момент один из участников сказал: "Вам необходимо обратиться к действию, оппозиционному необоснованному чувству вины..."

Заведите будильник ровно на 10 минут!" Это покорило психотерапевта, она почувствовала одновременно раздражение и стыд — комментарий упрощал проблему и предполагал, что она уже должна была решить ее. Другой участник группы понял данную реакцию и сделал шаг назад для определения проблемы: "Получается, дилемма, с которой вы столкнулись, заключается в том, что предлагаемая вами помощь действительно сделала возможными многие изменения; клиентка не смогла бы с этим справиться, не будь такой доступности с вашей стороны, но все же в связи с некоторыми вашими интересами и, следовательно, интересами вашей клиентки, нужно сократить время телефонных разговоров. Это так?" Психотерапевт подтвердила эти слова, и затем фасилитатор добавил: "А еще дело заключается в ощущении, что иногда чувство вины давит на вас, поэтому временами вам хочется без данного чувства оценить, в чем на данный момент заключаются самые важные интересы клиента".

Благодаря такому определению проблемы и валидации психотерапевт почувствовала, что ее понимают, и сказала: "Да. Дело в том, что я не чувствую себя свободной закончить разговор тогда, когда считаю нужным, мне кажется, что я должна оставаться на связи, в этом проблема. И после этого я осуждаю себя за то, что обращаюсь с клиенткой так, будто она очень хрупкая, что я не настолько тверда, как хотела, и... (Затем с огоньком в глазах.) Теперь я буду отмечать мое собственное время в групповых консультациях. Как насчет такого варианта — я буду следить за своим поведением и ощущениями, собирать конкретные примеры, а также начну анализировать, что я могу сделать, чтобы ситуация сложилась иначе".

Во время следующей встречи психотерапевт использовала свое время на размышления относительно терапевтических стратегий для получения клиенткой лучшего результата от телефонного коучинга. Данные стратегии включали в себя более тщательное инструктирование во время сессий, чтобы помочь клиентке привести в порядок мысли перед звонком, чтобы она могла начать с описания проблемы, а также с перечня навыков, которые она применяла. Психотерапевт также прибегла к самомониторингу и начала замечать более широкий паттерн проблемного копинга, когда разочарование других людей вызывало у нее чувство дискомфорта. Она начала делать паузы, чтобы восстановить безоценочное восприятие чувства стыда, вместо того чтобы немедленно броситься решать проблему дискомфорта. Группа снова и снова проводила ролевою игру, во время которой участники проигрывали завершение телефонного разговора в ситуации фрустрации, чтобы десенситизировать психотерапевта. Группа помогала психотерапевту экспериментировать с репликами, завершающими разговор, пока она не научилась реагировать подходящим образом.

И индивидуальный психотерапевт, и группа заняли активную позицию для решения проблем, мешающих психотерапевту обеспечивать клиентку качественной ДПТ.

Подтверждение эффективности группы: решение общих проблем

Дефицит времени требует от группы невероятных консультационных навыков. Разговор должен сохранять направленность, несмотря на сложность проблем, которые нужно решить. Навыки требуются тогда, когда психотерапевт испытывает сильные эмоции, особенно когда корректирующую обратную связь сложно дать и принять. Группа должна уделять внимание двум комплексам ожидаемых проблем: привычные способы ухода в сторону, когда группа обсуждает твои проблемы (что чрезвычайно всех раздражает), а также избегание конфликта и поляризованные реакции, возникающие у нас, когда сталкиваются обоснованные, противоположные мнения.

Уход в сторону; продолжение пути

Направленные групповые обсуждения являются редкостью — все мы участвуем в неупорядоченных, нецеленаправленных встречах. Некоторые раздражающие привычки человека препятствуют рациональному проведению встреч. Неэффективная консультация начинается, когда психотерапевт неправильно формулирует консультационный запрос, особенно если его содержание или манера коммуникации говорящего вызывают беспокойство у участников группы. Из желания быть полезными участники группы часто поспешно присоединяются к разговору, обычно предлагая способы решения проблемы до прояснения запроса или оценки проблемы. Даже когда психотерапевт выражается совершенно ясно, естественно, что групповое обсуждение уходит то в одну, то в другую сторону, если участники недостаточно внимательно следят за тем, чтобы их комментарии были направлены на решение актуальной проблемы. Иногда максимальных стараний оставаться четко сосредоточенным на проблеме все же недостаточно. Такое случается, когда проблема сама по себе настолько сложна, что обсудить ее в группе за короткое время просто трудно. Но группа может не осознавать этого, пока участники не предложат четыре противоречащих друг другу подхода к решению проблемы, основанных на совершенно разном ее понимании. Время истекло, психотерапевт остается

в еще более запутанном положении, чем был, когда начинал говорить о проблеме.

Такая предрасположенность к поведению, препятствующему консультированию психотерапевта, заставила Линехан предложить соображения, которые помогут участникам группы помнить основные принципы и сущность консультирования. Например, одному участнику группы можно дать роль “наблюдателя”, и когда он замечает проявления поведения, препятствующего консультированию, то напоминает о необходимости осознанности, чтобы группа смогла исправить свою работу. И все же большинству групп сложно исправить свою работу с помощью одного только инсайта. Прежде чем они смогут это сделать, им нужно тщательно попрактиковать необходимые навыки. Например, четкое формулирование консультационных запросов ведет к повышению качества консультации, потому что участники группы лучше увидят, какая помощь необходима. Психотерапевтам нужно сознательно попрактиковаться в большей четкости своих консультационных запросов, а затем получать обратную связь в виде перефразирования запроса другими участниками группы, чтобы все могли убедиться, что запрос понят правильно. Участники группы склонны просто вступать в разговор и начинать консультировать, не проверив, что они правильно поняли суть запроса. И снова, они могут сознательно отработать последовательность действий с паузами, необходимыми для перефразирования запроса, чтобы подтвердить требуемое, попросить уточнения, и если запрос ясен, *затем* перейти к консультации. Аналогично, участники группы иногда перепрыгивают к решению проблемы без ее оценки. Группа может попрактиковаться в установлении дисциплины, предлагая несколько перефразирующих комментариев, определяющих проблему, или другим образом валидируя психотерапевта или клиента, прежде чем предлагать идеи или способы решения проблемы.

Также частым явлением можно назвать уход в сторону от исходного консультационного запроса. Психотерапевт, попросивший о консультации, а также фасилитатор группы непосредственно отвечают за то, чтобы помнить точный консультационный запрос и контролировать, чтобы разговор не отклонялся в сторону. Другие участники команды также должны следить и проверять, не ушла ли консультация в сторону. Все же, хотя руководство разговором должно оставаться за психотерапевтом, в большинстве случаев для человека неизбежно уклоняться от избранного пути. Психотерапевт может слишком вдаваться в подробности, и таким образом суть запроса потеряется; участники группы могут увязнуть в собственных мыслях. Когда психотерапевт или группа отклоняются в сторону (что неизбежно случается со всеми), каждый, кто заметит это, должен проявить

инициативу и вернуть психотерапевта к обсуждаемой теме, перефразируя его изначальный запрос или повторив определение проблемы, как бы это произошло и при работе с клиентом.

Опять же, группе может быть выгодно осознанная практика продолжения пути. После того, как человек сделает консультационный запрос, один или два участника группы могут взять на себя функцию отслеживания того, чтобы разговор не уклонялся в сторону. Во-первых, психотерапевт практикует возвращение контроля над разговором, повторно заявляя о своих потребностях, говоря: “Ребята, это не то, что я хотела обсудить, — мне нужно X”. Психотерапевт может попрактиковать навык “заезженной пластинки” или другой навык межличностной эффективности, чтобы вернуть группу к полезной работе. Другая ситуация — когда *психотерапевт* сам мешает разговору, отклоняется, слишком уходит в описание подробностей, раздражается или эмоционально возбужден чьим-либо комментарием. Тогда фасилитатор или другой участник группы может попрактиковаться в корректировке процесса. Это осуществляется повторением изначального консультационного запроса или перефразированием определения обсуждаемой проблемы, а затем руководство дискуссией возвращается психотерапевту с помощью вопроса о том, это ли находится в центре внимания. Часто большие группы или ведущие много случаев с высокой степенью риска, не имеют времени на то, чтобы долго и подробно обсуждать какой-то момент, даже если это обоснованно. Группа часто нуждается в практике самодисциплины и возвращении снова и снова к более важной задаче удовлетворения запросов каждого своего члена.

Работа с противоположными точками зрения: возвращение к диалектической позиции

Когда один психотерапевт говорит: “Я нахожусь здесь, но мне нужно оказаться там” — другой участник может иметь противоположную точку зрения относительно того, что происходит в терапевтическом процессе и что нужно с этим делать. Поскольку каждый психотерапевт контролирует повестку встречи в течение своего консультационного времени, он может сказать: “Спасибо, я не смотрел на ситуацию с такой точки зрения” — и продолжить работать с идеями участников группы. Но он также может сказать: “Спасибо. Это не относится к ситуации по следующей причине...” Такой ответ указывает на то, что психотерапевт рассматривал такую позицию, но считал более полезным направить разговор в другое русло. Достоинство группы заключается в том, что предлагаются многие противоположные взгляды; фактически, у клиента есть шесть-восемь талантливых психотерапевтов по цене одного. Тем не менее, иногда случается так,

что один или несколько участников группы или же ее фасилитатор считают что-то очень важным для работы, но психотерапевт с этим не согласен. Полезное расхождение во взглядах рискует оказаться жесткой поляризацией.

В случае с Иветт, описанном в главе 5, ее психотерапевт встретила с экспертной консультационной группой между получением неразборчивого голосового сообщения от клиентки, где она сообщала о самоповреждениях, и следующей сессией Иветт. Когда психотерапевт обратилась за консультацией, менее опытный участник группы, задействованный в работе дневного стационара, который посещала Иветт, предложил неэмпатичное объяснение ее поведения. Он рассказал, что Иветт получила отказ от одной медсестры, когда просила ее дать болеутоляющее, ссылаясь на мигрень, и тогда она очаровала другую медсестру настолько, чтобы та дала ей медикаменты. Его тон предполагал, что психотерапевт по своей наивности не видит, каким “манипулятором” является Иветт. Использование диалектической позиции и стратегий при взаимодействии между участниками группы оказалось полезным. Психотерапевт “полезла на рожон” и просто описала свои переживания безоценочным, деловым тоном: “Не думаю, что эта история мне поможет. Я не считаю Иветт манипулятором, а себя настолько наивной, чтобы не замечать этого. Я не хочу тратить на этот вопрос то небольшое консультационное время, которое у меня есть”. Более опытный участник группы выступил вперед: “Ах да, то, что мы здесь расходимся во мнениях, стоит нам времени! Похоже, вы подошли к слону немного с разных сторон. Но, учитывая то, что вы (*кивает психотерапевту*) вместе со слонем находитесь в состоянии кризиса, скажите нам еще раз, в чем вам нужна помощь?” Другой участник предложил определение консультационного запроса. “На вашем месте мне бы понадобилось время, чтобы привести мысли в порядок, потому что вы пытаетесь консультировать ее во время суицидального кризиса и при этом сделать так, чтобы она не оказалась в больнице, верно? Что скажете насчет того, чтобы поделиться с нами последовательностью ваших мыслей, а затем уточнить, в чем именно вам нужна помощь?”

Когда участники группы придерживаются противоположных точек зрения, как в данном примере, им нужно помнить, что они применяют ДПТ по отношению к психотерапевту. Нужно делать то, что необходимо для сдерживания осуждающих или уклоняющихся от темы комментариев, помогать психотерапевту собраться, если в этом есть необходимость, а также направлять всех участников группы на такой разговор, который поможет эффективно решить проблемы. В целом группе полезно определить практические шаги для сохранения полезного расхождения во взглядах в разго-

воре и избегания бесполезной поляризации. Один из способов, которым можно этого добиться, — зачитывать консультационное соглашение, или хотя бы одно из положений, в начале каждой встречи в качестве напоминания основных принципов, придерживаться которых согласилась группа (Linehan, 1993a). Другая полезная идея заключается в том, чтобы активно валидировать противоположные точки зрения посредством перефразирования, пока не получите от каждого участника кивок в подтверждение, что вы поняли его точку зрения. В очень сложных случаях для фасилитатора может быть полезно продолжать структурирование разговора, попросив участников группы сохранять контроль над ситуацией и следя за тем, чтобы они не перебивали его, а также используя доску для отображения расходящихся взглядов и настаивая на том, чтобы группа возвращалась к пониманию и валидации противоположных точек зрения.

Как группа работает с препятствующим терапии поведением психотерапевта

Наиболее важный способ, позволяющий участникам группы помогать друг другу, заключается в выявлении поведения, препятствующего терапевтическому процессу, на которое психотерапевт сам не обращает внимания. Личные проблемы психотерапевта, а также слабости и недостатки могут стать ощутимыми препятствиями для его работы с клиентами или группой. В результате психотерапевт получает депрессию и хроническую боль, слишком напряжен из-за сильной перегрузки, привыкает к таким способам совладания с проблемами, которые приводят к снижению заботы о клиенте, и потому вполне обоснованно может стать целью групповой проработки.

Конечно, проблема заключается в том, что когда кажется, что у коллеги проблемы, нам сложно сказать об этом. Мы молчим. Например, психотерапевт описывала раздражающе эпизодическую посещаемость своей клиентки и ее опоздания (когда клиентка вообще удосуживалась явиться), которые приводили к тому, что единственной целью, над которой они успевали поработать, были ее проблемы с посещаемостью. Психотерапевт напомнила группе о том, что эта же проблема неоднократно приводила к тому, что клиентку увольняли с работы, а психотерапевты отказывались с ней работать. Она закончила словами о том, что, возможно, пора позволить клиентке закончить работу в программе. Группа, развивая данную тему, припомнила, что проблемы клиентки с посещаемостью обострились после того, как ее психотерапевт сама пропускала сессии из-за проблем со здоровьем и посещения врачей. Участник группы, знавший психотерапев-

та лучше всего, заметил, что тогда она выглядела раздраженной и подавленной. Психотерапевт стала менее дружелюбной и эмоционально вовлеченной, и коллега предположил, что это могло повлиять на терапевтические отношения. Человеку естественно избегать разговоров о проблеме, которую все знают, но предпочитают игнорировать, — в данном случае это вероятность того, что психотерапевт сыграла определенную роль в низкой посещаемости со стороны клиентки и, следовательно, должна измениться сама, чтобы изменить клиентку.

Многие аспекты в подобных ситуациях мешают тому, чтобы о таких вещах говорить настолько свободно, насколько это необходимо. Во-первых, мы часто не принимаем негативную обратную связь. Во-вторых, психотерапевты так сенситивны! Если вы хотите заставить психотерапевта страдать, скажите ему, что он не помогает своим клиентам. Если мы воспринимаем себя как “хороших психотерапевтов”, иная обратная реакция может вызвать у нас страх. Это создает проблему, связанную с недостатком времени. Если вы критикуете работу коллеги, даже если делаете это очень деликатно или — неумышленно — менее деликатно, это может плохо закончиться. Коллега не соглашается с вашей реакцией, говорит, что вы заблуждаетесь, или же косвенно сообщает о том, что испытывает боль или злость. Конечно, вам хочется прояснить ситуацию, кто-то присоединяется к разговору, и вы ходите вокруг да около, часто даже не пытаясь привести мысли в порядок и расставить все на свои места. В результате один из вас сдается и произносит: “Ох, хорошо. Давайте продолжим”. Но такие вещи не всегда воспринимаются спокойно, они могут вызвать раздражение. Сложно говорить о проблеме так, чтобы не занять оборонительную позицию, но и игнорировать ее нельзя. Хотя предоставление честной обратной связи может быть неосторожным шагом, но без нее не будет действительно близких дружеских отношений, невозможно будет идти на риск, продвигаться дальше, или же группа в итоге придет к разрыву отношений. Участники начнут ее покидать.

Все это может быть еще сложнее, если человек, которому нужно дать неприятную обратную связь, лидер группы. Когда лидер группы — самый старший, самый компетентный человек, участники не дают нужной обратной связи, даже если он открыт к ее восприятию. Участники группы могут сомневаться в том, что способны добавить что-то полезное; они могут полагаться на большой опыт лидера или же искренне не знать, что еще можно предложить помимо того, о чем он уже подумал. В других ситуациях лидер может не очень хорошо воспринимать критику и испытывать сложности с тем, чтобы “снять корону” и сохранять объективность во время консультационной встречи. Противодействие таким естественным

препятствиям требует слаженной работы лидера и участников группы; им нужно научиться переносить чувство дискомфорта, порой возникающее при обеспечении необходимой обратной связи. Лидеру группы может быть особенно полезно найти внешнего консультанта для совместного обсуждения случаев, который сможет даже присутствовать на групповых встречах и давать комментарии относительно улучшения группового процесса.

Несмотря на естественную для человека склонность избегать подобных сложных ситуаций, такой вариант в ДПТ неприемлем. Мы разделяем ответственность и клинический риск. Как консультантам нам нужно отрабатывать те же навыки, которые необходимы в работе с сенситивными клиентами, и нам необходимы диалектические, взаимодействующие подходы к работе над поведением, препятствующим терапевтическому процессу. В обстоятельствах, когда нужно предоставить или принять сложную обратную связь, все определяют валидация и стилистические стратегии. Участникам необходима способность легко и естественно подчеркивать то, что является проблемным, а также описывать это безоценочно. Участник, сделавший запрос о консультации, должен быть настойчивым, в частности, использовать необоронительную технику “заезженной пластинки”, предполагающую открытость к честной критике и стрессоустойчивость, так что коллеги могут не смягчать удары. Например: “Скажите, как вы думаете, то, что я делаю, является проблемным?.. Отлично, а что еще я могу улучшить?.. Замечательно, может, вы видите еще что-то, над чем нужно поработать?”

Вернемся к психотерапевту с проблемами со здоровьем, клиентка которой характеризуется проблемной посещаемостью. После выслушивания проблемы один из участников группы произнес искренним, добрым голосом: “О да, она действительно способна фрустрировать кого угодно! Даже сложно помнить о том, что она делает все, что в ее силах”. Эти слова привлекли к разговору наиболее резкого участника группы, который сказал с безупречно каменным выражением лица: “Зачем мы вообще пускаем сюда этих людей с проблемами?” Вся группа, включая психотерапевта, смеялась до колик в животе. Когда смех утих, другой участник группы включился в разговор и “полез на рожон”, сказав совершенно безоценочным тоном: “Мэри, я сомневаюсь, стоит ли спрашивать у вас, не повлияли ли ваши отлучки, связанные со здоровьем, на посещаемость клиентки, но мне не хочется обращаться с вами так, будто вы очень хрупкая, понимаете, или предполагать, что вы будете защищаться. Поэтому хотелось бы знать, может, вы согласитесь с тем, что это тоже могло сыграть свою роль”. В данном случае психотерапевту предлагается безоценочно и необоронительно

взглянуть на себя и сделать шаг, чтобы принять сложную проблему. Еще один участник группы тоже играет свою роль — не вмешиваться в разговор в попытках спасти психотерапевта. Если ее поза будет выражать, что она не может справиться с этим, другим следует выразить безоценочность и солидарность с помощью валидации и самораскрытия. В данном случае один из них может сказать: “Знаете, это заставляет меня думать о том, как Марла прервала терапию, когда у моего ребенка были все эти проблемы в школе... Думаю, как команда мы не разработали хороший подход ко всем этим людям с нерегулярной посещаемостью, особенно когда психотерапевту нужна помощь, чтобы справиться со всем этим”.

Тем не менее, несмотря на усилия группы, психотерапевт реагировала оборонительно, говоря о том, как усложнилась ее жизнь, что расширить свои границы для нее невозможно, как и проводить дополнительную работу, необходимую для того, чтобы вернуть клиентку к нормальной посещаемости. Тогда группа поляризовалась: одни считали, что команда слишком давит на психотерапевта, даже в том, что принуждает ее к этому разговору; другие же беспокоились о клиентке и настаивали на том, что, скорее, следует составить выполнимый план работы, а не позволять ей оставить программу. В определенный напряженный момент один из участников произнес: “Послушайте, не хочу быть грубым, но мне кажется, что нам сейчас нельзя забывать о реальности, и всем больно видеть, как вы страдаете из-за проблем со здоровьем. Вы — опора нашей группы. До сегодняшнего дня я не понимал, как это сложно, и из-за этого я чувствую себя ужасно. Вам нужна помощь, и я могу взять на себя ведение вашей группы тренинга навыков или даже месяц поработать с вашей клиенткой”. Психотерапевт сказала: “Когда я вас слышу, мне хочется только защищаться. Я не инвалид!” Группа затаила дыхание, каждый в сильном напряжении. Проблема, о которой все предпочитали не говорить, была открыто названа. Затем участник группы продолжил: “Нет, вы не инвалид, вы «Феррари», неожиданно обнаружившая, что ее протаранила «Тойота», но пытающаяся как-то не отстать от своего клиента «Мазератти»... Я не знаю, мне за вас страшно, как и за нее, друг мой. Мне кажется, нам нужно вызвать эвакуатор и сбавить скорость, чтобы хорошо обдумать ваши существующие границы, не такие, как хотелось бы, увы, и то, как это должно отразиться на вашем терапевтическом плане для этой клиентки”. Затем он очень чутко сказал: “Нам нужно разобраться с этим. Мы не можем позволить вам и дальше притворяться, что вы настолько же выносливы, как раньше, и вас ничто не беспокоит. Мы — команда, и нам нужно как-то вместе браться за дело. И мы не можем без боя позволить клиентке уйти. Что, на ваш взгляд, нужно делать дальше?”

Психотерапевт сказала, что хочет подумать над этим; ей было сложно оставаться открытой, но она доверяла группе. На той же неделе психотерапевт встретила со своим супервизором, который одобрил поведение группы: она не могла полностью погрузиться в работу и использовать все свои силы. В собственной личной терапии она начала болезненную работу над принятием результата, к которому привели ее проблемы со здоровьем, а также над обдумыванием своих новых границ, которые ей нужно определить для дальнейшей работы с наилучшим результатом. Она решила сократить свою практику наполовину и работать только по утрам. При следующей встрече с клиенткой психотерапевт поделилась с ней мыслями о том, как состояние ее здоровья негативно сказалось на терапевтическом процессе. Когда она открыто заговорила с клиенткой о своих собственных границах, они начали искать пути решения проблемы и пытаться определить, какие изменения каждая из них может привнести, чтобы решить проблему посещаемости. Когда клиентка поняла потребность психотерапевта проводить встречи по утрам, стало ясно, что для клиентки это было затруднительно, поскольку она работала по ночам. На то, чтобы сменить график работы, понадобятся месяцы. В течение разговора клиентка становилась крайне дисрегулированной страхом и злостью на психотерапевта, реагируя чувством безнадежности и пассивностью. Когда это происходило, психотерапевт успокаивала ее, валидировала и работала над эмоциональной дисрегуляцией, продолжая решать проблему ограничений по здоровью, с которой они обе столкнулись. Несмотря на все усилия, они зашли в тупик — границы психотерапевта не удавалось совместить с позицией клиентки. Хотя иногда это говорит о том, что психотерапевту нужно расширить границы, хотя бы временно, в данной ситуации такой вариант не рассматривался. Психотерапевт выразила искреннее желание, чтобы ее здоровье и границы были иными, поскольку она по-прежнему чувствовала себя ответственной за клиентку, но та вела себя холодно и пассивно. Психотерапевт описала это как дезадаптивное избегающее поведение, валидировала то, что клиентка в данный момент могла испытывать сильную боль, гнев и страх, и заинтересовалась, не лучше ли будет поучаствовать в одной-двух сессиях группового тренинга навыков, к ведущему которого клиентка испытывала симпатию, а не поддаваться порыву отказаться от всей программы. В результате это привело к тому, что клиентка благополучно перешла к другому психотерапевту, хотя и не без страданий каждой из сторон.

Следует обратить внимание на то, что в ДПТ процесс обозначения границ — это действительно выяснение отношений, а не комплекс регулирующих правил. Психотерапевт отмечает влияние поведения клиента и

собственных жизненных обстоятельств, затем оба — психотерапевт и клиент — должны, как в любых отношениях, разобраться в потребностях и желаниях обеих сторон так тщательно, как только смогут. В упомянутом примере клиентка и психотерапевт не были способны прийти к соглашению, но результаты расставания для каждой из них были лучше тех, к которым привело бы игнорирование проблем. Данные результаты стали возможны благодаря способности группы консультировать своего участника с использованием диалектического равновесия, прочувствованной валидации и требования немедленных изменений.

ПРИМЕНЕНИЕ ДПТ ПСИХОТЕРАПЕВТАМИ ПО ОТНОШЕНИЮ К СЕБЕ

Психотерапевт постоянно испытывает сложные эмоции при работе с клиентами и за пределами сессии. Сложные эмоции могут быть вызваны поведением клиента или обстоятельствами (например, трагическими событиями в жизни клиента), либо собственными терапевтическими ошибками, неудачами в установлении границ, а также личным опытом. Обычные способы, которые помогают или не помогают нам регулировать эмоции, могут привести к выгоранию. Как и в случае с клиентами, часто поведение, препятствующее терапевтическому процессу, является следствием трудностей в эмоциональной регуляции. Например, в конце сессии клиент сказал психотерапевту о своих сомнениях в том, что психотерапия хоть в чем-то ему помогает. Психотерапевт точно не знала, воспринимать это как важную обратную связь, проблему клиента (то есть можно предположить, что таким образом с его стороны проявляется избегание) или как и то и другое. Психотерапевт задала множество вопросов, чтобы определить контролирующие переменные для комментария клиента. Это привело к тому, что она перестала обращать внимание на время и сессия закончилась позже, чем должна была. Позднее окончание, в свою очередь, означало, что психотерапевту нужно поторопиться, чтобы успеть на бейсбольный матч, в котором играет ее сын. Она опоздала, пропустив ключевые моменты игры. Сидя на трибуне, испытывая неприятные эмоции после событий дня, психотерапевт безуспешно пыталась наслаждаться игрой.

В ДПТ вы активно работаете над собственным поведением, которое препятствует терапевтическому процессу, используя диалектико-поведенческие навыки и применяя терапевтические принципы к себе самому. Вы начинаете с самомониторинга. Он не обязательно должен быть формализо-

ваным — иногда достаточно надписи на обратной стороне конверта или на листочке для записок. В упомянутом примере психотерапевт заметила, что почувствовала себя дезорганизованной новым клиентом, и начала прослеживать последовательность трудных эмоций, связанных с работой, и того, как она с ними справлялась. На рис. 7.2 представлен пример схемы самомониторинга, набросанный ею на листе бумаги. После нескольких недель наблюдений за собой она определила две проблемы, имеющие отношение к ситуации. Во-первых, в разных ситуациях общим знаменателем были ее сомнения в том, как понимать безнадежные заявления клиента и как на них реагировать, особенно в условиях медленного или минимального терапевтического прогресса. Это оказывало наиболее отрицательное влияние на ее эмоции, если случалось в конце дня, когда она уже была уставшей.

Дата: 10 мая	Ситуация: последняя сегодняшняя сессия; Z (клиент) высказал обезнаделяющее утверждение об отсутствии прогресса, сессия задержалась из-за попыток понять сомнения клиента (пропустила начало игры сына)				
Сложные личные реакции (мысли, ощущения, чувства)	Раздражение (“Зачем мне это нужно?”), беспокойство, неуверенность (“Ему нужен психотерапевт получше”), ощущение напряжения под ложечкой				
Уровень стресса/тревоги (при первом случае)	Не испытываю дистресса/ беспокойства		Крайне сильный дистресс/ беспокойство		
	1	2	3	④	5
Способы решения проблемы (моя реакция на собственные переживания)	Фантазии о том, чтобы оставить работу; сердусь на себя за то, что позволила себе опоздать на игру — мысли о том, насколько это типично для меня; стыд/упадок духа — я должна была лучше с этим справиться; попытки отгородиться от всего этого и наслаждаться вечером				
Краткосрочный эффект	Отсутствие эффекта		Очень эффективно		
	1	2	③	4	5
Долгосрочный эффект	Отсутствие эффекта		Очень эффективно		
	①	2	3	4	5

Рис. 7.2. Дневниковые записи для работы над решением проблемы (на основе работы Hayes, 2006)

Во-вторых, она увидела, что ее попытки справиться со сложными эмоциями были малоэффективны и фактически оставляли ее в исходном состоянии: постоянная борьба и обвинение себя или клиента в том, что изменения происходят медленно. Она нуждалась в терапевтическом мини-плане, для того чтобы уменьшить эмоциональное истощение и избавиться от того, что отнимает ее энергию, нужную для клинической работы. Психотерапевт набросала два анализа поведенческих цепочек, во-первых,

пытаясь найти контролирующие переменные обезнадеживающего заявления клиента, во-вторых, отыскивая контролирующие переменные собственных проблемных реакций на такие заявления. Чтобы найти способы решения данных проблем, она принесла выполненный анализ поведенческих цепочек на встречу экспертной консультационной группы. Активная работа группы позволила составить список практических решений проблемы препятствующего терапевтическому процессу поведения со стороны психотерапевта, как показано на рис. 7.3.

Анализ поведенческих цепочек **Факторы уязвимости**

Конец дня, усталость

Провоцирующее событие (события)

Клиент делает обезнадеживающее заявление, указывает на то, что терапия не помогает

Связывающие звенья

Замешательство/сомнения

1. Является ли это проблемой или прогрессом в данной ситуации?
2. Эффективна ли психотерапия?

Целевое проблемное поведение

Резкий переход от оценивания проблемы к попыткам ее решить, непродуктивное беспокойство и пережевывание мыслей; попытки избежать дистресса, не делая ничего, что снизит вероятность повторения такой ситуации в будущем

Последствия

Повторяющееся сильное подкрепление со стороны клиента, особенно когда он выражает надежду, — как выигрыш в казино!

Анализ способов решения проблемы **Альтернативные реакции**

- Наблюдение и описание переживаний “здесь и сейчас”
 - Обучение фразе для подобных ситуаций: “То, что вы говорите, важно для меня, слишком важно, чтобы мы поверхностно обсуждали данный вопрос в конце сессии, когда у нас на это нет времени”. Затем запланируйте, когда и как вы это обсудите.
 - Используйте для подсказок терапевтический план, консультации экспертной консультационной группы, чтобы работать над собственными сомнениями относительно эффективности терапии.
 - Уточните концептуализацию случая — как такое поведение работает в случае данного клиента?
 - Для дней, когда ваш сын играет, пересмотрите рабочий график, чтобы убедиться, что будете работать только с простыми клиентами, последний час оставляйте для бумажной работы, а не для работы с клиентом.
- #### Альтернативные реакции
- Обращайте внимание и описывайте имеющиеся переживания беспокойства и сомнений в качестве ежедневной практики навыка осознанности каждый раз, когда вы их испытываете.
 - Полностью примите то, что сомнения и замешательство являются частью работы.
 - В сложные рабочие дни больше заботьтесь о себе.

Анализ поведенческих цепочек и способов решения проблемы препятствующего терапевтическому процессу поведения психотерапевта

Как можно убедиться на данном примере, диалектико-поведенческий терапевт активно использует навыки из всех модулей ДПТ. Во многих клинических ситуациях изменения невозможны или труднодостижимы и медленны, и психотерапевту требуются навыки, чтобы принять ситуацию такой, какая она есть, и отталкиваться от нее. По этой причине в ДПТ

психотерапевт практикует базовые навыки осознанности, осознанной готовности, изменения сознания, полного принятия, постоянно развивая свою осознанность. ДПТ не требует от психотерапевта формально установленной практики медитации (например, ежедневно 45 минут практиковать сидячую медитацию вдобавок к практике навыков осознанности, с которых начинается каждая встреча экспертной консультационной группы). Тем не менее, диалектико-поведенческий терапевт должен хотя бы на приемлемом уровне упражняться в применении навыков и на практике обучаться им, а не просто понимать их рационально (Dimidjian & Linehan, 2003, p. 427). Применение навыков самим психотерапевтом является основой всего, что мы делаем в ДПТ: в каждом взаимодействии вы используете наблюдение, описание и участие (действуете интуитивно с точки зрения мудрого разума), практикуетесь в осознанности (ни хорошо, ни плохо), сосредоточении на происходящем и эффективности (сосредоточение на том, что работает).

Использование навыков осознанности и полного принятия может проявляться по-разному в контексте клинической работы. Фултон (2005) поясняет, что применение навыков осознанности психотерапевтом варьируется от его малозаметного влияния до открытого применения в работе с клиентами. Как утверждает Фултон, с точки зрения влияния на психотерапевта практика навыков осознанности может развить большую способность быть внимательным и сосредоточенным, переживать сострадание и эмпатию, а также видеть страдание в более широкой перспективе. В ДПТ психотерапевт снова и снова налаживает связь с клиентом и собственным опытом, внимательно наблюдая, замечая и отпуская привычку судить, привязываться и избегать. Психотерапевт осознанно практикуется, чтобы развить такое состояние сознания, которое поможет ему воспринимать всякий опыт дружелюбно, становясь похожим на солнце, которое для всех светит одинаково. Психотерапевт практикуется, постоянно осознавая свое дыхание и прислушиваясь; прислушиваясь, он слегка улыбается, безоценочно замечая и описывая то, что происходит во взаимодействиях (Linehan, 1993b). (Существует множество замечательных источников на эту тему, например Wilson & DuFrene, 2008.)

Иногда навыки осознанности используются вместе с другими навыками. Например, во время сессии один психотерапевт обнаружил, что его раздражает поведение клиента, а именно опоздание на 20 минут без предупредительного звонка, что тот задерживается. Если бы психотерапевт знал, что у него есть 20 минут, он потратил бы это время на совершение необходимых звонков или на бумажную работу, но вместо этого он все это время выглядывал клиента, что разозлило его. Когда клиент начал объяс-

няться, психотерапевт обратился к навыку оппозиционного действия, чтобы снизить интенсивность раздражения, вслух валидируя поведение клиента, говоря о том, что иным его поведение быть и не могло. Безоценочно воспринимая свои эмоции, а также зная, что для него обычно гнев является вторичной реакцией, психотерапевт заметил, что первичными эмоциями были разочарование и беспокойство. Немного успокоившись, он описал свое разочарование клиенту, и они вместе обсудили, как сделать так, чтобы в следующий раз ситуация сложилась иначе.

В другом случае психотерапевт может применять навыки осознанности, чтобы понять малозаметные факторы, которые могут иметь отношение к поведению, препятствующему терапевтическому процессу. Например, два клиента психотерапевта сообщили о том, что в общении с ним они чувствуют себя униженными, потому что им кажется, что он на них смотрит свысока, хотя ни один из них не смог определить, что именно вызывает данное ощущение. Для психотерапевта это было большим стрессом, поскольку его намерения и чувства были прямо противоположны тому, что воспринимали клиенты. С участником экспертной консультационной группы он провел ролевою игру, оба часто делали паузы, чтобы проанализировать свои переживания. Способность коллеги к осознанности помогла определить, что, когда психотерапевт заинтересован, он выпрямляется и его взгляд становится пронизывающим, — и тот, на кого он направлен, воспринимает его как критически изучающий и всепроникающий. Воспринимать обычное дружелюбие психотерапевта в такой ситуации становилось сложно. Навыки осознанности в их взаимодействии во время ролевой игры позволили психотерапевту определить малозаметную, но весьма немаловажную личную особенность, негативно проявляющуюся в работе с клиентами. Данный инсайт, а также размышления и использование результатов исследования, проведенного Гилбертом (2009), позволили психотерапевту быстро добиться нужных изменений — усилить вербальное выражение дружелюбия, замедлить темп речи и освоить более расслабленную позу, — чтобы уравновесить сужение внимания, так резко проявляемое им, когда вспыхивала эмоция интереса или сильного любопытства.

Иногда психотерапевт прорабатывает свое поведение, препятствующее терапевтическому процессу, с помощью полного принятия. Например, как показано на рис. 7.3, психотерапевт, борющаяся с выгоранием, сделала свои сложные реакции объектом для практики навыков осознанности. Отрешившись от эмоций, она просто наблюдала то, что Фултон (2005) назвал “маятником самодовольства”, — когда у клиентов все было в порядке, она чувствовала себя хорошо; когда они были в не очень хорошей ситуа-

ции, это “портило ей настроение”. Это было очень предсказуемо, до скуки предсказуемо (наблюдение велось в течение нескольких недель). В другом случае участница экспертной консультационной группы начала практиковать навыки осознанности, слушая шум дождя одним ненастным пятничным днем в Сиэтле, когда прогноз погоды обещал дожди на всю предстоящую неделю. Практику предваряла история о том, что ее брат впервые за несколько лет приехал в Сиэтл и они хотели сыграть на том же поле для гольфа, на котором играли, когда были детьми. Но вот они здесь, и ситуация не такая, как хотелось бы. Все утро она слушала шум дождя и практиковалась в полном принятии, а также предложила группе присоединиться к ней. Психотерапевт прислушивалась к шуму дождя и, заметив, что недовольна ситуацией, делала мысленную отметку: “Да, именно так все и есть сейчас: идет дождь”. Она говорила об ощущении комка в горле и о том, что “перехватило дыхание” в результате нахлынувшего разочарования, а также делала другие мысленные отметки: “напряжение”, “грусть”. Она отмечала мысли и возражения, а также построение планов, возникающих в связи с простым принятием “того, что есть”. Она провела параллель с клинической работой: “Если вы работаете с людьми, которые действительно страдают, это причиняет боль. Вы будете чувствовать себя запутавшимися, беспомощными, разбитыми — много, много сложных эмоций — дождь идет там, где страдают люди”. Группа совместно практиковалась в течение нескольких минут, слушая шум дождя и полностью принимая все, что приходит, делая мысленную отметку: “И это тоже есть”.

Психотерапевт адаптировала данную практику полного принятия для использования в конце каждого рабочего дня. Она пять минут смотрела на календарь, кратко вспоминая каждого клиента, чтобы понять, “не идет ли дождь”, — то есть старалась почувствовать и принять все так, как оно складывается, полностью принять абсолютно все, как бы трудно это ни было, просто таким, каким оно есть. Чтобы закончить практику, она искренне, по-доброму улыбалась. “Да, именно так все и есть сейчас”.

Благодаря такой практике полного принятия используемые психотерапевтом стратегии изменения приобрели легкость. Даже ее эскапистские фантазии о смене рода деятельности изменились. Психотерапевт начала использовать данные мысли в качестве сигнала: когда они возникали, это означало, что произошло нечто проблемное. Что их вызвало? Психотерапевт также воспринимала их как намеки на то, какими интересными видами деятельности она могла бы заняться, чтобы гармонизировать свою жизнь. Частота возникновения сложных эмоций практически не изменилась, но позиция “Все хорошо; что бы ни происходило в данный момент, с этим можно справиться” дала ей необыкновенную свободу.

С наиболее принципиальной точки зрения можно сказать, что участники экспертной консультационной группы стремятся развивать свои навыки и эмоциональные способности.

Атмосфера консультирования, общность психотерапевтов, совместно занятых работой с общими клиентами, наилучшим образом характеризует группу ДПТ. Все мы люди, все мы в одной лодке, и мы делаем все, что в наших силах, отталкиваясь от того, что нам дано. В нас больше общего, чем различий, мы все уязвимы, все страдаем, пытаюсь отыскать свой путь. В наиболее полном и глубоком смысле, когда мы вместе с нашими клиентами и участниками группы переживаем самые тяжелые моменты, наши чувства можно выразить следующими словами: “Такое могло бы случиться и с нами, но Бог смилостивился и решил иначе”.

Источники и литература

Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (4th ed., pp. 216–249). New York: Guilford Press.

Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.). (2010). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Becker, C. C., & Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 107–122.

Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067–1074.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. (2009). A biosocial developmental model of BPD: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495–510.

Dimeff, L. A., & Koerner, K. (Eds.). (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.

Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Mindfulness practice. In W. O'Donohue, J. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy* (pp. 229–237). New York: Wiley.

Ebner-Priemer, U. W., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B., Weiss, I., et al. (2005). Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: A startle response study. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 85–92.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.

Feeny, N. C., Zoellner, L. A., & Foa, E. B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: A preliminary examination. *Journal of Personality Disorders*, 16, 30–40.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.

Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953–964.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487–499.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D., & Murdock, T. (1991). Treatment of post traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. London: Cambridge University Press.

Fruzzetti, A. E., Santisteban, D. A., & Hoffman, P. D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 222–244). New York: Guilford Press.

Fulton, P. R. (2005) Mindfulness as clinical training. In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Gladwell, M. (2008). *Outliers: The story of success*. New York: Little, Brown.

Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt.

Goldfried, M. R., Burckell, L. A., & Eubanks-Carter, C. (2003). Therapist self disclosure in cognitive-behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 555–568.

Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., et al. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2018–2024.

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2008). Integrating dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat co-occurring borderline personality disorder and PTSD: Two case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 263–276.

Hart, J. (2007). *A writer's coach: The complete guide to writing strategies that work*. New York: Anchor Books.

Hayes, S. C. (2006). *Get out of your mind and into your life*. Oakland, CA: New Harbinger.

Hayes, S. N., & O'Brien, W. O. (2000). *Principles of behavioral assessment: A functional approach to psychological assessment*. New York: Plenum/Kluwer Press.

Hembree, E. A., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 117–127.

Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. London: Plenum Press.

Jaycox, L. H., & Foa, E. B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 176–184.

Juengling, F. D., Schmahl, C., Hesslinger, B., Ebert, D., Bremner, J. D., Gostomzyk, J., et al. (2003). Positron emission tomography in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 109–115.

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.

Linehan, M. M. (1996). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In B. Schmitz (Ed.), *Treatment of personality disorders* (pp. 179–199). Germany: Psychologie Verlags Union.

Linehan, M. M. (1997a). Behavioral treatments of suicidal behaviors: Definitional obfuscation and treatment outcomes. In D. M. Stoff & J. J. Mann (Eds.), *Neurobiology of suicide: From the bench to the clinic* (pp. 302–328). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.

Linehan, M. M. (1997b). Validation and psychotherapy. In A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353–392). Washington, DC: American Psychological Association.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline clients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.

Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behavior and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K., Shaw-Welch, S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13–26.

Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline clients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971–974.

Linehan, M. M., Schmidt, H., III, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for clients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, 8, 279–292.

Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline clients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771–1776.

Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 131–143.

Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical Behavior Therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33–45.

Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2006). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181–205.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed). New York: Guilford Press.

McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., et al. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 515–524.

Meadows, E. A., & Foa, E. B. (1998). Intrusion, arousal, and avoidance: Sexual trauma survivors. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 100–123). New York: Guilford Press.

Miller, A. L., Rathus, J. H., DuBose, A. P., Dexter-Mazza, E. T., & Goldberg, A. R. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York: Guilford Press.

Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78–83.

O'Donohue, W., & Fisher, J. E. (Eds.). (2009). *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Porr, V. (2010). *Overcoming borderline personality disorder: A family guide for healing and change*. New York: Oxford University Press.

Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4, 155–169.

Robitschek, C. G., & McCarthy, P. R. (1991). Prevalence of counselor self-reference in the therapeutic dyad. *Journal of Counseling and Development*, 69(3), 218–221.

Rogers, C. R., & Truax, C. B. (1967). The therapeutic conditions antecedent to change: A theoretical review. In C. R. Rogers, E. T. Gendlin, D. J. Kiesler, & C. B. Truax (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (p. 101). Madison: University of Wisconsin Press.

Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1173–1185.

Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634.

Salzberg, S. (2006). *Insight meditation: A step-by-step course on how to meditate*. Sounds True Press.

Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2011). The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, 163–183.

Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. J. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 372–379.

Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 1061–1065.

Tomkins, S. (1963). *Affect, imagery and consciousness: The negative affects*. New York: Springer.

Tomkins, S. (1983). Affect theory. In P. Ekman (Ed.), *Emotion in the human face* (pp. 137–154). New York: Cambridge University Press.

Truax, C., & Carkhuff, R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W., & Callaghan, G. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York: Springer

van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1231–1241.

Verheul, R., van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 182*, 135–140.

Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1997). Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and borderline personality disorder. In M. Zanarini (Ed.), *The role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 203–223). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (2006). Applications of Dialectical Behavior Therapy to PTSD and related problems. In V. Follette & J. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (2nd ed., pp. 117–145). New York: Guilford Press.

Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2008). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1733–1739.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder clients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 28–36.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline clients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 19–27.

Zayfert, C., DeViva, J. C., Becker, C. B., Pike, J. L., Gillock, K. L., & Hayes, S. A. (2005). Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a “real world” clinical practice. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 637–645.

Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 420–428.

Zinbarg, R. E., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Therapist guide* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Лайнен М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: Пер. с англ. — М.: ООО “И. Д. Вильямс”, 2008. — 592 с.: ил.

Лайнен М. М. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности: Пер. с англ. — М.: ООО “И. Д. Вильямс”, 2016. — 336 с.: ил.

Предметный указатель

А

- Айкидо 20
- Активная пассивность 35, 55
- Анализ заданий 39, 135
- Анализ поведенческой цепочки 39, 75, 76, 80, 81, 83, 85, 88, 89, 96, 99, 100, 103, 106, 113, 131, 132, 135, 145, 146, 155, 179, 180, 202, 204, 221, 227, 229, 231-233, 241, 243, 244, 256, 258, 270
- Анализ способов решения проблем 39
- Арахнофобия 30, 177, 179
- Атипичный психоз 101
- Аутоагрессия 24, 58, 60, 61, 67, 68, 70, 73, 80, 81, 83, 84, 105, 115, 218, 230, 236, 240
- Аффективное расстройство 58
 - биполярное 101

Б

- Биологическая уязвимость 27, 28, 30, 31, 32, 33, 37, 64
- Биосоциальная теория 38, 43, 62, 64, 80, 85, 113, 131
 - Линехан 26, 27, 30, 177
- Булимия 27, 69

В

- Валидация 27, 41, 43, 59, 99-101, 104, 145, 151, 158, 159, 161, 164, 166-176, 178, 180-188, 191, 193, 195, 196, 202, 204, 205, 221, 224, 232, 240, 247, 248, 256, 257, 259, 261, 264, 266-268, 269, 273
 - функциональная 173

- Вторичные эмоции 179, 181
- Вхождение в парадокс 40
- Выгорание 241, 269, 273

Г

- Габитуация 150
- Генерализация 34, 36, 45, 46, 59, 68, 95, 122, 132, 135, 146, 147, 149, 158, 205, 215, 235, 257

Д

- Дезадаптивное поведение 152
- Депрессия 147, 217, 264
- Десенсибилизация 150
- Десенситизация 259
- Дзэн-поведенческая терапия 195
- Диалектическая дилемма 33
- Диалектическая поведенческая терапия, ДПТ 11, 25
- Диалектическая позиция 40, 42, 43, 52, 65, 97, 99, 101, 196, 197, 200, 201, 215, 216, 220, 224, 263
- Диалектический анализ 40, 65, 99, 198
- Диалектическое воздержание 204
- Диалектическое равновесие 269
- Диалектическое убеждение 157
- Дисконтроль 34
- Дисрегуляция 16, 163, 164, 166, 167, 179, 185, 193, 202, 231, 242, 245, 249, 258, 268
- Диссоциация 32, 34, 58, 60, 61, 64, 71, 178, 230, 258
- Дистресс 27, 66, 82, 83, 90, 96, 97, 106, 115, 116, 133, 134, 147, 162, 169, 173

Дисфория 148

Дневник клиента 58

З

Заманчивое предложение 39, 40

Замещающее поведение 85, 92, 93, 132,
133, 134

Злостная проблема 44

И

Иерархизация целей 64, 73, 117,
228-230, 235, 255

Иерархия задач 68

Иерархия приоритетов 25

Иерархия целей 67, 75, 80, 85, 88, 99,
100, 103, 113

Избегание 32

Избегающее поведение 60, 134, 137,
142, 145, 151, 178, 180, 181, 268

Имплозивная терапия 180

Инвалидация 30, 32, 33, 36-38, 41, 44, 57,
63, 64, 66, 73, 80, 85, 89, 104, 157,
158, 160, 161-164, 167, 172-174,
176-178, 182, 183, 186, 193, 198

стойкая 30

Инсайт 147, 261, 273

Инфантильность 179

К

Кёрнер, К. 11, 12, 14

Когнитивная модификация 16, 39, 40,
84, 95, 146, 157, 158, 234, 247, 248

Когнитивная реструктуризация 84, 118

Когнитивно-поведенческая терапия,
КПТ 39, 60, 127

Консультационное соглашение 264

Консультационный запрос 256, 260,
261, 262, 263

Контролирующие переменные 39, 75,
85, 95, 99, 113, 115, 117, 131, 179,
225, 229-231, 233, 244, 256, 258, 269,
271

Конфронтация 205, 206, 209, 220, 222,
232

Коучинг 25, 140, 146, 219, 257-259

Кризисный план 223

Л

Линехан, М. 12, 41, 54, 170, 195

Ложная компетентность 36, 102, 103,
115, 218, 219

М

Маниакальные симптомы 199

Маятник самодовольства 273

Метафора 213, 219

Метод проб и ошибок 34

Микроориентирование 119-121, 133,
138, 180, 193, 245

Моделирование 140, 147, 205, 258

Мотивационное консультирование 99

Мудрый разум 47, 49, 170

Н

Научение 32

О

Обратная связь 163, 168, 175, 206, 233,
249, 250, 258, 260, 261, 265, 266, 269

Оппозиционное действие 138, 141, 144,
145, 150, 181, 247, 273

Осознанная готовность 57, 67, 100, 124,
126, 143, 232, 243, 257

Осознанное согласие 56

П

Панические атаки 258

Паранойя 161

Парасуицид 100, 116

Пассивная активность 35

Первичные эмоции 30, 169, 171,
177-181, 183-185, 189, 193, 202, 247,
273

Перефразирование 206, 264

Перфекционизм 34, 35, 217

Поведение избегания 60, 65

Поведенческая диагностика 39

Поведенческий анализ 118

Поведенческий репертуар 182

Пограничное расстройство личности,
ПРЛ 26-28, 60, 101

Подавленная боль 37

Поляризация 52

- Посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР 55, 60, 61, 68, 71, 101
 Правило 24 часов 153, 154
 Правило четырех пропусков 153, 154, 251
 Предотвращение реакции 150
 Принципы научения 153
 Провоцирующие события 76, 79
 Прокрастинация 35
 Психогенное переедание 133
 Психологический ликбез 122
 Психопатология 171
 Психотерапия психотерапевта 249
- Р**
- Расстройство прерывистой вспыльчивости 101
 Рационально-эмотивная терапия 192
 Ревиктимизация 37
 Рефрейминг 207
 Реципрокность 205, 209, 232, 242
- С**
- Самовалидация 55, 176
 Самоинвалидация 34, 55, 60, 89, 135, 138, 141-145, 162, 179, 181, 185-187, 192, 193
 Самомониторинг 39, 94, 118, 127, 130, 259, 269
 Самораскрытие 32, 152, 155, 177, 267
 Самоубийство 252
 Самоуправление 34, 122
 Сверхрегуляция 32, 33, 38
 Сексуальное насилие 31
 Сенситивность 28, 30, 32-34, 36, 37, 88, 150, 152, 157, 158, 161, 164, 173, 174, 177, 182, 193, 198, 208, 233, 242, 250, 258, 265, 266
 Синдром дефицита внимания и гиперактивности, СДВГ 31, 257
 Ситуационное управление 16, 39, 40, 47, 118, 122, 146, 151, 154, 156-158, 229, 234, 236, 248
 Сократический диалог 157
- Социопатия 27
 Социофобия 65, 258
 Стратегии изменения 117, 119, 135
 Стратегия адвоката дьявола 39, 40, 126
 Стратегия высокой планки 125
 Стратегия заманчивого предложения 100, 109, 124
 Стратегия свободы выбора и отсутствия альтернатив 125
 Стратегия старых ресурсов 126
 Стратегия шейпинга 39, 126
 Суицид 24, 214, 221, 230, 245, 247
 Суицидальная попытка 202, 216, 229, 230, 236, 244
 Суицидальное поведение 25-27, 122, 149, 191, 213, 216, 219, 230, 233, 236
 Суицидальные идеации 220, 244
 Суицидальные мысли 219, 221, 240, 244-246
 Суицидальные порывы 220, 221
 Суицидальные угрозы 156
 Суицидальные фантазии 133
 Суицидальный кризис 25, 161, 229, 230, 233, 240, 242, 257, 263
 Суицидальный риск 23, 206, 211, 218, 219, 229, 236, 242
- Т**
- Темперамент 34
 Теория поведенческих изменений 80, 81, 85, 113
 Теория научения 110
 Терапевтические отношения 117
 Терапевтические цели 132
 Терапевтическое задание 138, 139, 229-233, 244-247
 Терапевтическое планирование 225
 Терапевтическое сообщество 46
 Точка невозврата 231, 235
 Тревожное расстройство 58
 Тренинг навыков 16
- У**
- Условный рефлекс 30, 121, 154, 177

Ф

- Факторы уязвимости 76
- Фасилитатор 253, 255, 256, 259, 261-264
- Флудинг, см. Импульсивная терапия 180
- Фобия 83
- Формулирование проблемы 225
- Формулирование случая 26, 27, 39, 62, 63, 117, 155, 171, 198, 225, 228-230, 233, 235, 236
- Фрустрация 95
- Функциональный анализ 39

Ц

- Целевое поведение 85, 89, 92, 96, 99, 119, 121, 127, 225, 228, 230, 241, 255

Ч

- Чувство неполноценности 54

Э

- Экспертная консультационная группа 27
- Экспозиционная терапия 16
- Экспозиция 39, 40, 56, 60, 61, 63, 71, 72, 83, 90, 95, 118, 146, 150, 151, 158, 177-181, 185, 188, 193, 202, 215, 232, 234, 247, 248
- Элиминация пищи 27, 69
- Эмоциональная дисрегуляция 23, 26, 27, 117, 119, 131, 132, 134, 148, 158
- Эмоциональная уязвимость 24, 31, 33, 34, 37, 90
- Эмоциональный дистресс 135
- Эмпатия 40, 41, 52, 93, 159, 161, 172, 239, 252, 255, 272
- Эскапизм 274

Келли КЁРНЕР

ПРОВЕДЕНИЕ ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Об авторе

Келли Кёрнер — д-р философии, основатель и креативный директор Института научно обоснованной клинической практики, где она занимается технологизацией обучения и взаимодействия, помогая практикующим психотерапевтам добиваться лучших клинических результатов. Высококвалифицированный клиницист, супервизор и преподаватель диалектической поведенческой терапии (ДПТ), Келли Кёрнер прошла специальную подготовку по многим другим видам терапии с доказанной эффективностью, а также выполняла функции обучающего директора для проводившихся Маршей М. Линехан исследований эффективности ДПТ в отношении склонных к суициду и употребляющих наркотики лиц с пограничным расстройством личности. В качестве креативного директора принимала участие в исследованиях компании Behavioral Tech, где занималась развитием дистанционного обучения и прочих методов с применением технических средств для распространения научно обоснованной клинической практики. Соучредитель и первый руководитель Behavioral Tech — компании, обучающей проведению ДПТ. Д-р Кёрнер преподает на медицинском факультете Вашингтонского университета и ведет клинико-консультативную практику в Сиэтле.

 ДИАЛЕКТИКА

www.williamspublishing.com



