



# **У П Р А В Л Е Н И Е ПРЕПЯТСТВУЮЩИМ ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНИЕМ**

**СТРАТЕГИИ ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ТЕРАПИИ**

**АЛЕКСАНДР Л. ЧАПМЕН и М. ЗАКАРИ РОЗЕНТАЛЬ**

**ПРЕДИСЛОВИЕ МАРШИ М. ЛИНЕХАН**

# **У П Р А В Л Е Н И Е ПРЕПЯТСТВУЮЩИМ ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНИЕМ**

**СТРАТЕГИИ ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ТЕРАПИИ**

# **M A N A G I N G** **Therapy-Interfering Behavior**

**STRATEGIES FROM DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY**

**ALEXANDER L. CHAPMAN AND M. ZACHARY ROSENTHAL**

**FOREWORD BY MARSHA M. LINEHAN**

# **У П Р А В Л Е Н И Е ПРЕПЯТСТВУЮЩИМ ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНИЕМ**

**СТРАТЕГИИ ДИАЛЕКТИЧЕСКОЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ТЕРАПИИ**

**АЛЕКСАНДР Л. ЧАПМЕН и М. ЗАКАРИ РОЗЕНТАЛЬ  
ПРЕДИСЛОВИЕ МАРШИ М. ЛИНЕХАН**

Київ  
Видавництво  
“НАУКОВИЙ СВІТ”  
2023



Перевод с английского и редакция М.Б. Сологуба

**Чапмен, А.Л., Розенталь, М.З.**

Ч-19 Управление препятствующим терапии поведением. Стратегии диалектической поведенческой терапии/Александр Л. Чапмен, Марк Закари Розенталь; пер. с англ. М.Б. Сологуба. — Киев. : “Науковий Світ”, 2023. — 352 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-550-109-2 (укр.)

ISBN 978-1-433-82097-7 (англ.)

В книге представлены стратегии, используемые в диалектической поведенческой терапии (ДПТ), и рассматривается широкий спектр общих терапевтических проблем, включая проблемы с посещаемостью, пассивным или агрессивным поведением и избеганием. Авторы книги анализируют, как терапевты могут справиться со своим поведением, мешающим терапии. Затрагиваются такие темы, как выгорание терапевта и его поведение в тех случаях, когда клиенты выходят за пределы терапевтических возможностей. Книга будет полезна опытным клиницистам ДПТ и тем, кто стремится внедрить элементы ДПТ в клиническую практику.

УДК 615.851

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 American Psychological Association.

Copyright © 2016 by the American Psychological Association.

All rights reserved.

Authorized translation from the English language edition of the *Managing Therapy-Interfering Behavior: Strategies From Dialectical Behavior Therapy* (ISBN 978-1-433-82097-7), published by the American Psychological Association.

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, except as permitted under Sections 107 or 108 of the 1976 United States Copyright Act, without the prior written permission of the Publisher.

# Оглавление

Об авторах	13
Предисловие	15
Благодарности	17
Глава 1. Почему люди препятствуют лечению	21
Глава 2. Базовые принципы диалектической поведенческой терапии в применении к препятствующему терапии поведению	39
Глава 3. Базовые стратегии диалектической поведенческой терапии для управления препятствующим терапии поведением	53
Глава 4. Выбор стадии: ориентация и наблюдение за пределами	83
Глава 5. Повышение посещаемости терапии	109
Глава 6. Повышение комплаенса в отношении домашних заданий	139
Глава 7. Эффективное реагирование на гнев	165
Глава 8. Как противостоять препятствующему терапии поведению	197
Глава 9. Помощь клиентам в преодолении избегания	225
Глава 10. Реагирование на поведение, связанное с сексуальностью	263
Глава 11. Эффективное завершение терапии	291
Глава 12. Когда поведение терапевта препятствует терапии	313
Литература	341

# Содержание

<b>Об авторах</b>	13
<b>Предисловие</b>	15
<b>Благодарности</b>	17
<b>Глава 1. Почему люди препятствуют лечению</b>	21
Препятствующее терапии поведение	21
Диалектическая поведенческая терапия	29
Бэт: клиентка, получавшая терапию по-своему	32
<b>Глава 2. Базовые принципы диалектической поведенческой терапии в применении к препятствующему терапии поведению</b>	39
Концептуализация препятствующего терапии поведения в поведенческих терминах	40
Применение диалектических принципов к препятствующему терапии поведению	42
Реальность состоит из полярных противоположностей	43
Реальность постоянно меняется	45
Когда происходит поляризация, эффективно работать над синтезом	46
Подчеркивание роли эмоций и эмоциональной регуляции в препятствующем терапии поведении	47
Принципы, основанные на осознанности	50
Движемся вперед	52
<b>Глава 3. Базовые стратегии диалектической поведенческой терапии для управления препятствующим терапии поведением</b>	53
Выделение и оценка проблемы	53
Выделение препятствующего терапии поведения	54
Оценка и понимание проблемы	55

Обращение к препятствующему терапии поведению	62
Устранение мотивационного дефицита, связанного с препятствующим терапии поведением	63
Обращение к дефициту навыков	66
Эффективное управление обуславливающими последствиями	69
Определение поведения, подлежащего увеличению или снижению	70
Внимание к обуславливающим последствиям в терапевтических отношениях	71
Обращение к страху, бегству и эмоциональному избеганию	72
Проблемные способы мышления	73
Проблемная окружающая среда и стрессовые факторы в жизни	77
Движемся вперед	81

#### **Глава 4. Выбор стадии: ориентация и наблюдение за пределами** 83

Ориентирование на препятствующее терапии поведение	84
Четко определите и объясните, что такое препятствующее терапии поведение	85
Объясните, что препятствующее терапии поведение — это дорога с двусторонним движением	89
Заявите о принятии поведения, препятствующего терапии, и сделайте лимонад из лимонов	92
Продолжайте ориентирование на протяжении всей терапии	93
Наблюдение за личными и профессиональными пределами	95
Будьте диалектичны по отношению к пределам: пределы индивидуальны, относительны и должны соответствовать контексту	100
Соблюдать пределы или устанавливать их	103
Пределы меняются и могут быть расширены, когда это необходимо	106
Движемся вперед	107

#### **Глава 5. Повышение посещаемости терапии** 109

Ключевые принципы	110
Обоснования для руководства вмешательствами, направленными на увеличение посещаемости	112

Ориентация как превентивная стратегия	113
Выделение и оценка проблем посещаемости	114
Определение поведения как ПТП	115
Выделение и обсуждение проблемы	116
Оценка и понимание сути проблемы	118
Стратегии решения проблем с посещаемостью	124
Создание и поддержание полезных обуславливающих последствий	125
Стратегии коммитмента	132
Экспозиция и противоположное действие	134
Улучшение навыков для повышения посещаемости	135
Решение проблем и устранение барьеров для посещения	136
Идем дальше	138

## **Глава 6. Повышение комплаенса в отношении домашних заданий**

	139
Общие препятствия для выполнения домашних заданий	142
Ориентация клиентов на выполнение домашних заданий	144
Ориентация на структуру и самонаблюдение	146
Выбор мишеней в конкретных домашних заданиях в диалектической поведенческой терапии	151
Быть диалектичным в домашних заданиях	152
Эффективное использование валидации в содействии выполнению домашней работы	154
Использование стратегии устранения препятствий	155
Обсуждение домашней работы в диалектической поведенческой терапии	156
Обращение внимания клиента на проблемы	158
Оценка и понимание проблемы	160
Движемся дальше	162

## **Глава 7. Эффективное реагирование на гнев**

	165
Ключевые принципы	166
Выбор мишеней, терапевтическая осознанность, оценка и валидация	168
Выбор мишеней: выявление гнева, препятствующего терапии	168

Терапевтическая осознанность: наблюдать и описывать	169
Выделение и обсуждение поведения на сессии	170
Оценка и понимание сути проблемы	173
Оценка событий, провоцирующих гнев	174
Оценка факторов уязвимости	176
Оценка и валидация эмоционального опыта клиента	176
Оценка мыслей	177
Оценка последствий или функций гневного поведения	177
Стратегии управления проблемами, связанными с гневом	178
Психообразовательная работа с гневом	179
Уменьшение уязвимости к гневу	179
Избегание провоцирующих гнев ситуаций	181
Уменьшение физиологического возбуждения	182
Повышение эффективности общения	184
Построение эмпатии и перспективы	186
Подходы, ориентированные на ролевую игру, и экспозиционные стратегии	187
Отпускание гнева и обиды	188
Стратегии, направленные на управление обуславливающими последствиями	189
Управление агрессивным или угрожающим поведением во время сессии	191
Особые стратегии для групповой терапии	193
Движемся вперед	196

<b>Глава 8. Как противостоять препятствующему терапии поведению</b>	197
Эффективный выбор мишеней препятствующего терапии поведения на сессии: что делать мишенью и когда	202
Не конфронтация, а сострадание, сотрудничество и заранее обдуманый выбор мишеней препятствующего терапии поведения	203
Некоторые формы препятствующего терапии поведения должны быть прямо конфронтированы	213

Внимание на процесс психотерапии	217
Движемся вперед	222

## **Глава 9. Помощь клиентам в преодолении избегания** 225

Концептуализация избегания как препятствующего терапии поведения	228
Стратегии работы с препятствующими терапии бегством и избеганием	231
Использование диалектических стратегий для вовлечения клиентов и повышения их коммитмента по отношению к изменениям	232
Использование практик осознанности для уменьшения избегания	234
Выделение и выбор избегания как мишени с помощью навыков межличностной эффективности	234
Использование навыков регуляции эмоций для уменьшения избегания	241
Ориентированные на принятие навыки регуляции эмоций	241
Навыки регуляции эмоций, ориентированные на изменения	247
Использование методов экспозиции для снижения избегания	253
Использование поддержки, валидации и взаимности без подкрепления избегания	255
Управление избеганием в групповой психотерапии	260
Движемся вперед	261

## **Глава 10. Реагирование на поведение, связанное с сексуальностью** 263

Наблюдение и определение связанного с сексуальностью препятствующего терапии поведения	264
Мишель и Джейн	265
Обращение с сексуальным препятствующим терапии поведением	271
Наблюдение, определение и выбор в качестве приоритетной мишени сексуального препятствующего терапии поведения	271

Как выделить и обсуждать с клиентами связанное с сексуальностью препятствующее терапии поведение	273
Валидация: когда наблюдается сексуальное препятствующее терапии поведение, будьте уверены, что валидируете только валидное	277
Стратегии диалектической поведенческой терапии для помощи клиентам справиться с мыслями и эмоциями, связанными с сексуальным препятствующим терапии поведением	281
Использование поведенческих принципов для помощи в управлении связанным с сексуальностью препятствующим терапии поведением	286
Групповая психотерапия и сексуальное поведение	289
Движемся вперед	290

## **Глава 11. Эффективное завершение терапии** 291

Ключевые цели и принципы	292
Цели завершения	292
Диалектические принципы, применяемые к завершению	293
Стратегии ориентации	294
Как может помочь ограничение времени в терапии	295
Прояснение обуславливающих последствий	296
Обсуждение организации процесса завершения	297
Оценка прошлого опыта, связанного с завершением терапии	298
Обращение к теме завершения терапии и ее обсуждение	298
Управление интенсивными эмоциональными реакциями на завершение терапии	300
Страхи по поводу завершения терапии	302
Мысли и беспокойство о завершении терапии	304
Усиление симптомов или проблем перед завершением терапии	305
Соображения относительно снижения частоты сессий	307
Стратегии, используемые в случае преждевременного завершения терапии	308
Допущения терапевта	309
Текущая оценка, самомониторинг и профилактика	310



## 12 Содержание

Управление обуславливающими последствиями и обращение к проблеме	311
Движемся вперед	312

## Глава 12. Когда поведение терапевта препятствует терапии 313

Определение препятствующего терапии поведения терапевта	314
Обращение с поведением терапевта, препятствующим терапии	323
Диалектическая поведенческая терапия и поведение терапевта, препятствующее терапии: роль консультационной команды	324
Осознанность терапевта может помочь снизить препятствующее терапии поведение	327
Радикальная искренность	330
Восстановление после препятствующего терапии поведения терапевта	336
Даже самые лучшие планы могут провалиться	338
Движемся вперед	339

## Литература 341

# Об авторах

**Александр Л. Чапмен**, д-р философии, психолог, профессор и координатор клинических исследований факультета психологии Университета Саймона Фрейзера (SFU), является зарегистрированным психологом и президентом Центра диалектической поведенческой терапии (ДПТ) в Ванкувере. Доктор Чапмен получил степень бакалавра (1996 г.) в Университете Британской Колумбии, а также степень магистра (2000 г.) и докторскую степень (2003 г.) по клинической психологии в Университете шт. Айдахо после стажировки в Медицинском центре Университета Дьюка. Он закончил двухлетнюю постдокторскую стажировку у доктора Марши Линехан (создатель диалектической поведенческой терапии) в Вашингтонском университете. Доктор Чапмен руководит Лабораторией исследования личности и эмоций в SFU, где изучает роль регуляции эмоций при пограничном расстройстве личности (ПРЛ), членовредительстве, импульсивности и других поведенческих проблемах. Он опубликовал множество научных статей по этим и другим темам и выступал с докладами о своих исследованиях на многих научных конференциях. Он является ведущим специалистом по двум крупным грантам, финансируемым CИHR (федеральное агентство, отвечающее за финансирование медицинских и медицинских исследований в Канаде), для многоцентровых исследований, в одном из которых изучается влияние сокращенного (6 месяцев) и стандартного курса (12 месяцев) диалектической поведенческой терапии. Доктор Чапмен также входит в состав редакционной коллегии журналов *Behavior Therapy*, *Personality Disorder: Theory, Research, and Treatment* и *Journal of Personality Disorders*, где он недавно был удостоен звания заслуженного рецензента за свой вклад. Доктор Чапмен является тренером по ДПТ и консультантом компании Behavioral Tech, LLC и имеет сертификат СВТ (Канадская ассоциация когнитивной и поведенческой терапии). Доктор Чапмен регулярно проводит местные, национальные, а также международные семинары и лекции по ДПТ и лечению ПРЛ, консультировал и обучал клиницистов в Канаде, США и Великобритании, а также был преподавателем и руководителем студентов, изучающих клиническую психологию. Он получил Премию молодого исследователя Национального образовательного альянса по пограничному расстройству личности (2007 г.), Премию CPA (Канадская психологическая ассоциация)

для начинающих ученых-практиков, исследующих здоровье (2011 г.). Он является соавтором восьми книг. Три его книги по самопомощи были удостоены награды ABCT Self-Help Book Seal of Merit Award. Кроме того, доктор Чапмен является ассистентом инструктора в местной студии боевых искусств и уже несколько лет практикует дзен и медитацию осознанности. Он любит готовить, ходить в походы, кататься на лыжах, кататься на велосипеде,

**Л. Закари Розенталь**, д-р философии, является адъюнкт-профессором с совместным назначением на кафедре психиатрии и поведенческих наук Медицинского центра Университета Дьюка и на кафедре психологии и неврологии Университета Дьюка. Он является заместителем председателя по клиническим услугам в Департаменте психиатрии и поведенческих наук и директором программы когнитивно-поведенческих исследований и лечения Университета Дьюка. Он клиницист, педагог и исследователь.

# Предисловие

МАРША М. ЛИНЕХАН

Я была так рада услышать, что Алекс Чапмен и Зак Розенталь пишут книгу, чтобы помочь практикам эффективно управлять препятствующим поведением, используя принципы и стратегии диалектической поведенческой терапии (ДПТ). Алекс — бывший докторант, проработавший в нашей лаборатории два года. Он был тогда непревзойденным, и с тех пор началась его впечатляющая карьера, связанная с пограничным расстройством личности (ПРЛ), самоповреждением и регуляцией эмоций. Алекс внес вклад в ДПТ, работая на протяжении многих лет в качестве ДПТ-программиста, выдающегося ДПТ-тренера и консультанта по поведенческим технологиям, супервизора для студентов в моей команде, члена Консультативного комитета ДПТ-тренеров, Совета по сертификации DBT-Linehan; под его руководством проходили обучение аспиранты. Алекс также один из моих учеников дзен и мастер боевых искусств. Он является другом, коллегой и экспертом в области ДПТ и лечения людей со сложными проблемами психического здоровья.

Зак Розенталь (был одним из первых студентов моего давнего сотрудника доктора Алана Фрузетти, который внес значительный вклад в развитие ДПТ) был ученым-психотерапевтом и координатором исследований для нашего крупного национального института по вопросам злоупотребления наркотиками, участвовал в организации рандомизированного исследования ДПТ для опиатзависимых пациентов с ПРЛ. Именно в этом исследовании мы развернули наш новый набор стратегий приверженности к ДПТ, направленных конкретно на удержание пациентов в терапии, важный набор стратегий для изменения поведения, препятствующего терапии, когда пациенты не приходят на сессии и преждевременно покидают программу.

Достижения Зака в ДПТ выдающиеся, он разработал инновационную программу исследований по генерализации опыта использования терапевтических техник за пределами терапевтического кабинета, а также

использованию технологий для помощи резистентным к терапии группам пациентов. Как директор когнитивно-поведенческой программы исследований и лечения Университета Дьюка Зак регулярно обучает стажеров, студентов и врачей ДПТ. Экспертное мнение авторов, описание клинических случаев и опыта в ДПТ и работе со сложными клиентами проходят яркой линией в этой превосходной книге.

Очень важно, что авторы книги являются лучшими в своей области. Но еще важнее то, что благодаря большому опыту работы с трудно поддающимися лечению пациентами они действительно знают, как использовать стратегии ДПТ, которые были разработаны специально для лечения поведения, препятствующего терапии. У меня нет ни малейшего сомнения, что вам будет полезна эта информация.

# Благодарности

Я (Алекс Чапмен) хочу выразить признательность многим людям, оказавшим влияние на мою работу в области диалектической поведенческой терапии (ДПТ) на протяжении многих лет. Я прошел свой первый семинар по ДПТ в качестве аспиранта много лет назад в Айдахо, и в то время я был впечатлен тем, что люди смогли добиться успехов в своей карьере, будучи включенными в систему семинаров по обучению другим эффективным способам лечения. Я никогда не думал, что сделаю это сам и что у меня будет шанс написать книги, которые помогут врачам лучше понять и лечить своих пациентов. Многие люди были постоянными моими спутниками на пути приобретения профессиональных знаний, в том числе главные наставники — доктор Ричард Фармер и доктор Тони Селучи; мои друзья; коллеги; руководители практики — доктор Том Линч и Клайв Робинс, и доктор Марша Линехан, которая помогла мне понять суть ДПТ и чья постоянная поддержка и руководство сопровождали меня долгие годы. Многие предложения и идеи, которые я считаю лучшими в этой книге, я почерпнул не только из книг и семинаров, а и из опыта работы с моими клиентами, а также дискуссий, которые я провел в своих консультационных командах по ДПТ на протяжении многих лет. Я хотел бы поблагодарить мою нынешнюю команду в Центре ДПТ Ванкувера за их образцовую работу по оказанию помощи нашим клиентам и за их поддержку и мудрые советы. Кроме того, эта книга не была бы написана или не стала бы такой успешной без участия моего друга, коллеги и соавтора Зака.

Зак, у вас есть талант вдыхать жизнь и энергию в то, что вы пишете и вашу работу, и я так рад, что у нас была возможность работать вместе над этой книгой. Наконец, я хотел бы выразить признательность за поддержку и вдохновение моей семье, включая моих родителей, мою замечательную жену и двух моих прекрасных сыновей (младший сын — до сих пор единственный человек в моем доме, который прочитал все мои книги!).

\*\*\*\*

Когда я (Зак Розенталь) впервые услышал о ДПТ, будучи студентом в Университете Кентукки, я с трудом мог себе представить, что 20 лет спустя я напишу эту книгу. Что должно было случиться, чтобы я попал сюда,

в этот момент, с возможностью превратить то, что я узнал от прошлых наставников, врачей, студентов и клиентов, в ресурс, который может помочь психотерапевтам решить многие проблемы, мешающие лечению пациентов с расстройством психического здоровья? Ответ кроется в миллионах моментов переживаний и непредвиденных обстоятельств: одни связаны со стратегическим планированием, другие — просто слепая удача — и все они дали мне возможность сегодня попытаться донести эти знания до людей и изменить жизнь к лучшему. Мне очень повезло, и я в долгу перед многими людьми, которые поддерживали меня. Работая над этой книгой в соавторстве с Алексом, я провел бесчисленные часы, размышляя о многих клиентах, которых я лечил, и клиницистах, которым я помогал совершенствовать свои навыки на протяжении многих лет. Коллаж из их рассказов можно найти в клинических примерах в этой книге, и я всем глубоко благодарен за доверие ко мне.

Некоторые из первых клиентов ДПТ, которых я лечил в Университете Невады, Рено, научили меня многому из того, о чем я рассказал в этой книге. Спасибо вам всем за то, что позволили мне попытаться помочь вам, когда я так мало знал о ДПТ. Прошли долгие годы, но время нашей совместной работы не забыто. То же касается пациентов, которых я лечил с момента прихода в медицинский центр Университета Дьюка. Я благодарен за все, что я узнал из этого опыта, и продолжаю все время учиться; мои пациенты приходят на лечение в нашу программу когнитивных поведенческих исследований и лечения Университета Дьюка.

Я хочу выразить признательность моему руководителю и клиническому наставнику в аспирантуре доктору Алану Фрузетти за пополнение моих знаний в области ДПТ; наставнику по стажировке и докторантуре доктору Тому Линчу; создателю ДПТ доктору Марше Линехан за ее неустанную новаторскую работу; всем моим коллегам, которые помогали мне совершенствовать применение ДПТ-стратегий при лечении разных клиентов.

Я также благодарен моему соавтору Алексу Чапмену за приглашение написать вместе с ним эту книгу. Это были тонны удовольствия! Алекс, твоё руководство, юмор, потрясающее владение клавишами и осанка — все это вдохновляло меня. Спасибо тебе.

Наконец, я хочу поблагодарить мою семью и друзей за многие способы, которыми они поддерживали меня при создании этой книги. Вы поощряли меня продолжать изучать психологию, когда я понятия не имел, чем буду заниматься в жизни. Откуда вы все это знаете? Вы постоянно формируете

меня таким, какой я есть, и поэтому я смиряюсь и переживаю, получая особый шанс повлиять на других. Моей жене огромное спасибо за то, что бескорыстно подарила мне время, воспитывая детей без меня, чтобы я мог писать по выходным и в будние дни. Кирстен, твоя поддержка огромна, и если тебе было трудно некоторое время обходиться без моей помощи, заботясь о детях, ты никогда этого не показывала! Такое принятие, безусловно, — настоящая любовь. Наконец, благодарю моих сыновей Бена и Андера за проявленное терпение к своему отцу, когда он писал. Теперь я могу поиграть с вами в хоккей на улице.





# 1

## Почему люди препятствуют лечению

Клиенты, пациенты, потребители, пользователи, независимо от их предпочтений и обучения, того, как их называют, — все они, одним словом, люди. Клиенты психотерапии, как и не клиенты, — это люди со сложной и длительной историей обучения, которое формирует их биологию и влияет на их взаимоотношения с окружающей средой. История обучения всех наших клиентов — от людей с хроническими психическими расстройствами до жизнерадостных и психологически здоровых — является частью терапевтических условий. Эта история чрезвычайно важна для терапевтических отношений. С одной стороны, если клиент доверчивый и незащищенный, это иногда может ускорить лечение и сделать его более эффективным. С другой стороны, история наших клиентов может способствовать тому, что их поведение будет препятствовать лечению. Это также верно для врачей, которые привносят свою уникальную историю обучения в процесс психотерапии. Так же и наша история обучения иногда находится под чьим-то позитивным влиянием в повседневной жизни. И это общее в психотерапии и для клиентов, и для врачей — совершать действия, которые могут препятствовать терапии. В этой книге мы говорим об этом поведении как о препятствующем терапии поведении — ПТП.

### Препятствующее терапии поведение

ПТП может быть преднамеренным или непреднамеренным, стратегическим или автоматическим, сознательным или случайным. Оно может включать в себя хронические опоздания или некомплаентность лечению, неэффективное выражение или подавление эмоций во время терапии, чрезмерную пассивность или агрессивность в отношениях с психотерапевтом и так далее. Иногда та проблема, которую необходимо решить

клиенту, возникает в отношениях с терапевтом, например, когда клиент испытывает социальную тревогу и становится подавленным и замкнутым при общении с врачом во время терапии. В других случаях ПТП не является тем, на что может быть направлена терапия. Клиент может быть кокетливым с клиницистом, но это не может быть тем, что подлежит терапии как проблема. Снижение депрессивных симптомов может быть основной целью лечения, но клиент может слишком много говорить о себе во время сеанса таким образом, что это наводит на мысль о нарциссических чертах личности. Или когда проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ и избегающим совладанием со стрессом, должны быть в центре внимания, клиент может фокусироваться в разговоре на различных еженедельных проблемах или кризисах, при этом не выражая особой готовности уделять непосредственное внимание обучению методам, позволяющим уменьшить употребление психоактивных веществ или изменить способы совладания.

Если вы клиницист, то, скорее всего, вы знакомы с ПТП. Если у вас много клиентов, вы, вероятно, видите ПТП каждую неделю, может быть, каждый день. Его причина, по-видимому, общая для клиентов — желание двигаться собственным путем. Она также является общей для психотерапевтов и врачей, — намерение оставаться на своем пути, помогая клиентам. Это не то, из-за чего стоит расстраиваться. С состраданием и любопытством ПТП можно рассматривать как предсказуемую перспективу. Однако как клиницистам нам нужны инструменты, помогающие управлять трудными моментами, когда ПТП наблюдается во время оценки или лечения проблем психического здоровья.

Любое поведение, мешающее клиенту получать пользу от терапии, можно считать ПТП. Мы представим некоторые способы концептуализации и управления ПТП далее в этой книге. Возможно, стоит обратить внимание на какие-то общие моменты ПТП, которые наблюдаются у клиентов: депрессивная личность, неустанно осуждающая себя во время психотерапевтических сессий, клиент с генерализованным тревожным расстройством, плетущий паутину безнадежных размышлений на протяжении всей сессии, или, возможно, злоупотребляющий психоактивными веществами после опоздания в клинику и пытающийся сосредоточиться на том, что говорить во время сессии. Параноидальный клиент, вероятно, время от времени, проявляет поведенческие признаки паранойи при общении с вами. Недоверчивый клиент в какой-то момент, скорее всего, потеряет доверие

к вам. Подозрительный клиент, что естественно и неизбежно, может заподозрить, что с лечением что-то не так. Все, что клиент узнает, общаясь с другими людьми вне терапии, он может быстро связать с вами в рамках ваших терапевтических условий.

Это не уникально ни для какого диагноза, типа клиента или модели психотерапии. Все люди обычно получают психотерапию по-своему.

Обычно терапевты сокрушаются по поводу клиентов, постоянно демонстрирующих ПТП во время сеансов. У вас как у врача-клинициста есть темы, которые вы хотите обсудить, и вопросы, которые, по вашему мнению, более или менее важны; возможно, у вас даже есть повестка дня для вашего сеанса психотерапии. Однако клиент может захотеть поделиться тем, что он считает важным для себя. Вы обучены слушать, быть профессиональным слушателем, которому платят за то, чтобы помочь клиентам понять происходящее, способствовать изменению поведения, чтобы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворенность жизнью. Поэтому когда сеанс, вопреки вашим ожиданиям, пойдет совершенно в другом направлении, вы откроете для себя что-то новое. Каждый сеанс может быть путешествием, говорите вы себе, и вы действительно не узнаете, где находится пункт назначения, пока не доберетесь туда. Эта позиция полезна, но вы должны решить, как в реальности вы собираетесь помочь этому человеку, когда он так далеко от того, чтобы говорить о том, что нужно по плану терапии.

Итак, вы отложили свою повестку дня. Вам необходимо внимательно слушать. В течение первых 10 минут вы хотите вставить слово, пытаетесь понять, куда идет разговор, но когда история вашего клиента продолжает разворачиваться слой за слоем, вы в конечном итоге решаете, что лучше просто молчать. Конечно, история унесет вас двоих куда-нибудь. Вы напоминаете себе, что у клиента есть все ответы на вопросы, и ваша работа состоит в том, чтобы создать безопасную и заботливую среду для клиента, чтобы помочь ему понять самого себя и изменить отношение к другим людям. Вы напоминаете себе, что вы не можете работать больше, чем ваш клиент, что изменения внутри него произойдут тогда, и только тогда он изменится, когда будет готов. Вы общаетесь с ним в настоящий момент, будучи поддерживающим, добрым, нежным и ориентированным на клиента. Вы сострадательный врач, и прямо сейчас, когда этот клиент продолжает делиться своими мыслями о том, что произошло на этой неделе на работе или дома, вы решаете слушать, кивать, делать попутно замечания и говорить слова поддержки.

В конце концов сеанс заканчивается. Вы многое узнали о том, как ваш клиент переживал свой опыт во время стрессовых ситуаций на прошлой неделе. Вы гордитесь тем, как он справился с определенными его частями, но видите повод поговорить о внесении некоторых изменений на следующей неделе на вашей сессии. Вы уверены, что хорошо слушали, размышляя, утверждая, перефразируя и решая проблемы. Клиент, похоже, доверял вам. Он рассказал вам что-то новое о себе или своем прошлом, открыв еще один уровень уязвимости. Это то, в чем вы видите прогресс. Еще одна вещь, которую вы расцениваете как прогресс, заключается в том, что клиент, казалось, описывал события прошлой недели с большей ясностью и точностью, чем обычно. Эмоции были менее интенсивными, чем во время предыдущего сеанса, что вы отметили в медицинской карточке, и вы связываете это с возможными изменениями в регуляции эмоций. 45-минутное путешествие закончилось. Вы остановились не там, где планировали, но в общем все прошло нормально.

На следующей неделе тот же клиент делает то же самое. Вам снова не удается поговорить о том, что было запланировано, хотя вы действительно хотели связать некоторые свободные концы с предыдущей сессией. На этот раз есть еще одна важная история для вас, которую вы должны услышать. Опять же, как и предыдущая, и все последующие, это тоже история, которую вы должны выслушать по желанию клиента. Прослушивание поможет вам понять его и помочь ему почувствовать себя понятым. Что могло бы заставить вас прервать клиента? Это совместное путешествие, и тогда процесс перемен может занять много времени. Такой подход может быть приемлемым для тех, кто имеет финансовую возможность позволить себе долгосрочную психотерапию, однако для клиентов, не имеющих такой возможности, или для тех, чья дисфункция или психологический стресс значительны, изменения, вероятно, должны двигаться более быстрыми темпами.

Если вы клиницист и много занимались психотерапией, вы сталкивались со многими случаями ПТП. Если вы только начали заниматься психотерапией, вы уже знакомы с ПТП. Если вы не обучены диалектической поведенческой терапии, мы сомневаемся, что вы называете это “ПТП”. Однако каждая система психотерапии должна бороться с ПТП. Центральным тезисом этой книги является то, что ПТП может быть гипотезой и может быть концептуализацией как клинически значимое. Конкретное поведение, мешающее терапии, может представлять более широкий класс поведения,

который является общим и проблематичным в жизни клиента. То есть ПТП часто может быть тем, что радикальная поведенческая функционально-аналитическая психотерапия [Kohlenberg & Tsai, 1991] называет клинически значимым поведением. Подумайте о ПТП как о возможности добывать психотерапевтическое золото, чтобы вместе с клиентами понять, как они могут измениться с вашей помощью таким образом, что смогут изменить способ выражения этого ПТП, когда его проявление мешает в жизни за пределами клиники. Подумайте о том, как вы были разочарованы незамолкающими клиентами или теми, кто почти ничего не говорит. Это моменты во время сессии, когда к ПТП можно относиться безоценочно, изучить его совместно и нацелиться на изменения. А также использовать те новые способы общения с другими людьми, которые они пытаются освоить за пределами клиники. Подсказки не должны шокировать вас, заставлять волноваться и внезапно оглушать вас. Иногда они встряхивают (например, “Я нашел нового психотерапевта. Я, вероятно, должен был сказать вам, что думал об этом”), а иногда еле заметны (например, “я не помню”). Они могут быть яркими и драматичными (например, “я здесь только потому, что суд заставляет меня, но я не верю, что разговор с вами поможет”) или простыми и обыденными (например, “Извините, я забыл предупредить вас, что пропущу нашу сессию на прошлой неделе.”). Независимо от ваших теоретических предпочтений и ваших взглядов относительно того, что является хорошей терапией, вы можете столкнуться с ПТП у всех клиентов.

Если вы чувствовали себя в тупике, когда не знали, что сказать или сделать во время сессии вы, скорее всего, реагировали на ПТП. Когда мы будем описывать ПТП психотерапевта далее, мы поделимся некоторыми, произошедшими в то время, когда один из нас лечил клиента и по той или иной причине мы занимались ПТП.

ПТП — это неровности на дороге, выбоины в нашей психотерапии, и иногда они могут существенно затруднять движение. Не стоит бояться ПТП, не от чего убегать, нечего стыдиться и нечего осуждать себя или ваших клиентов. Это обычный психотерапевтический процесс. Это распространенное явление и с ним приходится смириться, но клиницисты, которые способны адекватно реагировать на ПТП, могут быть вознаграждены экстраординарными изменениями клиента.

Независимо от предпочитаемой терапевтической направленности эта книга призвана помочь клиницисту в том случае, если все идет не совсем так, как ожидалось, если поведение в кабинете психотерапевта становится

препятствующим терапии поведением, останавливает или замедляет прогресс клиента. Опоздание на сеанс, неспособность вспомнить то, о чем говорили на прошлом сеансе, и невыполнение домашней работы по терапии — обычное ПТП. Начало сессии с рассказа о чем-то не связанном с лечением, излишняя разговорчивость, явное нежелание узнать, как терапия может помочь, серийные кризисы, возможные неоднозначные кризисы и кризисы, которых удавалось избежать до последних нескольких мгновений сессии, также являются проявлением ПТП. Другие распространенные случаи ПТП — провоцирование конфликтов, болтовня, длительные задержки с ответом на вопросы, ловкая смена темы при возникновении эмоций, безжалостный катарсис в течение 45 минут, а также преднамеренные усилия по подавлению выражения эмоций.

Одной из причин, почему люди получают терапию каждый по-своему, является то, что они не знают, что от них ожидают. Когда люди впервые приходят на терапию, они не знают, как должен выглядеть терапевтический процесс. У них могут быть ожидания, желания и предположения. Возможно, друг рассказал им, что это такое, либо они, посмотрев недавно фильм или прочитав книгу, узнали, как ведет себя клиент во время сеанса терапии. Поэтому, когда они входят в кабинет в первый раз, любопытные, амбивалентные и тревожные, они могут быть готовы следовать вашему примеру.

Мы спрашиваем новых клиентов, впервые ли они пришли на сеанс психотерапии или консультирования. Это возможность проинформировать тех, кто пришел на сеанс в первый раз, о том, что их ожидает, и психотерапевт должен это сделать в процессе разговора. Это время, чтобы ковать пресловутое железо, пока оно горячо, чтобы уменьшить некоторое беспокойство по поводу того, что от них требуется, чтобы усилить ощущение управляемости и предсказуемости в уязвимой обстановке. Это первая сессия, когда клиницисты могут начать говорить о вероятности проявления ПТП в безоценочной, сострадательной и простой манере.

Например, на первом приеме клиенты иногда говорят или делают то, что может быть признаком ПТП в ближайшем будущем. Если у клиента отсутствует заинтересованность в посещении сеансов или, возможно, он даже выражает презрение к терапии на основе прошлого опыта, то первая встреча — прекрасное время, чтобы начать заниматься такими чувствами и переживаниями. Это произошло недавно, когда молодая женщина с пограничным расстройством личности (ПРЛ) пришла на консультацию после

направления на диалектическую терапию поведения. В прошлом клиентка проходила сеансы психотерапии у нескольких терапевтов, она сильно страдала и открыто говорила о своем недоверии к психотерапии.

Во время оценки стало ясно, что игнорировать ее комментарии (например, “я просто не доверяю никому из вас, терапевтов”) было недостаточно и, возможно, поэтому произошла инвалидация имеющегося у нее опыта. И, таким образом, было введено понятие ПТП:

*“Если я когда-нибудь скажу или сделаю что-нибудь, из-за чего могу потерять ваше доверие или внезапно завоевать его, вы дадите мне знать об этом? Потому что доверие — это то, что очень важно в нашей совместной работе. Если вы потеряете доверие ко мне, вполне вероятно, что вы в конечном итоге сделаете или скажете то, что может помешать вашему лечению. Подумайте: если бы вы не доверяли мне, то были бы вы столь же открыты, честны и ранимы, как в случае доверия ко мне?”*

С нашей точки зрения, фишка в этом процессе заключается не в том, чтобы обвинять или патологизировать, а в том, чтобы быть простым и сдержанным, классифицируя потенциальное ПТП как вполне понятное, нормальное или обычное. Для начала пусть это будет ПТП, не представляющее вероятной угрозы для клиента. Это поможет сохранить эмоциональное возбуждение в комнате достаточно низким, чтобы ваше сообщение было услышано, и клиент смог стать открытым для изучения ПТП с вами позже. Постройте на этом пример, объяснив клиенту, что выявление ПТП и работа с ним по мере необходимости является частью лечения и позволяет быстрее достичь желаемого результата. Когда ожидается ПТП, оно может быть концептуализировано априори, готовя клинициста к стратегическому ответу, чтобы помочь клиентам в достижении их целей. Вместо того чтобы позволить ПТП вмешиваться в терапию, врач-клиницист совместно с клиентом использует ПТП для ускорения прогресса. ПТП может превратиться в поведение, ускоряющее лечение. То, что мешает, становится тем, что прокладывает путь.

Ожидание ПТП делает его менее неожиданным и более понятным как для клинициста, так и для клиента. Как бы это не казалось странным, но вы можете предупредить ваших клиентов, у которых есть проблемы с доверием, что вы предполагаете, что могут появиться моменты, когда они теряют доверие во время вашей совместной работы. Некоторые терапевты могут не захотеть иметь дело с подозрительностью, недоверием и тому подобным, и вы, возможно, тоже не захотите, но, акцентируя внимание на ПТП, вы будете обращаться именно к поведению, с которым клиент борется за



пределами вашего кабинета. Если вы предполагаете, что у вашего клиента трудности с отношениями, как вы можете ожидать, что он не станет подозрительным с вами? И если вы уверены в том, что, скорее всего, это произойдет, почему бы вам не спланировать это поведение открыто и с сочувствием?

Как насчет клиентов, имеющих опыт прохождения психотерапии? Всякий раз полезно знать, каким был этот опыт, когда к вам приходит новый клиент, который уже проходил терапию. Клиенты могут не знать, какой вид психотерапии (например, когнитивно-поведенческую, психодинамическую) использовали предыдущие терапевты, но они помнят, каково это было — находиться в комнате с терапевтом. Кто говорил? Каковы были проблемы, над которыми они работали?

Какие методы терапевт включил в план лечения? Был ли план лечения? Терапевт в основном слушал и поощрял, говорил о принципах обучения и способах изменения поведения или обсуждал модели привязанности в детстве и последующие трудности, с которыми клиент сталкивается в вопросах эмпатической настройки?

По нашему опыту, самой распространенной реакцией на эту лавину вопросов, является то, что клиенты делают паузу, вздыхают, а потом вежливо говорят, что они не совсем уверены, что лечение или врач были очень хорошими. Их благосклонно слушали, давали советы, и помогали справиться с жизненными стрессовыми ситуациями, но они забеспокоились, поскольку не чувствовали, что они получили максимум из того, что можно было. Затем они, как правило, продолжают объяснять, что они хотят, чтобы кто-то помог им внести некоторые изменения в их жизни. Они хотят, чтобы терапевт слушал и поддерживал, а также оказывал прямую помощь в изменении того, как они ощущают себя и мир, как они относятся к людям или как они справляются со своим эмоциональным расстройством. Короче говоря, клиентам часто нужен психотерапевт, который бы сочувствовал, поддерживал, сострадал и не был пассивным. Они хотят сильного слушателя, который понимает центральную роль терапевтических отношений и который может мотивировать, направлять и предоставлять опыт обучения в сеансах терапии, чтобы непосредственно изменить дисфункциональное поведение и обеспечить облегчение эмоциональных страданий. Это как раз тот тип терапевта, который может обращать внимание на ПТП и заботливо соотносить его с ценностями и целями клиентов.

ПТП может принимать различные формы и быть невероятно сложным. Как клиницистам нам нужны решения этих проблем. Тем не менее, нам нужны решения, которые являются концептуальными и практичными и которые могут быть применены гибко для различных клиентов и различных видов лечения. Эта книга предназначена для врачей и тех, кому интересно изучить способы управления сложным поведением, с которым приходится иметь дело во время оценки психического здоровья и лечения. Это может быть полезно для студентов в рамках психологического и поведенческого обучения. Клинические психологи, психиатры, клинические социальные работники, наркологи, практикующие медсестры, лицензированные профессиональные консультанты, брачные и семейные терапевты, лицензированные специалисты по вопросам злоупотребления психоактивными веществами и другие клиницисты — для всех этих категорий специалистов будет полезно ознакомиться со способами управления ПТП.

## Диалектическая поведенческая терапия

На протяжении всей этой книги мы рассказываем, как концептуализировать ПТП, используя подход из доказательной когнитивно-поведенческой терапии для ПРЛ, называемой диалектической поведенческой терапией (ДПТ). ДПТ была разработана несколько десятилетий назад доктором Маршей Линехан из Вашингтонского университета. Это была первая эмпирически поддерживаемая поведенческая терапия ПРЛ, и с момента публикации результатов первого рандомизированного исследования [Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991] ДПТ была распространена на национальном и международном уровнях в качестве вмешательства для ПРЛ.

На страницах этой книги мы ориентируем вас на принципы и стратегии ДПТ, предполагая, что вы еще не прошли интенсивное обучение ДПТ. Следует подчеркнуть, что на данный момент в ДПТ терапевты готовы иметь дело с ПТП у клиентов и подготовлены с концептуальной основой и поведенческими стратегиями для того, чтобы независимо от типа ПТП терапевт был готов эффективно реагировать. Наш опыт работы в качестве клиницистов, исследователей и супервизоров ДПТ вселил в нас уверенность, что терапевты, которые не обучены ДПТ или не используют ее, также выиграют от изучения способов эффективного реагирования на ПТП. В конце концов ПТП возникает у большинства, если не у всех, клиентов;

люди, отвечающие критериям для ПРЛ, не единственные, кто может получать нестандартную терапию во время лечения.

Эта книга предназначена для клиницистов, обучающихся в различных теоретических школах психотерапии. Психодинамически подготовленные терапевты имеют различные термины для процессов, которые имеют отношение к ПТП: сопротивление, перенос, контрперенос, бессознательная защита и тому подобное. Процесс переноса является ключевым компонентом терапевтического процесса для многих клиницистов и придает различные концептуальные рамки тому, что мы замечаем. Клиентоориентированные подходы, воплощающие позицию, что у клиентов есть все ответы и все возможности внутри них, могут демонстрировать заботу и поддержку, открытые заявления и аффирмации, рефлексии, перефразирования и резюме во время разговора с клиентом. В когнитивной терапии откровенный ответ на ПТП может быть в том, чтобы изучить основные мысли, взгляды, правила и убеждения, связанные с ПТП. Поведенческая терапия и функционально-аналитическая психотерапия [Kohlenberg & Tsai, 1991] предлагают подробный подход к управлению клинически значимым поведением во время сессии, который в определенной степени похож на то, что мы описываем при обсуждении способов управления ПТП с точки зрения ДПТ. И, как мы подробно описываем в этой книге, в ДПТ, одними из членов постоянно растущей семьи когнитивных поведенческих терапий, являются понятные стратегии управления ПТП.

Хотя ДПТ является современной когнитивно-поведенческой терапией, цель этой книги — предоставить стратегии, основанные на принципах, и практические инструменты, которые почти любой врач может использовать для грамотного управления ПТП. Мы не считаем, что ДПТ является первой или лучшей моделью для концептуализации или изменения ПТП. Это эмпирические соображения, которые лучше оставить лабораториям и рандомизированным испытаниям. Мы не считаем, что какая-либо теория или бренд психотерапии является лучшим способом управлять ПТП. Тем не менее мы считаем, что стратегии и методы, используемые в ДПТ для работы с ПТП, могут быть полезны для любых терапевтов, а не только занимающихся ДПТ.

В этой книге мы приводим конкретные примеры инструментов и стратегий, используемых в ДПТ для управления ПТП, чтобы помочь клиницистам, особенно тем, кто еще не обучен ДПТ, разработать новые способы реагирования на трудное для управления ПТП. В главах 1–4 выделены

основные рамки, необходимые для работы с любым ПТП, в то время как в главах 5–12 речь идет об общих для клиента и терапевта видах ПТП в психотерапии и способах преодоления конкретных и ожидаемых проблем при работе с ПТП.

Чтобы быть более конкретными, в главе 1 мы определили контекст проблем, с которыми сталкиваются клиницисты при обращении к ПТП, ответив на вопрос: почему клиенты иногда получают психотерапию по-своему? В главе 2 мы приводим подробное описание основных принципов ДПТ, используемых для концептуализации и соотнесения ПТП с другими проблемами, рассматриваемыми в терапии. В главе 3 обсуждаются границы и пределы терапевта, с акцентом на то, что врачи могут наблюдать за ними и работать в своих личных пределах, когда наблюдается ПТП. В главе 4 описываются основные инструменты и стратегии ДПТ, используемые для управления ПТП. В главах 5 (пропуск сессий), 6 (невыполнение домашней работы по терапии) и 7 (враждебность или гнев во время психотерапии) мы рассматриваем конкретные случаи применения стратегий и методов ДПТ для конкретного ПТП. Глава 8 содержит подробные рекомендации врачам относительно того, когда и как непосредственно говорить о ПТП с клиентами. В главе 9 обсуждается общая проблема, связанная с тем, что клиент старается избежать неприятных эмоций, мыслей и отдельных тем во время психотерапии. Глава 10 посвящена рассмотрению способов концептуализации и реагирования на потенциально сексуальное поведение во время психотерапии. Глава 11 посвящена общему ПТП, которое наблюдается в процессе прекращения психотерапии. Наконец, в главе 12 мы обсуждаем важную роль, которую ПТП терапевта может играть в процессе психотерапии, и предлагаем решения для управления этими ситуациями.

Используя стратегии управления ПТП на основе ДПТ, мы надеемся, что вы сможете улучшить свои навыки психотерапии с помощью новых инструментов для работы с некоторыми сложными моментами, с которыми сталкиваются терапевты. Когда вы будете читать остальную часть этой книги, мы рекомендуем вам вспомнить случаи лечения наиболее сложных клиентов, когда вы искали альтернативу в работе с ними, пытаясь изменить способ обращения к любому ПТП. К концу чтения этой книги вы не станете терапевтом ДПТ и не будете экспертом в лечении ПРЛ, но вы узнаете некоторые из основных способов, которыми мы, практикуя ДПТ, эффективно пользуемся, чтобы справиться с ПТП у наших клиентов с ПРЛ. Мы уверены, что если с ПТП у пациентов с ПРЛ можно успешно справиться, то эти же стратегии

можно использовать и с другими клиентами. Прежде чем думать о том, что вы практикуете психотерапию, просто несовместимую с поведенческой терапией, когнитивной поведенческой терапией или с ДПТ в частности, мы рекомендуем вам, продолжая чтение, вспомнить общие случаи проявления ПТП, с которыми вы сталкивались, и взять на вооружение способы, которые могли бы вам помочь справиться с ним в дальнейшем.

Независимо от вашей теоретической ориентации или подготовки в психотерапии на данный момент, подумайте о собственном опыте работы с ПТП. Вспомните клиента, которого вы сейчас лечите или недавно лечили. Определите три самых неприятных момента во время этих сеансов терапии.

Что клиент сделал или сказал перед тем, как вы расстроились? Что случилось, когда вы были расстроены? Чего вы ожидали? В чем состояла проблема, в которой клиент хотел разобраться, и как эта проблема проявилась во время психотерапии? Какое ПТП наблюдалось, и как вы могли бы более эффективно бороться с ним? Когда вы подумаете об этом, рассмотрите случаи, когда проявление ПТП было значительным и его невозможно было игнорировать, но трудно было преодолеть.

## **Бэт: клиентка, получавшая терапию по-своему**

Несколько лет назад я (Зак Розенталь) занимался психотерапией с клиенткой, которая, к сожалению, получала терапию по-своему. Бет, женщина в возрасте 30 лет с ожирением и приступами переедания, посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и проблемами, связанными с употреблением психоактивных веществ<sup>1</sup>, была моей пациенткой в течение нескольких лет, и мы время от времени занимались когнитивно-поведенческой терапией ее различных проблем. Бет была очень яркой и покоряла некоторого рода чувством вины как по отношению к своему терапевту, так и по отношению к другим людям. Оглядываясь назад, я понимаю, что это должно было быть предсказуемо — когда она в конце концов стала получать терапию по-своему, я должен был об этом догадаться. Но, как часто выясняется, роскоши

---

<sup>1</sup>Ключевые детали во всех клинических случаях в этой книге были изменены для защиты конфиденциальности клиентов. Никакие реальные имена не используются, и во всех случаях используемые описания являются прототипами опыта работы с несколькими клиентами, и/или детали были изменены в конкретных случаях таким образом, что описанный случай не касается какого-либо определенного бывшего клиента.

ретроспективного взгляда в то время не было, и это казалось немного странным. Пока она не *попыталась настоять на своем* слишком много раз, мне казалось, что *терапия с ней идет хорошо*.

Бет прошла через два года ДПТ, включая индивидуальные занятия и групповые тренинги. Ей не нравилось ходить в группу, но неделя за неделей, месяц за месяцем она продолжала приходить, послушно обучаясь навыкам и совершенствуясь. Она лучше регулировала свои эмоции и стала более стрессоустойчивой; она улучшила свою способность быть безоценочной и осознанно испытывать неприятные эмоции, а также освоила несколько навыков межличностной эффективности. После того как она прошла групповое обучение навыкам и такие признаки ее неконтролируемого поведения, как повторяющиеся побуждения к самоповреждению, приступы переедания, импульсивность, не проявлялись в течение длительного периода времени, мы решили, что было бы целесообразно провести научно обоснованное лечение ПТСР. Это общепринятый следующий шаг после первого этапа ДПТ. Она несколько лет воздерживалась от обращения к симптомам ПТСР, боясь напрямую говорить о том, что ее накачали наркотиками и изнасиловали в подростковом возрасте. Пролонгированная экспозиция является золотым стандартом поведенческой терапии ПТСР [Foa & Rothbaum, 1998]. Рандомизированные контролируемые исследования дали основание предположить, что она должна хорошо работать для многих клиентов.

Многokrатно проделав эту процедуру с мультидиагностическими и трудными клиентами, я почувствовал уверенность в своей способности провести такую терапию. И Бет была готова сделать свою работу.

Я, не стеснясь, следовал руководству по лечению, открывая его во время сеансов экспозиции и часто используя его в качестве ресурса для структурирования сеансов терапии и домашней работы по психотерапии. Для ДПТ-терапевта реализация пролонгированной экспозиции означает еще одну возможность моделировать недочеты терапевта как приемлемые и обычные. Эта демонстрация ошибочности действий терапевта происходила постоянно, поскольку лечение продолжалось с максимальной точностью, насколько это возможно, с учетом обычных жизненных обстоятельств. Бет путешествовала и пропускала сеансы. Она просыпала, или у нее появлялись другие консультации, которые мешали ей регулярно приходить на наши сеансы. У терапевтов тоже есть свои обстоятельства, поэтому, когда семейные торжества или рабочие встречи происходили в запланированные дни терапии, были пропущены еще некоторые сессии.

Тем не менее к концу нескольких месяцев пролонгированной экспозиции, к ее большому удивлению, симптомы ПТСР почти исчезли. Естественно, у нее все еще были некоторые проблемы, но кошмары исчезли, избегание было минимальным, она была менее взволнована, лучше спала и так далее. После многих лет страданий ее диагноз ПТСР больше не был уместен.

Сначала основное внимание уделялось навыкам ДПТ, затем ПТСР и пролонгированной экспозиции. Она похорошела, стала счастливее и начала получать больше удовлетворения от работы и свиданий. Это было доказательством того, что, возможно, несмотря на ее стойкое ощущение себя как непоправимо сломленной, поврежденной разрушительными сексуальными травмами, лечение помогло ей во многих аспектах жизни. Мы смотрели на изменения в ее сообщенных о себе симптомах ПТСР с течением времени на психометрически подтвержденных шкалах симптомов ПТСР. Мы отпраздновали ее победу, преодолев невыразимый стыд, который она так долго испытывала. Она больше не винила себя. Она больше не считает, что заслуживает того, чтобы преступники использовали ее в своих интересах. Бет была тайно накачана наркотиками и содомизирована и все еще была эмоционально травмирована, но теперь она знала, что она не виновата. Эти изменения были глубоки и были результатом проведенных сессий за сессиями, экспозиций за экспозициями, перемоловших обусловленные ПТСР эмоциональные реакции. Новое обучение, угасшие эмоциональные реакции и большая гибкость в том, как она переживала свои негативные эмоции и связи с другими, — все это характеризовало ее вновь формирующееся чувство собственного “я”. Это был, казалось, результат лечения, к которому мы стремились. То, что начиналось как множество разнообразных психиатрических симптомов, жизненных дисфункций и психологических расстройств, теперь настолько изменилось в положительную сторону, насколько можно было себе представить. Настало время либо завершить нашу совместную работу, либо определить новые достижимые цели.

Даже не имея каких-либо остро ощущаемых проблем, Бет решила продолжить психотерапию. Она оживленно говорила о том, насколько терапия помогла ей. Она заявила, что лечилась у “лучшего терапевта”, который у нее когда-либо был.

Она казалась искренней и даже чрезмерно сердечной. Терапия была долгим испытанием для Бесс; она эмоционально истощала, и терапия вызывала у нее чувство протеста все это время — и она поняла это. И, скорее всего,

ее заявление о лучшем терапевте, как это часто бывает, приняло дурной оборот, что скоро должно было проявиться в ее лечении.

Когда мы перешли к следующему этапу лечения, Бет все еще пыталась контролировать свои эмоции. Ее эмоциональная лабильность была резкой и непредсказуемой. Ее руминации были поразительны. В дополнение к идентифицированной травме, которую мы пролечили, Бет была изнасилована несколько раз другими мужчинами. Процесс экспозиционной терапии показал, что она верила каждой клеткой своего существа, что была принципиально непривлекательной. Не имело значения, что симптомы ПТСР исчезли. Ей все еще нужна была помощь.

Бет была рассказчицей, и история, которую ее ум рассказал ей, была той, которую рассказывают многие клиенты. Ее психологический рассказ был ясен, выкристаллизовался как истина и стал тем, что не всякая терапия может легко изменить. Ее разум был подобен невыносимому радиоперсонажу, гиперболическая ненависть к себе проявлялась так долго, что она уже не сомневалась в том, что она неполноценна, биологически предопределена к неудаче, неспособна и недостойна быть любимой. Ее разум убедил ее поверить в конкретную историю: она была и всегда будет непоправимо повреждена биологически, и это сделало ее принципиально нежелательной в межличностном плане. Ее разум был продавцом подержанных автомобилей, и он продал ей автомобиль с дефектами.

Хуже того, Бет заявила во время одного очень эмоционального сеанса, что, по ее мнению, наркотики и многократные изнасилования несколькими мужчинами были, проще говоря, чем-то, что она заслуживала. Она чувствовала себя отверженной. Она была уверена, что с ней все плохо обращаются и поэтому она терпит неудачу в отношениях. Успех был проклятием для нее, всегда вне досягаемости и эгодистоничный. Неудивительно, что ее стыд во время терапевтических сессий был таким стойким. Она изучала пол, разговаривая со мной, ее глаза избегали моих, слезы текли регулярно, и она ругала себя при каждом удобном случае за то, что не была хорошим клиентом.

Бет стыдилась своей неспособности быть продуктивной на работе, стыдилась, что она не может приходить вовремя на сессии, особенно по пятницам, или делать поведенческую домашнюю работу, на которую она согласилась на наших сессиях. Ей было стыдно “тратить” время на терапию и многое другое. Теперь, когда острые симптомы исчезли, пришло время помочь ей научиться лучше относиться к людям. Это означало, что нам нужно будет выявить и изменить то, как она ощущала себя и свой стыд



в контексте значимых отношений. Оглядываясь назад, я понимаю, что довольно легко было увидеть, как это могло закончиться.

Нам пришлось бы лечить стыд, который Бет чувствовала на сеансе терапии. Мы должны были бы сначала обратить внимание на ее стыд — мысли, физические ощущения, побуждения к действиям и связанные с ними чувства, которые она будет испытывать всякий раз, когда стыд появится на сеансе терапии. Мы должны быть сознательными, целенаправленными и сотрудничающими. Мы должны были бы сделать это, чтобы помочь ей развить понимание и эффективные новые модели отношений с другими людьми без эмоции стыда, являвшейся причиной или следствием взаимодействий. И нам пришлось бы медленно менять эту давнюю модель, по одному контексту и опыту за раз, начиная с меня на наших сессиях. Были составлены планы, и мы совместно пришли к выводу, что она всегда будет плохо себя чувствовать в какой-то момент на каждой сессии, и при работе с чувством стыда она, вероятно, будет чувствовать себя некомфортно. Проактивное отношение к тому, как изменить ее стыд на сессиях, обеспечит рабочую основу для решения того, что уже происходит в любом случае. Это казалось довольно хорошим планом. Мы вместе прошли через многое, и ее хронические самоосуждения и чрезмерный стыд во время наших сессий, конечно, не могли остановить нас.

Как вы, наверное, догадываетесь, все прошло не очень хорошо. Мы определили и согласовали несколько целей лечения. Все они включали использование когнитивных и поведенческих навыков для улучшения межличностных отношений. Важно отметить, что эта женщина отчаянно хотела уменьшить чувство стыда. Ей хотелось освободиться от его оков, которые, казалось, парализовали ее. Стыд был и петлей, и палачом, подстерегающими ее каждый день в виде эмоционального стресса. У нее было много моментов в течение дня, когда она действительно ненавидела себя, и все же при этом Бет прекрасно знала, что это иррационально. Как и многие клиенты, она любила в себе многое. Умная, щедрая и забавная, с британским остроумием — ее легко было полюбить. Она имела троих братьев и сестер, которые были врачами, и пожилых родителей, очень успешных в корпоративном мире. Это было частью проблемы. Бет родилась в семье, полной очевидного успеха. По мнению Бет, у ее родителей, братьев и сестер было все, чего не было у нее. Они были успешными, но она никогда не сможет быть такой. У них были хорошие гены. А у нее — нет. Они были счастливыми. А она вытащила короткую соломинку.

На тот момент Бет не нуждалась в дальнейшей психотерапии. Она не испытывала “расстройства информационного дефицита”, и никакие подробные объяснения той или иной модели психопатологии не поднимали ее самоощущения. Ей больше не нужно было учиться тому, как бороться с когнитивными искажениями. Ей не надо было репетировать навыки межличностной эффективности. Она умела быть напористой, умела смотреть людям в глаза и просить то, что хотела. Она не была агрессивной и враждебной, по крайней мере в терапии, хотя она могла быть эмоционально бурной, колючей или даже угрюмой. Казалось, что Бет нужно было узнать через опыт отношений, что она не была неудачницей и что ее ответы на стыд в терапии были ожидаемыми и могли измениться.

Как и многим клиентам, Бет нужно было учиться через свои отношения со своим терапевтом меньше чувствовать стыд и быть более уверенной в межличностном плане. Понимая это, мы пришли к выводу, что последовательное создание и поддержание безопасной и доверительной среды для нее, чтобы она могла в конечном итоге испытать опыт себя как хорошей, были важны как никогда. Но вот куда она попала, получая терапию по-своему: Бет позволила своему стыду удерживать ее от лечения. Она пропустила встречу, проспала, как она объяснила. Она попросила прощения и пообещала больше так не делать. Через неделю она отменила встречу, сказав, что у нее нет денег на оплату. На следующей неделе она описала основные жизненные изменения, произошедшие со времени предыдущего сеанса терапии. Потребовалась большая часть сеанса терапии, чтобы обсудить эти новые события: новый парень, новая работа, новые друзья, новый взгляд на себя. Она улыbnулась и сказала, что почувствовала себя лучше, чем чувствовала в течение долгого времени. Набирая разговорный темп, она продолжала: симптомы ПТСР были в ремиссии, не было приступов переедания, она хорошо спала и больше не чувствовала тревоги. Это была отличная новость, за исключением того, что новый парень был на 20 лет старше ее, выздоравливающий наркоман, в которого она импульсивно влюбилась, и — в соответствии с ее основным убеждением, что она недостойна и непривлекательна, — он был ужасно жесток с ней. Кроме того, ее близкая коллега по работе недавно отвернулась от нее, ругая и принижая Бет перед коллегами на праздничной вечеринке. Бет заявила, что она собирается противостоять этой агрессии, больше не связываться с этой коллегой и, возможно, даже поговорит с ней. Она смело утверждала, что не заслуживает эмоционального насилия. Те дни уже закончились. Ее основные

психиатрические симптомы исчезли, у нее появился новый парень, и она была готова встать на свою защиту. Все выглядело очень хорошо для Бет.

За исключением того, что все еще была проблема. В конце сессии она с тревогой сообщила, что, поскольку сейчас у нее все хорошо, она решила не возвращаться в группу навыков регулирования эмоций после недавнего согласия на это. Когда она рассказала о своем решении не идти в группу навыков и своем нежелании соблюдать наше соглашение, она резко отвела взгляд. Она начала плакать. Она со стыдом попросила прощения, сказав, что она была разочарованием, пустой тратой времени, и что другие клиенты заслужили этот час терапии больше, чем она. Стыд снова одолел ее, слезы покатились по щекам, но как только эмоциональный кран включился, она его выключила. Она вытерла слезы, хихикнула и сказала, что знает, что иррациональна. Сеанс закончился, мы запланировали встречу на следующей неделе и расстались. Она долго не возвращалась к терапии. Что случилось? Стыд Бет был связан с ее поведением. Почувствовав сильный стыд, она приготовилась выйти из этой ситуации. Она не думала, что заслуживает помощи. Она решила не следовать терапии.

Она старалась избегать разговоров об этом, подробно описывая все новые и сказочные вещи в своей жизни. Но когда она скатилась в спираль стыда на прошлой сессии, она собралась сбежать. Настоящая проблема, из-за которой ей нужна была помощь, настоящая проблема, с которой мы решили работать, стала проблемой, которая воспрепятствовала ее лечению. Ее чувство стыда в отношениях привело ее к терапии. Тот же стыд был на протяжении всего лечения. Нам удалось отколоться от него, но ее фундаментальное ощущение себя существенно не изменилось. В конце концов ее чувство стыда в отношениях стало ПТП, которое привело к окончанию ее лечения. Это положило конец ее лечению и помогло начать эту книгу.

# 2

## **Базовые принципы диалектической поведенческой терапии в применении к препятствующему терапии поведению**

Психологическое лечение является сложной задачей, и легко соскользнуть с пути, который принимают, как терапевт, так и клиент, и двигаться в неправильном направлении. Это, вероятно, относится к любым усилиям по изменению устоявшихся моделей поведения. Подумайте, как трудно восстановить режим сна, работать над снижением стресса, начать правильно питаться и увеличить физическую нагрузку. Многие изменения, которых мы ожидаем от наших клиентов, еще более сложно осуществить. Мы часто просим депрессивных клиентов, изо всех сил пытающихся встать с постели каждое утро, выходить из дома и общаться с людьми. Мы ободряем тревожных клиентов, парализованных избеганием приближения и включения в мир вокруг них. Клиенты, у которых есть веские причины, чтобы не доверять другим, связанные с их историей отношений, должны научиться доверять своему терапевту, чтобы научиться доверять другим. Независимо от теоретической ориентации терапевта, работа, которую мы делаем, требует, чтобы наши клиенты делали чрезвычайно сложные вещи. Иногда мы просим их пройти через горящее здание, чтобы иметь возможность испытать облегчение и свободу, существующие на другой стороне.

Мы не можем ожидать, что, независимо от потенциального вознаграждения, наши клиенты будут идти по устойчивому и прямому пути через это здание. Гораздо более нормально для них амбивалентно приближаться, выбирать пути, которые ведут прочь, заблудиться, слишком быстро забежать в здание или замереть от страха или неопределенности. Это просто норма

для клиентов — на протяжении всего терапевтического процесса делать вещи, мешающие изменениям, которые они ищут.

Терапия во многом похожа на практику осознанности (обсуждается далее в этой и других главах). Осознанность не предполагает фиксацию вашего внимания полностью на одной вещи, а, скорее, включает в себя акт возвращения вашего внимания обратно к этой одной вещи снова и снова, когда ваше внимание сбивается [Kabat-Zinn, 1996; Linehan, 1993b]. В терапии поведение клиентов будет периодически сбиваться с пути к тому, что, как они надеются, будет лучшей жизнью. Быть в терапии часто означает мягкое направление себя с помощью психотерапевта обратно на этот путь.

В этой главе мы обсудим некоторые основные принципы, которые помогут терапевтам и клиентам ориентироваться в эффективных путях терапии. Чтобы помочь клиницистам в рамках диалектической поведенческой терапии (ДПТ) и клиницистам, не практикующим ДПТ, в этих ситуациях, мы сосредоточены на четырех ключевых принципах: а) концептуализация поведения препятствующего терапии (ПТП) в поведенческих терминах; б) применение диалектических принципов к ПТП; в) подчеркивание роли эмоций и их регуляции в ПТП; и г) практика осознанности в ответ на ПТП.

## Концептуализация препятствующего терапии поведения в поведенческих терминах

С поведенческой точки зрения ПТП похоже на любое другое поведение. Поведение часто возникает и сохраняется, поскольку оно работает. Под тем, что оно работает, мы подразумеваем, что поведение служит какой-то важной цели или функции в контексте, в котором оно происходит. Хотя пространственные ограничения не позволят нам подробно обсудить бихевиоризм (мы отсылаем читателя к *Farmer & Chapman, 2008, 2016*, для подробного изучения поведенческих принципов и того, как включить их в лечение) технически, когда подкрепитель следует за поведением, это поведение, скорее всего, появится при аналогичных обстоятельствах в будущем. Антецеденты для поведения, часто называемые дискриминантными стимулами, сигнализируют о наличии подкрепителя, зависящего от возникновения определенного действия или набора действий, подобно тому, как зеленый светофор указывает на то, что, если вы продолжаете движение (поведение), вы окажетесь ближе к месту назначения (подкрепитель). Понимание подкрепляющих факторов для ПТП помогает терапевту точно

определить, как поведение работает для клиента. Возможно, клиент, который кричит на терапевта, обучился тому, что крик работает во многих ситуациях — помогает выпустить пар, заставить кого-то выполнить его пожелания, устранить чьи-то требования или просьбы либо замаскировать или регулировать другие эмоции, которые трудно терпеть.

Клиент, который неоднократно пропускал сеансы терапии, возможно, обучился тому, что действия, происходящие за пределами терапевтического кабинета, больше подкрепляют (например, времяпровождение с друзьями, занятие спортом, блуждание по интернету, употребление алкоголя или наркотиков), чем те, которые происходят в терапии (например, противостояние болезненным эмоциям, ответы на сложные вопросы).

Любое поведение, препятствующее терапии или нет, становится понятным в контексте истории обучения клиента (или терапевта), текущего контекста, обуславливающих последствий и терапевтических отношений. Одним из важных допущений в этом направлении является то, что все происходит именно так, как должно быть, учитывая причины и последствия, действующие в жизни клиента (и терапевта) [Linehan, 1993a]. Даже поведение, которое кажется возмутительным, например физическое нападение клиента или попытка инициировать сексуальный контакт с терапевтом, в конечном счете понятно в контексте жизни клиента, текущих навыков и терапевтической среды. Действительно, ПТП часто подпадает под функциональные классы поведения [Farmer & Chapman, 2008, 2016], которые были эффективны в предыдущих контекстах, но не выполняют аналогичную полезную функцию в контексте терапии. Избегание тем, связанных со стыдом, например, имеет смысл в контексте истории серьезного насилия в отношении клиента или травм у него, когда клиент научился скрывать уязвимости, эмоции или мысли. Однако в нынешнем терапевтическом контексте прятаться и избегать дискуссий, как правило, неэффективно.

Принятие точки зрения, что любое поведение можно понять, может ориентировать терапевта на оценку и понимание, а не просто управление ПТП. Когда ПТП особенно неприятное, например угрозы или крики, терапевтам легко действовать так, как будто основная цель — просто управлять поведением. Это происходит регулярно с суицидальным поведением. С чрезвычайно суицидальными клиентами трудно выйти из цикла кризисного управления, и все же кризисное управление само по себе не облегчает или не лечит суицидальность. Крайне важно оценить и понять факторы, поддерживающие суицидальность клиента [Linehan, 1993a]. Точно так же терапевт, который помнит, что самая важная цель в работе с ПТП — понять, будет

с большей вероятностью готов оценить поведение таким образом, что это позволит открыть дверь эффективным вмешательствам. Кроме того, точная оценка и понимание поведения клиента поможет терапевту его валидировать. Точная валидация в свою очередь может помочь укрепить терапевтические отношения, помочь клиенту почувствовать себя понятым, моделировать эффективную самооценку [Linehan, 1997] и перестроить терапевтические отношения, если проблемы затрудняют совместную работу.

Другим следствием поведенческой концептуализации является то, что ПТП редко связано исключительно с действиями клиента или терапевта. Наоборот, ПТП, скорее всего, является результатом взаимодействия между клиентом и терапевтом и часто поддерживается им. Как и в любых отношениях, терапия разворачивается как серия взаимодействий сторон.

То, что говорит или делает терапевт, влияет на то, что говорит или делает клиент, и наоборот. Терапевтический кабинет представляет собой сложную систему, состоящую из физической среды, поведения, мыслей и эмоций терапевта и клиента, истории обучения терапевта и клиента, биологических особенностей и так далее. Поэтому с поведенческой точки зрения решения проблемы ПТП должны включать изменения в терапевтической системе и контексте, а не только в поведении одного из индивидуумов в этой системе. Этот системный, контекстуальный взгляд на процесс терапии согласуется с диалектическими принципами, обсуждаемыми в следующем разделе, и дополняет их.

## Применение диалектических принципов к препятствующему терапии поведению

Марша Линехан не ставила перед собой задачу сделать ДПТ “диалектической” терапией как таковой. Скорее, в своей работе по развитию помощи женщинам, склонным к суициду, она сначала обнаружила, что подход когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), ориентированный только на изменение поведения, был недостаточным и приводил к тому, что клиенты чувствовали себя инвалидированными и не могли устранить важные факторы, лежащие в основе их проблем, — отсутствие принятия себя, своих мыслей, эмоций и опыта. Затем стало ясно, что подход, ориентированный исключительно на терапевтическую валидацию и принятие, скорее всего, потерпит неудачу и будет почти таким же инвалидирующим, как и подход, основанный исключительно на изменениях. Действительно, терапевты, работающие

с очень суицидальными или мультипроблемными, мультидиагностическими клиентами, часто чувствуют, что они никогда не смогут сделать это правильно. Терапевт движется в направлении перемен, и клиент чувствует себя непонятым и нуждается в большей валидации и принятии, но затем, когда терапевт движется к принятию, клиент срочно хочет, чтобы все изменилось. Мы часто наблюдаем это в наших клиниках. Одна из наиболее распространенных жалоб клиентов, испытывавших трудности в предыдущем лечении, заключалась в том, что терапевт проводил большую часть времени, занимаясь рефлексивным, чутким слушанием, а не предлагал конкретные решения, инструменты или навыки. Эти же клиенты, у которых были проблемы с подходом, ориентированным только на принятие, иногда позже говорят, что они хотят больше признания и меньше изменений.

Допустим, клиент приходит на лечение с горящей ногой. Терапевт, полностью сосредоточенный на принятии, может сказать: “Парень, похоже это огонь. Держу пари, тебе очень больно. Это мучительно больно, когда нога горит, и естественно, что ты кричишь и подпрыгиваешь”. Терапевт, сосредоточенный на изменениях с чисто когнитивной точки зрения, может побудить клиента оценить свои мысли о затруднительном положении. Если основное внимание уделяется обучению навыкам, терапевт может предложить, чтобы клиент изучил навыки избегания огня или навыки терпимости к боли. Все эти реакции могут быть неадекватны и инвалидировать.

Ситуация требует синтеза принятия (боли клиента, а также принятия в смысле доверия собственному опыту) и изменения (помощи клиенту потушить огонь). В этом случае помощь клиенту в изменении может быть наиболее валидирующей, приемлемой и сострадательной вещью, которую может сделать терапевт [Linehan, 1993a].

## Реальность состоит из полярных противоположностей

Диалектическая теория включает в себя несколько ключевых допущений [Linehan, 1993a]. Во-первых, допущение о том, что реальность состоит из полярных противоположностей. Между этими противоположностями существует напряженность, прежде всего потому, что каждый полюс сам по себе неполон. В ДПТ эти противоположности состоят из принятия и изменения (хотя, возможно, эти конструкции и терапевтические действия, вытекающие из них, не обязательно являются логическими противоположностями), и напряжение между этими полюсами — одна из форм проявления закона диалектики. С очень несчастными клиентами принятие само



по себе является неадекватным и неполным, но то же самое относится и к изменениям. Как и в случае с тезисом и антитезой, каждый полюс (принятие или изменение) имеет элементы, которые отсутствуют у другого; следовательно, работа терапевта состоит в том, чтобы найти наиболее эффективный баланс или синтез принятия и изменения. Даже когда происходит эффективный баланс или синтез (что может считаться другим тезисом), всегда есть другая антитеза за углом. В результате терапевт может использовать особенно эффективное вмешательство или стратегию в одно время, только чтобы обнаружить, что что-то другое требуется, когда подобная ситуация возникает снова. Важно также иметь в виду, что оптимальный баланс принятия и изменения вряд ли будет по 50% каждого. С некоторыми клиентами нужно намного больше принятия, выслушивания и валидации, прежде чем изменение может произойти. В этих случаях любое движение в сторону изменений до того, как клиент получил адекватную возможность выразить себя или почувствовать себя полностью понятым, скорее всего, потерпит неудачу. Другие клиенты, однако, могут быть готовы или способны работать над изменениями немедленно с минимальным принятием или валидацией. Терапевт по-прежнему осознает допущение, что реальность состоит из противоположностей, и когда он поощряет изменения и сталкивается с препятствием, стратегия заключается в переключении передач, оценке, валидации и принятии. И наоборот, когда оценка, валидация и принятие не в состоянии продвинуть терапию вперед, терапевт может переключить передачи и сосредоточиться на стратегиях изменения.

Когда мы говорим о принятии или изменении, мы говорим о стратегиях или вмешательствах, навыках и терапевтическом стиле. С точки зрения стратегий или вмешательств, ориентированные на изменения подходы включают в себя многие из основных вмешательств, используемых в КПТ, в частности когнитивную реструктуризацию, решение проблем, управление обуславливающими последствиями, экспозиционную терапию и обучение навыкам. Ориентированные на принятие меры вмешательства, как правило, сосредоточены на понимании, принятии и валидации опыта клиента, но также включают в себя стратегии, которые кажутся ориентированными на изменения, такие как когнитивные меры по противодействию самоинвалидации или самоосуждению.

В рамках ДПТ происходит обучение различным навыкам, помогающим клиентам принять себя, свои мысли и эмоции, события в их жизни и других людей (а именно, осознанность, радикальное принятие, основанные

на эмпатии межличностные навыки, а также осознанное присутствие в моменте и наблюдение эмоций и других внутренних переживаний). Ориентированными на перемены навыками являются те, которые направлены на изменение эмоциональных переживаний, решение проблем, отвлечение и самоуспокоение, чтобы пережить дистресс, и повышение уверенности в себе.

Баланс может также проявляться в стиле общения терапевта [Linehan, 1993a]. Стиль общения иногда может быть ориентирован на принятие (обычно называемый взаимным), он состоит в том, что терапевт передает тепло, положительное отношение, отзывчивость к опыту и приоритетам клиента и валидирует. В других случаях терапевтический стиль может стимулировать изменения через конфронтацию в поведении или заявлениях терапевта. Конфронтационный стиль, как правило, включает в себя неожиданные заявления, комментирующие последствия поведения, не желательные для клиента (например, клиенту, заявляющему, что он хочет умереть, говорят: “будьте терпеливы, мы все умрем в конце концов — давайте работать на вашу жизнь”), с помощью юмора и с помощью деловой манеры поведения с использованием, казалось бы, возмутительных и шокирующих событий или поведения [Linehan, 1993]. Часто, функции конфронтационного стиля заключаются в том, чтобы помочь клиенту присутствовать и обрабатывать его непосредственный опыт или посмотреть на вещи с другой стороны. Это позволяет держать клиента достаточно “несбалансированным”, чтобы способствовать изменениям [Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006]. Подробный обзор терапевтических стилей выходит за рамки этой книги, но на протяжении всего текста мы описываем случаи, когда терапевт балансирует взаимный и конфронтационный стили общения.

## Реальность постоянно меняется

Второе важное допущение состоит в том, что реальность постоянно меняется. Возможно, особенно когда дело доходит до ПТП, то, что работает в одном случае, может не работать в другое время или в другом контексте. На одной неделе клиент приходит и работает над расписанием активных действий для работы с депрессией, делает свою домашнюю работу, и все идет довольно хорошо, а на следующей неделе он приходит и говорит: “Активные действия? Что вы имеете в виду? Я не могу ничего из этого сделать. Я слишком несчастен, чтобы даже говорить или думать об этом”. Поскольку оптимальный баланс принятия и изменения может меняться

(разные сессии, разные клиенты, разные контексты и так далее), терапевт должен не только принимать постоянные изменения, но и всегда спрашивать клиента или себя, чего не хватает или что не учитывается [Linehan, 1993a]. Кроме того, терапевт также освобождается от необходимости быть абсолютно последовательным в своей манере или действиях. Таким образом, акцент здесь смещается на то, что является наиболее эффективным подходом или стилем прямо сейчас, в нынешней ситуации.

## **Когда происходит поляризация, эффективно работать над синтезом**

Многие из последствий этого диалектического взгляда непосредственно относятся к способам, которые терапевт использует для работы с ПТП и управлениям. Диалектическая философия, например, позволяет терапевту отказаться от того, чтобы “быть правым” [Lynch et al., 2006]. В случае поляризации терапевта и клиента терапевт в идеале признает это и понимает, что существуют для этого причины как у него, так и у клиента. Более того, отказ любой из сторон от спора приведет к компромиссу, который вряд ли поможет клиенту двигаться вперед. Поэтому, когда терапевт вводит диалектику в действие, целью является синтез или сведение воедино позиций клиента и терапевта, а не компрометация любой из сторон или сдача позиций.

Например, клиент может сказать, что не может делать домашнее задание, потому что всю неделю был слишком несчастен, чтобы встать с постели. Терапевт считает, что вставать с постели и потихоньку заниматься приятной и вызывающей чувство удовлетворения деятельностью — это именно то, что нужно клиенту. Обе позиции действительны. Вставая с постели, клиент может почувствовать, что ему нравится взбираться на самые крутые горы, и это может быть именно то, что клиент должен сделать, чтобы в конечном итоге освободиться от депрессии. Синтез должен включать в себя признание терапевтом действительности или истины в позиции клиента и сохранение при этом убежденности в том, что активация является важным домашним заданием.

Другой распространенный пример — несуицидальное самоповреждение (НССП). Мы знаем, что продолжение использования НССП приводит к ряду отрицательных результатов (в межличностном, эмоциональном и физическом планах [Esposito, Spirito, Boergers, & Donaldson, 2003; Favazza, 1998; Joiner et al., 2005; Leibenluft, Gardner, & Cowdry, 1987]). Поэтому

может быть важно, чтобы клиенты согласились по крайней мере работать над сокращением НССП. С точки зрения клиента, однако, НССП работает, часто уменьшая эмоциональное возбуждение быстро и надежно. В результате клиент может казаться “упрямым” и не желающим сдаваться или работать над снижением этого поведения. Однако если терапевт осознает мудрость в точке зрения клиента (то есть “Зачем мне избавляться от того, что и так хорошо работает, даже не зная, поможет ли так же хорошо то, что вы предлагаете?”), поведение кажется менее похожим на сопротивление. Скорее, позиция клиента вполне понятна и в некотором смысле разумна. Синтез может включать в себя помощь терапевта в обучении навыкам, позволяющим заменить функцию, выполняемую НССП, в то время как клиент одновременно работает над тем, чтобы уменьшить это поведение и принять потерю немедленного облегчения или других таких функций, которые не могут быть полностью заменены поведенческими навыками.

## Подчеркивание роли эмоций и эмоциональной регуляции в препятствующем терапии поведении

Поскольку ПТП часто возникает в ответ на эмоции или их функции, связанные с регулированием эмоций, необходимо иметь представление о рамках регулирования эмоций для концептуализации ПТП. В рамках ДПТ эмоции — это “сложные, краткие, непроизвольные, повторяющиеся, полносистемные реакции на внутренние и внешние раздражители” [*Linehan, Bohus, & Lynch, 2007, p. 582*]. Джеймс Дж. Гросс [*Gross, 1998*] в свою очередь определил эмоции как тенденции отвечать с помощью ограниченных по времени (например, короче, чем “настроение”) изменений вегетативных реакций, выражений (например, выражение лица, тон голоса, речь, позы), желаний (в ДПТ “побуждения к действию” [*Linehan, 1993b*]) и действий. Эти модели эмоций часто также включают в себя когнитивные оценки или интерпретации ситуации, триггеры или провоцирующие события для эмоций, а также факторы, которые повышают уязвимость к эмоциям (например, недавние стрессовые факторы или трудности с факторами, связанными с заботой о себе, такими как сон, еда, лекарства, наркотики, алкоголь и так далее). Короче говоря, эмоции — это полносистемные события, включающие в себя контекстуальные, когнитивные, физиологические, экспрессивные компоненты и действия.

Многие проблемы, с которыми сталкиваются мультипроблемные клиенты с пограничным расстройством личности (ПРЛ), связаны с трудностями в системе регуляции эмоций. Этот фокус на эмоциях и регуляции эмоций связан с теорией, лежащей в основе лечения. Хотя эта теория биосоциальная [Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Linehan, 1993] и в основном фокусируется на ПРЛ, если использовать элементы ДПТ можно увидеть, как биосоциальную теорию, сосредоточенную на регуляции эмоций, можно применять также и в отношении других клинических проблем. Согласно этой теории, ПРЛ является результатом взаимодействия эмоционально уязвимого темперамента с инвалидирующей средой воспитания. Лица, склонные к развитию ПРЛ, имеют низкий порог эмоциональной активации (эмоциональная чувствительность), интенсивные эмоциональные реакции (эмоциональная реактивность) и отсроченное возвращение к исходному уровню эмоционального возбуждения. Инвалидирующая среда состоит из близких, которые: а) без разбора отвергают взаимодействие с личным опытом ребенка (его мыслями, предпочтениями, мнениями, эмоциями), критикуя и упрощая или же наказывая ребенка; б) упрощают процедуры решения проблем в тех случаях, когда ребенок воспринимает эту проблему как непреодолимую и болезненную; и в) периодически подкрепляют чрезмерное эмоциональное самовыражение ребенка (что делает его устойчивым к угасанию) [Linehan, 1993a].

Биосоциальная теория представляет собой транзакционную модель [Crowell et al., 2009; Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005; Linehan, 1993], в которой поведение ребенка и его темперамент взаимодействуют с инвалидирующей средой. Дети, обладающие высокими эмоциональными качествами, нуждаются в более умелом родительском воспитании и могут стать причиной инвалидирующих реакций со стороны родителей, которые не обладают навыками регулирования собственных эмоций или не обладают знаниями или навыками эффективного реагирования.

В то же время инвалидация повышает эмоциональное возбуждение и может непосредственно приводить к нарушению эмоциональной регуляции как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. Когда инвалидирующая среда характеризуется насилием или травмами, или когда она не обеспечивает адекватной поддержки в случае насилия из других источников, окружающая среда может играть еще более важную роль в развитии ПРЛ. Те, у кого есть ПРЛ и проблемы с регулированием эмоций в более широком смысле, часто функционируют так же, как мощный автомобиль с неисправной тормозной

системой: их эмоции сильны и часто ощущаются как ошеломляющие и невыносимые, и им не хватает навыков для регулирования этих эмоций.

Проблемы с регулированием эмоций могут привести к различным проявлениям ПТП, которое функционирует в краткосрочной перспективе и дисфункционально в долгосрочной перспективе. Возможно, наиболее очевидный пример ПТП (подробно рассмотренный в главе 7), связанный с регулированием эмоций, — злое или агрессивное поведение. Сердитое поведение во время сеансов терапии может вызвать отрицательное подкрепление в виде эмоциональной разрядки, “спуска пара” или снижения требований со стороны терапевта (например, терапевт “отступает” и прекращает прилагать усилия для решения проблемы). Ожидается, что любое из этих последствий будет снижать нежелательные эмоции и, возможно, увеличивать желаемые эмоции. Клиент, который испытывает трудности с подъемом с постели и поэтому пропускает свой сеанс, может регулировать свои эмоции, оставаясь в постели. Клиент, испытывающий трудности с вызывающим эмоциональные переживания домашним заданием, может избежать неудобных эмоций, избегая выполнения домашнего задания и делая что-то другое. Сложные формы поведения в ходе сессии, такие как невнимательность, диссоциация, путаница, изменение темы и так далее, также могут служить для определенного регулирования эмоций, ослабляя или усиливая их. Терапевт может эффективно управлять ПТП: а) понимая, как это поведение работает для клиента, влияя на систему регуляции эмоций; и б) проявляя внимание к эмоциям клиента и помогая ему замечать, описывать и регулировать свои эмоции.

Терапевт может также заниматься собственными эмоциями. Терапевту может быть неприятно, когда клиенты постоянно занимаются своим ПТП, особенно в сочетании с малозаметным или медленным прогрессом. Эффективное управление ПТП включает в себя работу терапевта со своими эмоциональными реакциями на поведение клиента. Часто первый шаг в борьбе с фрустрацией из-за ПТП для терапевта — это наблюдать со стороны и мысленно описывать свое эмоциональное состояние. Если клиент опоздал на четвертый сеанс подряд, терапевт может, воспользовавшись моментом, проанализировать свои ощущения или чувство разочарования, отметить свои эмоции, заметить любые побуждения к участию в конкретных действиях, а также свои мысли, связанные с эмоциями, попытаться каким-то образом регулировать эти эмоции, а затем определить соответствующий порядок действий.

Это те же самые шаги, которым мы часто обучаем наших клиентов. Действительно, психотерапевты, так же, как и клиенты могут сбиться с пути, если у них отсутствует четкое понимание своих эмоций и не хватает времени, чтобы проверить свое эмоциональное состояние.

## Принципы, основанные на осознанности

Навыки и принципы осознанности также чрезвычайно полезны для терапевтов, имеющих дело с ПТП. Практика осознанности, которую использует терапевт, может способствовать расширению ума, готовности примириться с реальностью (включая широкий спектр поведения клиента), принять ее такой, какая она есть. Поскольку один из принципов, лежащих в основе осознанности, заключается в том, что все происходит именно так, как должно быть в этот момент, и не может быть иначе, терапевт, поступающий осознанно, может выйти из борьбы с реальностью. Вместо того чтобы сказать: “она не должна этого делать!” “почему так происходит?” или “это неуместно и должно прекратиться”, — терапевт учится наблюдать и описывать поведение таким, какое оно есть (а также последствия поведения для него самого, клиента и терапевтического процесса), и отпускать на тот момент любую привязанность к вещам, не связанным с реальностью. По сути, терапевт использует принцип и умение радикального принятия, чтобы признать реальность такой, какая она есть, и отпустить борьбу за ее изменение или отрицание [Linehan, 1993b, 2015]. Идея состоит не в том, чтобы отказаться от ожиданий эффективного совместного поведения, а в том, чтобы отпустить привязанность к этим ожиданиям. В то же время диалектический синтез заключается в том, что терапевт может упорно работать, чтобы помочь клиенту изменить и ослабить проявление ПТП.

Наряду с акцентом на осознанности и принятии возникает фокус на практике безоценочности, одном из основных навыков осознанности. Безоценочность предполагает, что человек сначала осознает, когда он разделяет людей, мысли, эмоции, ситуации или действия на такие категории, как хорошие и плохие, правильные и неправильные, должны и не должны и так далее. Тем не менее терапевтам не рекомендуется отказываться от своего “суждения”, когда дело касается определения того, что является эффективным или неэффективным для них или их клиентов. Проницательность и способность различать эффективное и неэффективное поведение имеют решающее значение как для терапевта, так и для клиента. Действительно,

иногда это то, за что клиент платит терапевту. Безоценочность это также не то же самое, что отмечать все как хорошее (это была бы оценка хорошо). Скорее терапевты (и клиенты) обязуются осознанно сокращать использование глобальных определений хорошего и плохого, а вместо этого придерживаться как можно ближе объективной, конкретной оценки фактов. Это может быть эффективным для терапевтов — принять эту безоценочную позицию по отношению даже к самым вопиющим видам поведения как в том, что они думают и как говорят с клиентом, так и в том, как они обсуждают поведение клиента с другими терапевтами, консультантами, стажерами или руководителями.

Когда мы обучаем терапевтов быть безоценочными, мы часто говорим то же самое, что и нашим клиентам: “наблюдение и описание фактов — лучшее противоядие от оценочного мышления”. Терапевты могут практиковать безоценочность, просто описывая поведение, с которым они имеют дело, в самых точных, конкретных и поведенчески специфичных терминах. Если, например, терапевт думает, что клиент намеренно “сопротивляется” изменениям, “срывает терапевтическую дискуссию” или пытается “манипулировать” терапевтом, он может практиковать безоценочность, отступая назад и объективно описывая фактическое поведение клиента. Например, терапевт так могла бы описать то, что она имела в виду под “сопротивлением к изменениям”:

*“Когда я предложила Джоан несколько способов использования навыков, чтобы уменьшить ее беспокойство, прежде чем искать работу в интернете, Джоан сказала, что такие навыки не будут работать для нее и что она действительно не думает, что навыки очень полезны в целом”.*

Чтобы описать, что она имела в виду под “срывом терапевтической дискуссии”, она могла бы сказать:

*“Когда я спросила ее, что она думает по поводу планирования поисков работы, например, 20 минут в день, она изменила тему и начала расспрашивать меня о моей семье и моей сексуальной жизни с мужем”.*

К сожалению, терапевтам не всегда легко быть безоценочными и придерживаться фактов, потому что специалистов в области психического здоровья часто обучают предполагать, делать выводы, мыслить аналитически. Мы придаем смысл почти всему. Идея заключается в том, чтобы стать конкретными. Один из нас обучая этому навыку клиентку, сказал, что нужно



попытаться смоделировать свое поведение на основе поведения кого-то, кого она знает, кто, возможно, время от времени раздражающе конкретен и придерживается только фактов. Он спросил клиентку, может ли она назвать кого-то похожего, и она ответила: “Да, определенно.” Он спросил, кто же это, и она сказала: “Вы!” Делая лимонад из лимонов, терапевт ответил: “Ну, тогда, я думаю, вам повезло, что вы работаете со мной. Вы научитесь и описывать эффективно, и терпеть людей, которых вы будете считать раздражающими!”

## Движемся вперед

В этой главе мы сосредоточились на четырех ключевых принципах. В качестве отправной точки концептуализация ПТП с поведенческой и функциональной точки зрения ориентирует терапевта на цель или функцию поведения клиента или на то, как оно работает для клиента. Это важный первый шаг в оказании помощи клиенту в изменении ПТП. Сочетание рамок регуляции эмоций с поведенческими принципами помогает терапевту ориентироваться на потенциально важную роль эмоций и их регуляцию с помощью ПТП.

Поведенческая концептуализация также помогает терапевту помнить, что ПТП существует в терапевтической системе, когда терапевт и клиент формируют поведение друг друга. Использование диалектической точки зрения позволяет терапевту наблюдать, балансировать и синтезировать многие полярности, возникающие в контексте терапевтических отношений. ПТП и совершенно понятно, и должно измениться. Терапевтические стили, навыки и стратегии, ориентированные на принятие и изменение, дополняют и уравнивают друг друга, и эффективное управление ПТП предполагает наличие терапевта, который находит лучший баланс стратегий для конкретного клиента в конкретный момент. Наконец, практика осознанности при обращении к ПТП может помочь терапевту отступить назад, наблюдать и выбрать ПТП в качестве мишени, безоценочно и эффективно. Осознанность дает возможность некоторого рода расширения ума, необходимого для принятия и изменения сложного поведения. Имея в виду эти принципы, в главе 3 мы начинаем наше обсуждение того, как обращаться с ПТП, описывая несколько основных шагов и стратегий.

# 3

## **Базовые стратегии диалектической поведенческой терапии для управления препятствующим терапии поведением**

В этой главе мы предлагаем набор шагов, инструментов и стратегий для управления препятствующим терапии поведением (ПТП). Принципы, обсуждаемые в главе 2, обеспечивают основу для применения стратегий, которые мы представляем в этой главе. В последующих главах мы обсудим конкретное применение многих из основных стратегий, представленных здесь, к конкретным типам ПТП. Мы обнаружили, что, помня об общих принципах, в сочетании с наличием эффективных инструментов наготове, мы стали гораздо более уверенными, когда столкнулись с неожиданным или потенциально ошеломляющим ПТП.

### **Выделение и оценка проблемы**

Первыми шагами в управлении ПТП являются выделение и оценка. Представьте, что вы и ваш клиент вместе идете по коридору, непринужденно говоря о ливне, который только что начался. В этом коридоре есть несколько комнат с закрытыми дверями.

Одни вы замечаете, другие нет — вы ведь заняты ходьбой и разговорами. Но по пути к месту назначения открытая дверь привлекает ваше внимание. Выделение можно рассматривать как “заметить вслух, что дверь приоткрыта”, а оценку — как “войти в нее и осмотреть комнату”. Выделение ПТП открывает тему для обсуждения, а затем терапевт и клиент участвуют в совместной оценке, чтобы лучше понять, что движет этим ПТП. Эта оценка часто находится в рамках функционального анализа поведения. Далее мы обсудим эти стратегии.

## Выделение препятствующего терапии поведения

В качестве примера выделения, когда клиент периодически пропускает сеансы терапии, терапевт может заявить: “Я заметил, что вы пропустили примерно каждое третье из наших последних сеансов. Я думаю, мы должны поговорить об этом”. Клиенту, который не разговаривает или не дает достаточно подробных ответов на вопросы, терапевт, выделяющий проблему, может сказать: “Я не уверен, что вы это заметили, но когда я задаю вам вопросы, вы часто отвечаете: “Я не знаю” или даете довольно краткие ответы без особых подробностей. Не могли бы мы поговорить об этом несколько минут?” Несмотря на то что терапевт может иметь гипотезы, предположения или интерпретации относительно поведения клиента, мы рекомендуем, чтобы он временно отказался от них в пользу совместного и безоценочного исследования вопроса. Терапевт, конечно, может выдвигать гипотезы, но преждевременное их озвучивание может сузить фокус, и важные факты или детали могут быть потеряны.

Эффективное выделение также предполагает четкое обоснование важности обсуждения конкретного ПТП, о котором идет речь. Один из способов сделать это — подчеркнуть обуславливающие последствия, такие как негативное влияние ПТП на терапевта, терапевтические процессы или способность клиента достичь важных целей. Например, в случае пропуска сеансов клиентом терапевт может добавить следующее:

*“Эта работа требует большой стабильности. Чтобы действительно получить пользу, вы должны посещать занятия и делать свою домашнюю работу. Я обеспокоен тем, что ваше отсутствие по крайней мере на трети наших сеансов затруднит вам достижение вашей цели — уменьшить ваш страх перед мужчинами и работать над вашими симптомами посттравматического стресса”.*

Как обсуждается в главе 2, терапевт, использующий диалектическую философию, иногда может сбалансировать свой стиль выделения. Выделение может происходить в прямом, открытом, взаимном стиле либо провокативном. С клиенткой, работающей над сокращением употребления алкоголя, например, если бы она появилась на сессии, выпив бутылку или две вина прошлой ночью, терапевт мог бы выделить это во взаимном стиле (например, “Я вижу, что вы употребили несколько бутылок вина прошлой ночью. Как вы думаете, мы должны включить это в повестку дня сегодня?”) или провокативном (например, “Ну, я вижу, что вы вернулись к бутылке!”).

Что касается выделения, непочтительность может быть полезна для повышения осведомленности, внимания и участия в процессе сеанса психотерапии. Возможно, клиентка застряла в жесткой поведенческой модели или образе мышления. В этом случае терапевт, комментируя неожиданным образом поведение, может помочь ей "переключить передачи" и рассмотреть другую перспективу или лучше понять проблемы, связанные с ее мышлением или поведением. Для клиента, который пропустил сеанс терапии, провокативным может быть выделение, когда терапевт говорит: "Очень трудно проводить терапию с кем-то, кого здесь нет". Когда клиент переписывается во время групповой сессии, терапевт, используя непочтительность, может сказать: "Вы, конечно же, не делаете две вещи одновременно, не так ли?" (Мы благодарны доктору Марше Линехан за некоторые из этих непочтительных выражений и примеров.) Как отмечалось в главе 2, непочтительность иногда может ярко и живо подчеркнуть важность перемен.

## Оценка и понимание проблемы

Еще одним важным шагом является совместная работа с клиентом над оценкой факторов, которые могли способствовать ПТП. Одна из таких стратегий — проведение функционального анализа событий, окружающих поведенческую мишень [Farmer & Chapman, 2016; Linehan, 1993a]. Иногда называемый цепным анализом, функциональный анализ включает в себя оценку факторов, окружающих один пример или возникающее регулярно поведение-мишень. Вместо оценки опоздания в целом, например, терапевт и клиент реконструируют события, приводящие к опозданию в конкретный день на конкретный сеанс.

В идеале функциональный анализ собирает определенную информацию о событиях, предшествующих поведению-мишени и следующих за ним. Терапевт настроен на мелкие детали и интересуется мыслями, эмоциями и действиями, происходящими в цепочке событий. Однако попытки собрать всю возможную информацию о событиях, окружающих поведение, могут привести к чрезмерно длительному функциональному анализу, оставляя мало места для решения проблем. Поэтому задача состоит в том, чтобы собрать достаточно информации для определения плодотворных направлений такой деятельности.

Иногда говорят о том, что, возможно, функциональный анализ представляет собой аверсивное обуславливающее последствие для поведения клиента, потому что клиент может воспринимать функциональный анализ

как неприятную процедуру. Хотя это может быть трудно и расстраивает клиентов — говорить чрезмерно подробно об их проблемном поведении, — для терапевта важно избежать восприятия функционального анализа как неприятное мероприятие или наказание [Rizvi & Ritschel, 2014]. Мы рекомендуем, чтобы терапевт подходил к этой задаче как к любопытному исследованию и чтобы он передал этот настрой клиенту, как описано в следующем примере:

*“У нас есть прекрасная возможность разобраться в том, почему вам трудно выполнять обязательства, такие, как приехать вовремя на сессию или на работу. Представьте себе, как изменилась бы ваша жизнь, если бы мы смогли действительно добраться до сути этой проблемы и научились справляться с ней”.*

Любое поведение (не только ПТП) может быть целью функционального анализа, и эта стратегия оценки может помочь клиенту и терапевту понять важные, более широкие модели поведения. Функциональный анализ может, например, использоваться, чтобы понять ПТП, происходящее за пределами сессии (например, невыполнение домашних заданий) или во время сессии (например, вспышки гнева, отказ от разговора), либо другое поведение, связанное с ПТП (например, прием алкоголя или наркотиков). Часто понимание одной проблемы поведения может помочь выделить более широкие модели для решения в терапии. Марита, например, часто становилась слишком разговорчивой с терапевтом или меняла тему. Терапевт выяснил, как такое поведение может мешать терапии, и после функционального анализа стало ясно, что основная функция этого поведения — избежать дискомфорта эмоций (особенно печали). Это было частью более широкой модели эмоционального избегания, которое способствовало не только другому ПТП (избегание выполнения домашней работы), но и возникновению тех проблем, с которыми Марита пришла в терапию (депрессия, социальная изоляция).

При проведении функционального анализа может быть эффективной работа в нескольких ключевых опорных точках в цепи событий, окружающих поведение-мишень. Некоторыми из этих опорных точек являются: а) факторы уязвимости; б) провоцирующие события; в) конкретные ПТП; и г) события или последствия, происходящие после ПТП [Farmer & Chapman, 2016; Linehan, 1993a]. Факторы уязвимости — это те факторы, которые могли бы сделать ПТП более вероятным, например, низкая

забота о себе или недавние стрессовые события. Провоцирующее событие — это инициирующее событие, запускающее операции, которые приводят к ПТП. Наконец, последствиями ПТП могут быть потенциально подкрепляющие поведение факторы, а также любые неприятные последствия. Такие последствия могут быть непосредственными (возникает сразу после поведения) или возникающие с задержкой, внутренние (изменение мыслей, эмоций, побуждений и так далее) или внешние (изменения в окружающей среде или в поведении других людей). Ниже приводится пример взаимодействия между клиенткой и ее терапевтом, обсуждающими склонность клиентки менять темы, когда речь идет о важных проблемах. Впоследствии мы выделим некоторые опорные точки в этой цепочке.

**Терапевт.** Марита, я много думал о нашем последнем сеансе, и считаю, есть кое-что важное, о чем мы должны поговорить.

**Клиентка.** ОК, о чем вы?

**Терапевт.** Ну, я заметил, что часто, когда мы начинаем говорить о ряде проблем, над которыми хотели поработать, вы склонны менять тему. Когда я возвращаю разговор обратно, вы иногда кажетесь расстроенной и закрытой, особенно когда молчите или не спрашиваете меня, почему мы говорим об этом. Вы обратили на это внимание?

**Клиентка.** Может быть, наверное. Просто иногда мне кажется, что есть вещи поважнее, чем мои проблемы с выходом из дома.

**Терапевт.** Ладно, хорошо, это может быть правдой. Давайте продолжим. Хотя это было нашей целью работы, и я помню, что вы сказали, что это действительно важно для вас. Я боюсь, что если мы перестанем говорить об этом, вам будет трудно добиться прогресса. По этой причине, я хотел бы поговорить немного больше о том, что происходит. Вы готовы это сделать?

**Клиентка.** Конечно, мы можем это сделать.

**Терапевт.** Хорошо, вы, наверное, помните, как мы это делаем, — с помощью функционального анализа, верно?

**Клиентка.** Мы уже делали это для домашней работы, да?

**Терапевт.** Да, это так. Это как заговорить проблему до смерти. Если мы сложим наши два ума вместе и поймем, что происходит в те моменты, когда вы меняете тему и так далее, мы могли бы найти способ обойти это. Я не знаю наверняка, но если это еще один пример того, как вы избегаете вещей, и мы поймем, что с этим делать, мы могли бы узнать что-то, что могло бы помочь вам с использованием и других важных способов.

**Клиентка.** Хорошо, это звучит прекрасно.

**Терапевт.** Начнем с прошлой недели. Мы говорили о том, что вы делаете небольшие шаги, чтобы встать с постели и пойти на кухню, чтобы приготовить себе чашку кофе, и вы начали говорить о своем отношении к этой спорной теме, обсуждаемой в средствах массовой информации. Вы помните, что случилось?

**Клиентка.** Да, ну, у меня были проблемы с наркотиками, как у того мэра, и я знаю, что он не должен был делать это и выглядит полным дураком, но они всегда так осуждают тех, кто использует наркотики.

**Терапевт.** Марита, боюсь, это может быть еще одним примером того, как вы уходите от нашего разговора. Давайте вернемся к тому, о чем мы говорили. Звучит так, будто вы помните. Итак, о чем вы думали и что чувствовали перед тем, как начать говорить на эту тему?

**Клиентка.** Я не знаю. Наверное, я уже начала чувствовать тревогу. Я имею в виду, что это действительно трудно для меня — заставить себя идти, и я знаю, что я должна. Это так странно. Я не помню точно, о чем я думала, но, возможно, о том, что это действительно трудно.

**Терапевт.** Отлично — очень хорошо, что вы все это заметили. Итак, вы, возможно, чувствовали беспокойство и были ошеломлены всем, что связано с тем, чтобы заставить себя идти и думать, что это трудно. Что еще вы заметили? Какие-нибудь физические ощущения? Другие эмоции или мысли?

**Клиентка.** Я думаю, я почувствовала что-то вроде сжатия или ощущения, что что-то опускается в моем кишечнике. Я чувствовала, что мне нужно выбраться отсюда. Прекратить говорить об этом. Я чувствовала себя очень напряженной. Помню, я подумала, что просто не могу этого сделать.

**Терапевт.** ОК, это действительно важно. Я думаю, мы начинаем понимать, что здесь происходит. Похоже, вы чувствовали, что уперлись в стену, были перегружены и просто хотели убежать и забыть об этом. Я понимаю, то, над чем мы работаем, так тяжело, как взбираться на гору. Я понимаю, почему вы иногда хотите просто развернуться и убежать. Как вы дошли до разговоров о том мэре, который употреблял наркотики?

**Клиентка.** Я вспомнила, как я лежу в постели, смотрю новости, и это то, что показывали в то утро, и я просто хотела поговорить об этом.

**Терапевт.** Хорошо, и когда вы начали говорить о мэре, что случилось?

**Клиентка.** Думаю, мы оба как бы разговорились об этом, и я не знаю...

**Терапевт.** Правда, почему-то эта тема была настолько заманчивой, что я о чем-то забыл и, возможно, позволил вам избежать чего-то! Я буду над этим работать. Итак, одна вещь, которую мы знаем точно: вам временно больше не нужно было говорить о том, что следует вставать и ходить по утрам. Вы почувствовали себя иначе в тот момент?

**Клиентка.** Я не думаю, что я почувствовала себя напряженной больше или меньше, но я, типа, рассердилась из-за этих новостей.

**Терапевт.** Как вы отреагировали на то, что я снова спросил вас о том, как встать с кровати и что мы могли бы с этим сделать; что вы почувствовали и что происходило у вас в голове?

**Клиентка.** Трудно вспомнить все это, но я думаю, я была расстроена, что вы снова об этом заговорили. Я имею в виду, вы знаете, как это тяжело для меня. Как, почему он заставляет меня проходить через это?



**Терапевт.** Правильно, я призываю вас обратиться к чему-то действительно болезненному и трудному, а вы не хотите чувствовать себя так. Я вижу, как может возникнуть разочарование. Это была первая реакция, а были ли и другие чувства?

**Клиентка.** Не думаю, что это было первым. Мне кажется, я почувствовала это слабое, сжимающее, напряженное ощущение, прежде чем разозлилась на вас.

**Терапевт.** Ладно, может быть напряжение и тревога были на первом месте. Давайте посмотрим, было ли что-то конкретное в нашем разговоре, что действительно вызвало эти чувства. Было ли это связано с тем, что мы вообще говорили о вашем решении собираться утром, или это было что-то конкретное, о чем я спросил вас, или сказал вам?

**Клиентка.** Это трудно понять, но я думаю, что это было, когда вы спросили мое мнение о том, что я могу сделать, чтобы облегчить себе ситуацию, а не просто нажать кнопку повтора и остаться в постели.

**Терапевт.** Интересно. Как вы думаете, вы бы чувствовали то же самое и хотели бы убежать, если бы я не попросил вас придумать решение для этого?

**Клиентка.** Мне так не кажется. Просто, когда я начинаю думать о том, что я могу сделать, мне кажется, что это слишком, слишком много работы, чтобы думать об этом. А еще я подумала, что это никогда не изменится.

**Терапевт.** Вероятно, это как-то связано с тем, что вам нужно решить проблему. Это похоже на то, как вы начинаете думать, а затем все становится слишком сложным и подавляющим, и вы решаете, что это безнадежно. Верно?

**Клиентка.** Да, это очень хорошо подходит.

**Терапевт.** Это лучшая новость, которую я услышал сегодня.

**Клиентка.** Что?

**Терапевт.** Ну, мы знаем, что именно это происходит с вами, когда вы пытаетесь встать с постели утром, принять душ, одеться и так далее. Вы ударяетесь о стену, чувствуете себя очень

напряженной, начинаете перегружаться, думаете, что это никогда не изменится, и говорите: “Забудь об этом!” или еще какие-то слова, а потом просто возвращаетесь в постель, остаетесь там или отвлекаете себя, играя на планшете. Звучит знакомо?

**Клиентка.** Да, вот в этом-то и суть. Я не знаю, как выбраться из всего этого.

**Терапевт.** Сейчас у нас есть возможность сделать действительно важный шаг. Если то же самое происходит здесь, то мы можем работать над этим всякий раз, когда это появляется в нашей работе. И если мы поработаем над этим здесь, и вы получите много практики, я думаю, вы тоже начнете замечать, что дома становится легче.

**Клиентка.** Я рада, что вы думаете, что это может измениться. Хотя один из нас двоих так думает.

**Терапевт.** Ха, ну в конце концов я смогу и вас убедить, не волнуйтесь об этом. Хорошо, вот что у нас есть на данный момент. Мы с вами говорили о том, как сделать маленькие шаги, чтобы встать с кровати, пойти на кухню и приготовить кофе, и вы начали чувствовать себя очень напряженной и подавленной, и просто захотели уйти. Вы подумали, что это слишком для вас, и что вы не сможете сдвинуться или продолжать работать над этим. Потом вы вспомнили о мэре и его употреблении наркотиков, начали говорить об этом, и я перестал “вытаскивать вас из постели”, и вы почувствовали себя немного лучше. И, конечно же, вы почувствовали напряжение и раздражение, когда я вернулся к этому снова. Думаете это правильное описание?

**Клиентка.** Да, на этом все и закончилось.

**Терапевт.** Итак, это говорит нам о том, что вы изменяете темы и раздражаетесь на меня во время наших сеансов?

**Клиентка.** Я опять избегаю?

**Терапевт.** Я так думаю. Я думаю, что что-то такое заставляет вас менять тему. Вы должны перестать говорить о чем-то, что вас

переполняет, и чувствовать напряжение, тогда вы чувствуете себя лучше, и вам не нужно с этим иметь дело. Я также думаю, что когда вы расстраиваетесь из-за меня и выражаете это, я иногда отступаю, что, вероятно, работает в этом направлении. Помните, что мы говорили о позитивном и негативном подкреплении?

Этот пример иллюстрирует некоторые ключевые особенности функционального анализа, а также то, как терапевт и клиент могут использовать эту стратегию для уточнения своей концепции проблемного поведения. Терапевт сначала выделил проблему избегания клиенткой и переключения тем во время последнего сеанса (и во время других сеансов), затем привлек клиентку к обсуждению этого, предоставил краткую ориентацию на функциональный анализ, а затем начал цепочку. Терапевт был поведенчески специфичен в отношении действий, в которых участвовала клиентка, и не включал предположения, выводы или суждения на данном этапе. Затем терапевт объяснил, почему проблемное поведение является проблемой с учетом целей терапии клиента. Хотя провоцирующее событие сначала казалось просто обсуждением того, как начать работать утром, терапевт обнаружил, что конкретным провоцирующим событием был терапевт, просящий клиентку участвовать в решении проблем во время сеанса. Терапевт понял это, спросив клиентку, обсуждение чего могло вызвать ее эмоциональную реакцию, и, участвуя в проверке гипотез (где терапевт спросил, что могло бы произойти, если бы он не подталкивал клиентку придумать решение), включая изменение переменных и изучение того, будут результаты одинаковыми или разными [Linehan, 1993a].

Эта стратегия проверки гипотез может выделить конкретные аспекты ситуации, на которую реагирует клиент. Кроме того, терапевт оценил события, следующие за поведением, в том числе снижение напряжения, тревоги и раздражения, а также снятие требований терапевтом.

## Обращение к препятствующему терапии поведению

Функциональный анализ и другие стратегии оценки направлены на выяснение факторов, влияющих на ПТП, и выявление эффективных направлений вмешательства. Хотя на ПТП могут влиять многие факторы,

их распределение по следующим категориям может помочь выделить путь к эффективному вмешательству: а) мотивационный дефицит; б) дефицит навыков; в) обуславливающие последствия среды; г) избегание как способ справиться; д) проблемные модели мышления; и е) проблемы в среде и жизненные стрессоры. Многие мероприятия описаны подробно в других текстах [Farmer & Chapman, 2008, 2016; Linehan, 1993a], например, как методы помощи клиентам в достижении их терапевтических целей.

## **Устранение мотивационного дефицита, связанного с препятствующим терапии поведением**

Одна из проблем в управлении ПТП — это трудность в развитии или поддержании мотивации к важным изменениям в терапии. Часто обвиняют во всем мотивационный дефицит, когда ПТП или другое проблемное поведение сохраняется, несмотря на некоторые усилия, направленные на оценку и решение проблемы, когда кажется, что клиент не особенно хочет или не заинтересован в изменении, или когда возникает несоответствие между нацеленностью терапевта на изменения и готовностью клиента к изменениям (например, терапевт говорит о навыках, которые помогут клиенту сократить употребление алкоголя, а клиент еще должен серьезно рассмотреть вопрос о сокращении потребления алкоголя). С поведенческой точки зрения мотивация не является силой внутри клиента, которая должна, как пружина стимулировать его к изменениям. Скорее, мотивация или приверженность изменениям очевидна, когда клиент говорит об изменениях (изменяющие высказывания [Miller & Rollnick, 2012]), предпринимает шаги и демонстрирует устойчивую приверженность изменениям [Farmer & Chapman, 2016]. Мотивация рассматривается как нечто отчетливо отличающееся от того, насколько человек “хочет” измениться. Важным допущением здесь является то, что клиенты хотят измениться и должны стать более мотивированными к изменениям [Linehan, 1993a]. Несколько факторов влияют на то, участвует ли клиент в разговоре или поведении, ориентированном на изменения. Терапия может сбиться с пути, когда терапевт не признает эти факторы.

Например, терапевты часто предполагают, что клиенты “сопротивляются” и немотивированы [Freeman & McCloskey, 2003], когда, например, они не выполняют свою домашнюю работу или продвигаются медленнее, чем хотелось бы или ожидалось. Мотивация, однако, не может быть

основной силой, провоцирующей это ПТП. Клиент, который не имеет навыков, необходимых для выполнения поведенческого задания, чтобы провести светскую беседу на вечеринке, например, может показаться немотивированным, но на самом деле ему недостаточно лишь повышения мотивации, чтобы гарантировать, что это задание будет выполнено хорошо. Люди могут “не иметь” мотивации по многим причинам, включая дефицит навыков, недостаточную осведомленность о ПТП, проблемные модели мышления или убеждения, отсутствие понимания или адекватной ориентации на лечение, отсутствие ясности в отношении ценностей (или разрыв между ценностями и действиями) и так далее.

Допустим, Алан согласился пройти шестимесячный курс когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в связи с депрессией, и все же он появляется только на одном из каждых двух назначенных приемов. Терапевт проводил функциональный анализ каждый раз, когда Алан пропускал прием, и прикладывал значительные усилия к решению проблем (например, заставляя его установить будильник на более раннее время, поставить будильники по всей комнате, включить напоминания в своем смартфоне, попросить кого-то другого забрать его и отвезти на терапию). Каждую неделю, кажется, что-то мешает посещению Алана. Терапевт решает оценить, насколько он привержен посещению терапии и работе над целями, которые они поставили, а затем они оба понимают, что приверженность Алана ослабла. Как оказалось, непосредственное мощное подкрепление (например, положительное подкрепление в виде комфорта, негативное подкрепление в форме избегания тревожности, прикладывания усилий), когда он остается дома или в постели часто перевешивает в долгосрочной перспективе подкрепление посещаемости терапии (положительное подкрепление в плане расширения своей социальной активности, увеличения положительных эмоций и овладения опытом, отрицательное подкрепление в виде снижения чувства стыда и негативных разговоров с самим собой). Проблема была не в отсутствии у Алана “желания” помочь самому себе; он отчаянно хотел улучшить свою жизнь. Скорее, баланс потенциальных подкрепляющих и наказывающих факторов не поддерживал социальную активность.

В следующем разделе мы прокомментируем некоторые из основных стратегий, используемых в диалектической поведенческой терапии (ДПТ) и других подходах [Linehan, 1993a; Miller & Rollnick, 2012], чтобы помочь построить мотивацию. Большинство из этих стратегий зависят от понимания терапевтом целей и ценностей клиента. Зная, что важно для клиента,

терапевт может помочь направить мероприятия на цели, которые естественным образом мотивируют клиента и могут показать, как сокращение ПТП может помочь клиенту достичь этих целей. Терапевт может помочь клиенту, у которого есть трудности с планированием и выполнением приятных и увеличивающих удовлетворенность ощущением мастерства занятий, пересмотреть важность заданий, учитывая цели терапии клиента (например, уменьшение депрессии, развитие новых отношений, улучшение успеваемости в школе).

Другие стратегии также помогают вызвать “изменяющие высказывания” и выделить связь между изменением ПТП клиента и достижением важных целей. Ниже приведены некоторые примеры этих стратегий:

- взвесить все за и против относительно изменения и сохранения проблемного поведения;
- выделить очевидную двойственность клиента в отношении изменений;
- оспорить изменения с целью получения контраргументов от клиента (стратегия Адвоката дьявола [Linehan, 1993a]);
- и наконец, бросить мяч клиенту, говоря, что у клиента есть свобода выбора, — он может не изменяться, но если он хочет лучшей жизни, единственным выбором является изменение (свобода выбора в отсутствии альтернатив [Linehan, 1993a]).

С клиентом, ПТП которого заключается в опозданиях на терапию, терапевт может говорить следующим образом:

**Терапевт.** Хорошо, мы говорили об этом довольно много, не так ли? Мы потеряли только 25 минут сессии из-за вашего опоздания. Я знаю, что сюда очень трудно попасть вовремя, и много препятствий на пути. Я подозреваю, что как минимум одна вещь мешает этому — отсутствие обязательства броситься со всех ног в терапию. Это звучит похоже?

**Клиент.** Да, то есть я думаю, что хочу помощи, но вроде как не хочу ее, и мне трудно позаботиться о том, чтобы прийти вовремя и получить полную терапию.

**Терапевт.** Правильно, когда вы чувствуете себя настолько подавленным, многие вещи кажутся бессмысленными, и трудно

мобилизовать желание или заботиться о том, чтобы делать что-то. Вот в чем дело: терапия полностью добровольна. Вы можете продолжать опаздывать и пропускать сеансы. Вы можете не работать над этим, и мы можем просто попытаться сделать как можно больше за то короткое время, которое у нас есть. Меня волнует, однако, то, что единственная возможность для вас вернуть вашу жизнь на нужную дорогу и действительно стать ближе к тому, что вы хотите (работа, более тесные отношения с друзьями, больше счастья каждый день), — это нам с вами найти способ обойти факторы, мешающие вам приходить сюда вовремя.

## Обращение к дефициту навыков

Когда дефицит навыков способствует ПТП, эффективное вмешательство предполагает улучшение навыков и возможностей клиента в определенных областях. Терапевт может выявить, какие навыки в дефиците, предлагая клиенту опробовать определенную модель поведения в сессии, например, клиент должен продемонстрировать навыки межличностной эффективности в ролевой игре или заметить и описать эмоциональные состояния (когда терапевт подозревает наличие дефицита в регуляции или распознавании эмоций), определить пути решения проблем (если подозревает дефицит навыков решения проблем) и так далее.

Другие подходы могут заключаться в выяснении того, как использует навыки клиент в различных ситуациях; запросе обратной связи, которую клиент получил от других людей о своем межличностном поведении; пристальном наблюдении за поведением клиента.

Оценка и уточнение дефицита конкретных навыков, способствующих ПТП, могут помочь определить направления для эффективного вмешательства. Несколько типов дефицита навыков могут способствовать ПТП, такие как проблемы с самоуправлением или организацией, регулирование эмоций или навыки управления гневом, навыки общения и так далее. В качестве примера плохих навыков управления гневом, способствующих ПТП, один из наших супервизоров недавно описал клиента, который сказал: “Я надеюсь, что у вас толстая кожа”. Затем он выдал несколько критических замечаний в отношении подхода терапевта и прошлых действий враждебным голосом и начал кричать. Команда ранее прекратила участие

этого клиента в группе обучения навыкам ДПТ (в пользу индивидуального обучения навыкам), потому что его враждебные и агрессивные заявления были неприятны для других членов группы. До этого у него было три шанса продолжить занятия в группе. После переоценки его поведения были выделены несколько факторов: а) клиент часто избегал рассказывать о том, что беспокоило его, пока не доходил до точки кипения и не впадал в ярость; б) ему не хватало навыков, чтобы выразить свои сильные предпочтения достаточно твердо (но не агрессивно); в) он с трудом мог распознать признаки того, что гнев его вот-вот возникнет. После того как терапевт и клиент определили эти мишени, они работали над тем, чтобы построить свои навыки в общении, распознавании эмоций и управлении гневом. Хотя изменения не были быстрыми, со временем он научился управлять своим гневом и эффективно выражать свои желания.

Другой распространенный дефицит навыков, который может мешать терапии, связан с трудностью распознавания и обозначения эмоций. Например, на вопросы терапевта о том, как она себя чувствует и как осознанно наблюдает за своими эмоциями, Кейт часто говорила, что ничего не чувствует, не знает, что чувствует, или критиковала терапевта за то, что он предлагает что-то, что “никогда не будет работать.” Терапевт пришел к выводу, что Кейт избегала своих эмоций, не была мотивирована оставаться с ними в контакте и не желала совместно работать над целями терапии (одной из которых было научиться лучше понимать эмоции и управлять ими). Однако после дальнейшей оценки стало ясно, что Кейт — высокофункциональный человек с аутизмом, которому просто не хватало навыков связывать свои физические ощущения с конкретными эмоциональными состояниями и, как следствие, у нее было мало осознания своего эмоционального опыта. Как только терапевт понял это, терапия сосредоточилась на том, чтобы постепенно помочь Кейт научиться распознавать и описывать эмоции.

В ДПТ основным методом устранения дефицита навыков является работа в группе обучения навыкам. Занятия обычно происходят один раз в неделю в течение приблизительно двух часов. Обучение навыкам может также проводиться по мере необходимости в индивидуальном порядке, когда терапевт замечает, что дефицит навыков в определенных областях у клиента может влиять на ПТП. Ниже приводится краткое описание каждого набора навыков ДПТ (см. [Linehan, 1993b, 2015], полное руководство по этим навыкам).



Навыки осознанности включают в себя стратегии для клиентов, которые позволяют им присутствовать в их опыте настоящего момента, в том числе безоценочно наблюдая и описывая свой опыт здесь и сейчас, активно участвуя в деятельности в настоящем, сосредоточив внимание на одной вещи за один раз ("однонаправленно") и на эффективном поведении ("эффективно").

Навыки регулирования эмоций предлагают стратегии клиенту: как научиться понимать и обозначать эмоции; изменить факторы, которые повышают уязвимость к негативным эмоциям; изменить триггеры или провоцирующие события для эмоций, изменить поведение таким образом, чтобы отрегулировать эмоции ("противоположное действие" или действие противоположное побуждениям, связанным с эмоциями), и осознанно наблюдать и принимать эмоции.

Навыки стрессоустойчивости включают отвлечение внимания, самоуспокоение, и другие стратегии, чтобы помочь клиенту переждать болезненные эмоции и избежать обострения сложных ситуаций или кризисов. Стрессоустойчивость также включает в себя навыки, которые помогают клиентам стать мотивированными к тому, чтобы стать более умелыми (рассмотреть плюсы и минусы, пережить кризис или использовать навыки против проблемного поведения) и принимать реальность такой, какая она есть.

Навыками межличностной эффективности являются: умение поддерживать фокус на важных целях в межличностных ситуациях, эффективное озвучивание своих нужд и желаний, поддержание самоуважения, умение строить или укреплять отношения.

Хотя подробное описание навыков ДПТ и методов обучения навыкам выходит за рамки этой главы, мы описываем некоторые принципы, которые терапевты должны иметь в виду. При использовании стратегий обучения навыкам может быть полезно рассмотреть текущую стадию или фазу обучения клиента в отношении конкретного набора навыков. Тремя общими этапами обучения новым навыкам являются приобретение, укрепление и генерализация навыков [Farmer & Chapman, 2008, 2016; Linehan, 1993b, 2015].

На этапе приобретения навыков клиент начинает понимать, что такое навыки, когда и почему их следует использовать. Основное внимание уделяется предоставлению информации о навыках, целях и случаям их использования, демонстрации и моделированию эффективного использования навыков, а также предоставлению возможностей для предварительной репетиции.

Акцент также делается на поведенческом принципе *формирования*, посредством которого терапевт обеспечивает подкрепление и поощрение последовательных приближений к желаемому результату [Miltenberger, 2011]. Когда терапевт тренирует клиента и обеспечивает обратную связь, самый сильный акцент делается на том, что клиент делает правильно, а не на том, что он может улучшить.

На *этапе укрепления* навыков основное внимание уделяется развитию компетентности клиента и совершенствованию его навыков. Подобно изучению любых других навыков, таких как боевые искусства, для клиента важно сначала понять и попробовать навыки (например, как выполнить правильный боковой удар), а затем регулярно практиковать, чтобы усовершенствовать навык (например, тренировать правильное положение мышц бедра, убедившись, что ноги и туловище находятся в правильном положении). На этом этапе терапевт предоставляет возможность репетировать навык во время сессий и выполнения домашних заданий для регулярной практики вне сеанса.

Впоследствии, на *этапе генерализации* навыков, терапевт поощряет клиента регулярно использовать новый навык в различных контекстах для перехода от использования навыка в терапии до его использования в различных ситуациях в повседневной жизни. Акцент здесь делается на способах адаптации навыков для использования в различных ситуациях и на использовании клиентом навыков, когда это необходимо. Независимо от того, практикует терапевт ДПТ, КПТ или другую форму терапии, имея в виду эти три фазы обучения навыкам, можно облегчить вмешательства для улучшения навыков клиентов и уменьшения ПТП.

## **Эффективное управление обуславливающими последствиями**

Когда функциональный анализ показывает, что обуславливающие последствия, действующие в рамках терапевтических отношений или вне их, влияют на ПТП, управление ими может быть эффективным вмешательством. Чтобы эффективно управлять обуславливающими последствиями, терапевт должен иметь четкое представление о функции ПТП, обращая особое внимание на потенциальные подкрепляющие и наказывающие факторы для ПТП.

Иногда обуславливающие последствия действуют в совершенно противоположном направлении относительно того, что было бы желательно:

адаптивное или желаемое поведение наказывается или погашается, а нежелательное поведение подкрепляется. Например, у клиента с проблемами управления гневом могут возникнуть непосредственные и более мощные подкрепляющие факторы для гневных вспышек (например, чувство облегчения или контроля, когда терапевт или другие люди, соглашаются или легко выполняют просьбы), чем для более умелого общения. Посещение терапии может быть менее подкреплено (а в некоторых случаях и наказано) последствиями, чем деятельность, которой занимается клиент, когда он не проходит терапию (например, проводит время с друзьями, употребляет наркотики или алкоголь, смотрит телевизор, остается в постели). Когда дело доходит до назначения поведенческой активации для лечения депрессии, немедленные последствия сидения и просмотра действий, мыслей, чувств и поведения в определенный день (например, работа, связанная с заданиями по самоконтролю, интенсивной тревогой или стыдом, избеганием усталости) могут быть достаточно отвращающими, чтобы перевесить более долгосрочные подкрепляющие факторы.

Один из нас видел клиента, который неоднократно звонил в момент кризиса и через несколько минут, казалось, значительно успокаивался, благодарил терапевта и заканчивал звонок. Звонки продолжали учащаться, вплоть до того, что терапевт был перегружен ими. При обсуждении этого с клиентом стало ясно, что непосредственные подкрепляющие факторы во время телефонных звонков (немедленная помощь и поддержка, советы по решению проблем и утешение) были гораздо более мощными, надежными и доступными, чем подкрепляющие факторы при самостоятельном использовании поведенческих навыков преодоления. Действительно, судя по тому, что мы знаем о поведенческом принципе соответствия, люди будут вести себя сообразно доступности, величине и непосредственности подкрепляющих факторов [Herrnstein, 1961; Нопко, Lejuez, Ruggiero, & Eifert, 2003]. Поэтому неудивительно, что клиенты с таким трудом справляются с задачами, необходимыми для работы терапии.

## **Определение поведения, подлежащего увеличению или снижению**

Одним из первых шагов в управлении обуславливающими последствиями является четкое определение поведения, подлежащего уменьшению или увеличению. Рассмотрим случай с клиентом, который пропустил четыре из

восьми сессий. Уровень посещаемости клиента может показаться наиболее очевидным поведением для увеличения, но сосредоточение внимания только на посещаемости клиента, скорее всего, будет иметь ограниченные последствия. Для того чтобы посещаемость клиента увеличилась, он также должен увеличить другие формы поведения, которые делают посещаемость более вероятной, например, с помощью календаря или будильника, настраивая его так, чтобы он способствовал своевременному приходу на терапевтические сессии, управления эмоциональными реакциями или тревожными ожиданиями от терапии и так далее. Чтобы определить, какие формы поведения надо уменьшить, терапевт должен знать, чем клиент занимается вместо того, чтобы приходить на терапию, например, принимает наркотики или алкоголь, занимается физическими упражнениями чтением, играми или серфингом в интернете, просмотром телевизора. Для увеличения посещаемости эти формы поведения должны уменьшаться или происходить в другое время. Как и при изменении других форм поведения, изменения в ПТП гораздо более вероятны, когда терапевт и клиент знают, какие действия клиент должен увеличивать, а какие — уменьшать [Farmer & Chapman, 2016].

### **Внимание к обуславливающим последствиям в терапевтических отношениях**

При обращении к ПТП терапевту полезно обратить внимание на обуславливающие последствия, действующие в терапевтических отношениях. Терапевты могут легко непреднамеренно подкрепить ПТП, также, как и клиенты легко могут подкрепить ПТП своего терапевта. Коллега видел клиента (Эд), который очень боялся испытывать или выражать печаль как во время сессии, так и вне ее.

Всякий раз, когда терапевт поднимала темы, связанные с печалью, такие как конфликтные отношения клиента с отцом, отсутствие работы или трудности в поддержании дружеских связей, Эд часто менял тему и говорил: “я не знаю” в ответ на большинство вопросов терапевта, выглядел при этом более злым, начинал критиковать терапевта за то, что она задает слишком много вопросов или за форму постановки вопросов (например, “Почему вы говорите это таким образом? Любой разумный терапевт спросил бы об этом совершенно по-другому!”), либо полностью менял тему. Время от времени терапевт отклонялась от курса, направляясь туда, куда

ее вел клиент, потому что это было намного проще сделать, чем продолжать двигаться вперед и сталкиваться с гневом и разочарованием клиента. ПТП клиента, возможно первоначально изученное в других контекстах, могло быть поддержано ПТП терапевта (отрицательное подкрепление избегания тоскливости и дальнейших дополнительных обсуждений или вопросов от терапевта), и ПТП терапевта отрицательно было подкреплено избеганием дискомфорта и потенциального конфликта. Если это так, то открытое обсуждение этого вопроса может быть эффективным, как показано в следующем примере:

“Мы должны обсудить важную проблему. Я действительно думаю, что нам нужно продолжать работать с помощью экспозиции с вашей социальной тревожностью, и мы организовали наши сессии с этой целью. Но я заметила, что когда вы говорите мне, как вы боитесь приходить на терапию и подвергнуться экспозиции, я часто отступаю и говорю, что вам не нужно делать это на этой неделе, или это зависит от вас, и вы можете решить. Это правда, что это зависит от вас, но я думаю, что делаю плохо свою работу для вас, позволяя вам полностью соскакивать с разговора, когда вы испытываете тревогу. Я думаю, это потому, что мне не нравится видеть, как вы испытываете дискомфорт, и я чувствую себя лучше, когда говорю, что мы не должны использовать экспозицию, потому что вы, кажется, чувствуете после этих слов себя лучше. Но это просто делает проблему, ради которой вы здесь, бесконечной! В первую очередь потому, что мы избегаем вещей, которые вас беспокоят!”

## Обращение к страху, бегству и эмоциональному избеганию

Экспозиция, осознанность и стратегии, основанные на принятии, могут быть полезны, когда страх, беспокойство, физическое или эмоциональное избегание влияют на ПТП [Farmer & Chapman, 2016]. Экспозиционные интервенции могут быть направлены на то, чтобы помочь клиенту развить новые ассоциации с вызывающей тревогу ситуацией и улучшить ингибиторное обучение [Craske et al. 2008]. Клиент неоднократно сталкивается с вызывающей тревогу ситуацией, и поддерживается его способность не убегать или избегать этой ситуации (физически или умственно). Стратегии экспозиции были подробно описаны в других пособиях [Abramowitz, Diakon, & Whiteside, 2011], и мы демонстрируем эти подходы в других главах этой книги.

Вмешательствами и навыками, касающимися страхов, физического и эмоционального избегания, являются также осознанность,

стрессоустойчивость и стратегии принятия. Когда ПТП связано с трудностью терпеть эмоции, терапевт может научить клиента, как терпеть и испытывать эмоциональный дистресс не используя физическое избегание или избегание эффективного поведения.

Например, когда клиент испытывает трудности с терпимостью к поведению других членов группы на сеансе групповой терапии, терапевт может помочь ему осознанно наблюдать и испытывать эмоции, которые возникают, не выходя из комнаты или участвуя в осуждающем или критическом поведении. Одной из стратегий может быть временное эффективное использование навыков отвлечения внимания, таких как рисование или участие в умственных навыках отвлечения (например, подсчет суммы назад по семь, подсчет потолочных плиток, отвлечение внимания на других членов группы). Клиентам, испытывающим трудности с переживанием определенных эмоций и участвующим в ПТП, связанном с избеганием (например, переключение темы, злость на терапевта за задаваемые вопросы), может помочь навык осознанности текущих эмоций — клиент сознательно испытывает соответствующие эмоции, не вовлекаясь в стратегии избегания [Linehan, 1993a, 2015]. Это лишь несколько примеров контекстов, в которых построение эмоциональной толерантности и принятия может помочь уменьшить ПТП. Стратегии осознанности и принятия подробно описаны в других работах [Baer, 2006; Linehan, 1993b, 2015], например, и на протяжении всей этой книги мы периодически обсуждаем их использование с различными формами ПТП.

## Проблемные способы мышления

На прошлой неделе Марита пришла в группу и сказала:

*“Я вообще не делала домашнюю работу. Я не вижу, как заполнение нескольких форм поможет мне, поскольку я все равно могу все это проработать в своей голове. Я не заглядывала в папку с навыками в течение восьми недель, и я не думаю, что я что-то получаю от группы, и я ничего не получу из этого. Я подумываю об уходе”.*

Когда ее спросили о домашней работе, связанной с когнитивным навыком “Проверка фактов” [Linehan, 2015], Марита сказала, что ей не нужно практиковать это, потому что ее мысли логичны и точны. Она сказала все это довольно громко перед другими членами группы. Члены и ведущие группы к тому времени немного привыкли к очаровательно грубому

способу Мариты описывать свой опыт, но было ясно, что что-то нужно сделать, чтобы подступиться к ее мыслям о группе.

Есть много возможных путей для вмешательства в случае с Маритой, но хорошим объектом для начала был ее стиль мышления, особенно ее мысли о том, что не приносит пользы и не принесет пользы, и так далее. Например, могло быть целесообразно конфронтировать и выделить проблемы с логикой в ее мыслях, когда она говорит, что не получила пользы от группы и что она на самом деле ничего не делала (половину времени на занятиях она думала о чем-то другом, она не читала о навыках и не делала домашнее задание), либо заметить непочтительно, что для терапевта это большая честь впервые встретиться с кем-то, чьи мысли являются на то процентов точными.

Поведенческие эксперименты, направленные на то, чтобы проверить эти мысли, заставить ее изменить свое поведение и посмотреть, начинает ли она замечать преимущества, также были бы полезны. Фактически после того, как терапевт выделил проблемы с ее мышлением и предложил ей проверить идею о том, что она не получит от группы пользу (если будет выполнять домашнее задание и концентрировать внимание во время занятий в группе), она вернулась на следующей неделе, сделав большую часть своей домашней работы. Она активно участвовала в обсуждении, давала полезные советы другим клиентам. Проблемы, вероятно, не были решены полностью, но стратегии, нацеленные на модели мышления Мариты, обеспечили хорошее начало.

Проблематичное содержание мыслей или стиль мышления могут влиять на ПТП несколькими способами. Клиент может, например, иметь малоэффективные убеждения о своей способности делать то, что требуется, чтобы извлечь пользу из терапии. Некоторые клиенты, например, могут не верить, что они способны так организовать себя, чтобы регулярно посещать терапию, изучать новые навыки или изменять некоторые из моделей, которые мешают им строить жизнь, стоящую того, чтобы жить. Клиент может также иметь заниженные ожидания относительно результата или безысходные мысли о перспективе того, что терапия могла бы фактически помочь. На самом деле и терапевт может испытывать опыт таких моделей мышления, например синдром самозванца, думая, что он неэффективен или не в состоянии помочь клиенту либо имея чрезмерно амбициозные или слишком скудные ожидания в отношении прогресса клиента. Кроме того, модель мышления, которая может повлиять на ПТП, — это оценочное

мышление со стороны терапевта или клиента. В этих случаях когнитивные вмешательства могут помочь клиенту или терапевту лучше осознать свои модели мышления, сформировать более адаптивное мышление, которое станет трамплином для изменения поведения (см. [Beck, 2011; Farmer & Chapman, 2008, 2016; Leahy, 2003], где есть указания на несколько полезных когнитивных вмешательств).

У терапевтов также могут быть проблемные убеждения, связанные с ПТП. Столкнувшись с поведением Мариты, терапевты могут предположить, что она “сопротивляется” и не желает меняться [Freeman & McCloskey, 2003]. Поспешные выводы о поведении клиента или подобные предположения могут ослабить эмпатию и часто приводят к ПТП со стороны терапевта. Терапевт может, например, чрезмерно разочаровываться в клиенте, быть менее готовым помочь клиенту или может упускать из виду важные факторы, влияющие на действия клиента.

Мы предлагаем терапевтам рассмотреть возможность использования некоторых из тех же стратегий для работы со своими убеждениями, как если бы они использовали их, чтобы помочь клиентам работать с их мыслями. Например, можно начать со сравнения своих допущений с некоторыми из основных допущений ДПТ [Linehan, 1993]. Скажем, если терапевт предполагает, что клиент не хочет меняться или намеренно “сопротивляется”, он может попытаться вспомнить допущение о том, что клиенты делают все возможное, что они хотят измениться, и в то же время должны стать более мотивированными и умелыми [Linehan, 1993a]. Крайние допущения со стороны терапевта часто представляют собой провал в диалектическом мышлении — неспособность взглянуть на обе стороны монеты и осознать, что обе стороны являются одной и той же монетой.

Клиенты хотят перемен И должны стать еще более мотивированными к переменам. Клиенты делают максимум из того, что они могут И должны делать еще лучше.

Недавно в одной из наших клиник бывшая клиентка изъявила желание вернуться к терапии. Она работала уже с парой врачей и в обоих случаях стала одержима идеей посттерапевтической дружбы (было разъяснено, что это не представляется возможным) до такой степени, что она не могла сосредоточиться на многом другом, несмотря на все усилия терапевтов, и когда лечение подходило к концу, клиентка чувствовала гнев и боль, жестко критикуя терапевта и клинику. Во время лечения эта клиентка ежедневно звонила терапевту, будучи в кризисном состоянии, писала



по несколько раз в день и демонстрировала несколько других форм поведения (например, заявляя, что это лечение было “дерьмовым” и бесполезным), которые способствовали терапевтическому выгоранию. Несколько месяцев спустя клиентка оставила голосовое сообщение терапевту: “Вы были правы” — и поблагодарила ее за помощь. Затем, совсем недавно, она захотела вернуться к лечению. Обсуждая это с терапевтом, супервизор рекомендовал ей сосредоточиться на некоторых проблемах, которые встали на пути лечения в прошлый раз, подчеркнув, что они должны быть защищены, чтобы лечение работало на этот раз, — разумный план. Затем и терапевт, и супервизор поняли, что они видят только одну сторону проблемы — “плохое” поведение клиентки во время последнего раунда терапии. Они упустили из виду тот факт, что в процессе лечения клиентка добилась значительного прогресса, большую часть времени была восхитительной и упорно трудилась, чтобы улучшить свою жизнь. Терапевт и супервизор, и в некоторой степени остальная часть команды, были поляризованы, заиклившись на идее, что эта клиентка демонстрировала “плохое” поведение, которое должно быть исправлено, прежде чем она вернется к лечению. Для терапевта, супервизора и команды было важно продумать то, что было оставлено без внимания, — ключевую стратегию диалектического мышления.

В дополнение к стандартным когнитивным и поведенческим вмешательствам, используемым для работы с проблемным мышлением [Beck, 2011; Farmer & Chapman, 2008, 2016; Leahy, 2003], терапевт и клиент могут практиковать навык осознанности безоценочного описания фактов. Часто, когда клиенты выражают оценочные суждения (“Мой парень — полное ничтожество”, “Я совсем не разбираюсь”, “Я не могу измениться или пройти это лечение”) или делают предположения или выводы (“Вы не ответили на мое письмо в тот же день, потому что вы не заботитесь обо мне”, “Вы считаете меня плохим человеком”), психотерапевт может попросить их описать факты, не используя предположения, интерпретации или суждения. Это центральная практика в осознанности — наблюдение и переживание реальности, а затем описание того, что вы наблюдали или испытывали. Простое описание фактов без добавления чего-либо также похоже на то, о чем Сьюнрю Судзуки в своей книге *Zen Mind, Beginner's Mind* (1970) говорил как о “неоставлении следов”. Идея состоит в том, чтобы ничего не добавлять к реальности. Факты — это факты, а мысли — это мысли. Мысли, хотя иногда они и точны, никогда не бывают фактами. Рассмотрим следующий пример.

- Клиент.** Я ленивый человек, и поэтому не сделал домашнее задание.
- Терапевт.** Ладно, “ленивый” — это суждение. Трудно назвать себя так, не осуждая себя за это. Я бы хотел, чтобы вы попрактиковались в описании фактов.
- Клиент.** Факт в том, что мне было лень делать домашнюю работу.
- Терапевт.** ОК, факт в том, что вы не сделали домашнее задание, но что вы подразумеваете под “ленью”?
- Клиент.** Не знаю, наверное, я чувствовал себя усталым и не хотел ничего делать. Я продолжал вспоминать о домашнем задании, занимаясь в это время чем-то другим, например, играл на телефоне или смотрел телевизор.
- Терапевт.** Отлично сработано. Вы заметили, что только что описали факты? Знать эти вещи — что вы устали, чувствовали себя немотивированным и что вы решили сделать что-то другое вместо домашнего задания — намного полезнее, чем просто называть себя ленивым, не так ли?
- Клиент.** Наверное, но разве это не одно и то же?
- Терапевт.** Нет, теперь нам есть с чем работать. Если вы просто принципиально ленивы, тогда вариантов нет; у меня нет лечения, чтобы сделать вас лучше или менее ленивым человеком. Но я могу придумать лечение, которое поможет вам начать что-то сделать, когда вы на самом деле этого не хотите. У нас есть навыки для этого, и они работают очень хорошо.

## **Проблемная окружающая среда и стрессовые факторы в жизни**

Барьерами для эффективного участия в терапии также могут быть проблемная среда и острые либо хронические стрессовые факторы. Сэм переживал острый развод, у него было недостаточно денег, и он пытался сохранить опеку над своим ребенком. Он едва мог позволить себе лечение и иногда не появлялся, потому что не мог заплатить за парковку. У него были трудности с организацией ухода за детьми, он занимался проблемой рецидива рака и очень уставал на работе. Неудивительно, что Сэм иногда пропускал занятия и изо всех сил старался не прекращать тренировать

тренировки свои навыки с помощью домашних заданий. Уинифред, которая пыталась избавиться от наркотической зависимости, неделями жила в приютах для женщин в районе, где было полно любителей наркотиков. Ранее она работала в секс-бизнесе и пыталась покончить с этим занятием, но продолжала возвращаться к нему, когда у нее заканчивались деньги. Уинифред прилагала неимоверные усилия, чтобы посещать терапевтическую группу и работать над своими навыками, но прежде чем с головой окунуться в лечение, она должна была преодолеть огромные барьеры, связанные с окружающей обстановкой.

Жизнь клиентов с пограничным расстройством личности часто характеризуется тем, что Марша Линехан [*Linehan*, 1993a] называет “непрерывным кризисом”. Иногда кажется, что наших клиентов преследует череда неприятностей. Терапия становится похожей на обстановку в классе, когда учитель пытался бы проводить занятия, в то время как ученики разжигают костры на партах. Для более эффективной терапии эти кризисы и проблемы должны быть решены. Стресс дома или на работе в менее драматических масштабах, финансовые или профессиональные проблемы либо отсутствие социальных контактов или поддержки также могут влиять на качество жизни клиента и его способность участвовать в лечении. Получается, терапевт и клиент должны работать вместе, чтобы найти решения проблем в повседневной жизни.

Терапевты также могут испытывать проблемы в жизни, которые мешают терапии. К таким проблемам могут относиться трудности в отношениях, эмоциональные или психологические проблемы или расстройства, неадекватная забота о себе или социальная поддержка, работа в стрессовой или сложной обстановке, напряженность между коллегами, персоналом или администрацией и так далее. Крайне важно, чтобы терапевты контролировали влияние жизненных проблем и стрессовых факторов на их профессиональную работу. Когда такие факторы способствуют ПТП терапевта или предвещают профессиональное выгорание, терапевт должен предпринять шаги для выхода из этой ситуации. В таких случаях прежде всего следует подключиться к поддерживающему личному и профессиональному сообществу, обратиться за консультацией и, возможно, за терапией. Консультационная команда ДПТ функционирует также как “терапия для терапевта”, поскольку каждую неделю основное внимание уделяется тому, как терапевт работает с клиентами. Команда контролирует и рассматривает такие факторы, как терапевтическое выгорание, мотивационные

проблемы, необходимость совершенствования определенных навыков и усталость от сострадания, среди прочего. Команда также помогает терапевту решать проблемы, потенциально способствующие ПТП. В одной консультационной команде терапевт заметила, что ее профессиональная практика страдает из-за огромного количества работы, а также обязательств в личной жизни. Она едва могла найти время, чтобы купить продукты, эффективно подготовиться к сеансам и управлять эмоциями и беспокойством, возникающим в контексте ее работы, не говоря уже о том, что она принимала несколько звонков в неделю от своих суицидальных клиентов. Команда сумела решить некоторые вопросы в рамках оказания помощи терапевту: организовала еженедельную доставку продуктов, установила временный график приема звонков членами команды терапевта каждые выходные. Используя передышку в несколько недель, чтобы найти какие-то долгосрочные решения, терапевт чувствовала себя более уверенной, способной проводить эффективную терапию.

Здесь мы обсуждаем общие проблемы и набор шагов для снижения интенсивности влияния стрессовых факторов и окружающей обстановки на лечение. Некоторые источники (в частности, [Farmer & Chapman, 2016; Linehan, 2015; Nezu, Maguth Nezu, & D'Zurilla, 2013]), предлагают ряд действий в этом направлении. Один из способов управления решением проблем — следовать шести шагам, обобщенным акронимом SOLVES [Farmer & Chapman, 2016].

Ниже приведен пример его использования для решения проблем с посещаемостью терапии клиентом по имени Родриго.

- S — Укажите проблему. Родриго периодически опаздывает на терапию и пропустил три из последних 10 сессий. Его босс просит его задерживаться на работе в определенные периоды времени (например, на праздничных распродажах), и в результате он иногда не может из-за этого посещать групповые занятия в 5 вечера или индивидуальные терапевтические сессии. Родриго очень хочет лечиться, он расстроен и потерял надежду справиться с ситуацией (например, “Я ничего не могу с этим поделать. Я во власти своего босса. Мне очень нужна помощь, но, возможно, у меня не получится ходить на терапию”).
- O — Наметьте свои цели. Родриго хочет приходить на терапию, чтобы решить свои проблемы с гневом и алкоголем. Он потерял отношения из-за этих проблем и боится, что если он не сможет контролировать свой гнев, то потеряет свою нынешнюю подругу или взорвется

на работе и будет уволен. Его цель — научиться управлять гневом, уменьшить употребление алкоголя (он выпивает три-четыре раза в неделю) и посещать еженедельно сеансы терапии. Долгосрочные цели состоят в том, чтобы продвигаться по службе, продолжать свои долгосрочные отношения и развивать более тесные связи с друзьями.

- L — Перечислите альтернативы. Это часто фаза решения проблемы, при которой происходит мозговой штурм. Родриго и его терапевт установили таймер на 5 минут и записали все возможные решения, которые они смогли придумать за это время, не оценивая сразу ни одно из них. Идея заключалась в том, что подойдет все, поэтому такие решения, как уход с работы, отказ от терапии, появление пьяным на работе, чтобы быть уволенным, и так далее, были вполне допустимыми во время этой фазы мозгового штурма.
- V — Просмотрите вероятные последствия и выберите перспективную альтернативу. Родриго и его терапевт выбрали несколько наиболее многообещающих решений для оценки: а) узнать, может ли он перейти в другую группу, которая занимается позже; б) спросить своего босса о возможности задерживаться во все дни, кроме понедельника (когда происходит терапия). Когда они рассмотрели плюсы и минусы этих решений, стало ясно, что основные минусы решения: а) для других групп терапии есть списки ожидания, и придется ждать несколько недель, чтобы попасть в одну из этих групп, к тому же он привязался к членам своей группы и ему будет их не хватать; б) Родриго будет беспокоить, как спросить об этом своего босса, и ему придется придумать объяснение, почему он не может работать в понедельник вечером (он не хотел раскрывать свои проблемы с психическим здоровьем).
- В конечном счете они решили, что Родриго сначала спросит своего босса, может ли он быть освобожден от работы в понедельник вечером из-за предыдущих обязательств (которые он назвал бы “курсами”), и если это не сработает, он запишется в лист ожидания, чтобы присоединиться к другой группе. Они также решили, что Родриго будет делать вечерами дополнительную домашнюю работу по терапии, чтобы восполнить то, что он пропустил на групповых занятиях.
- E — Разработка и осуществление плана. Родриго и его терапевт разработали детали плана, а также предусмотрели потенциальные

препятствия на пути его выполнения плана, чтобы устранить возможные трудности. Устранение трудностей всегда является важным шагом в решении проблемы, потому что самый удачный план может пойти наперекосяк по многим причинам, например, клиент забывает что-то сделать, теряет свою решительность или мотивацию, окружающая среда реагирует неожиданными способами (например, босс рассердился, когда Родриго попросил изменить режим его работы) и так далее. Часто одной из основных причин того, что план не сработал, как было запланировано, является то, что в нем не были потенциальные препятствия.

- S — Обзор результатов. На этом этапе клиент и терапевт анализируют фактические результаты реализованных решений. После введения составленного ими плана в действие босс Родриго разрешил ему не задерживаться допоздна по понедельникам, если другой сотрудник неожиданно не заболеет — в этом случае Родриго согласится пропустить свои “курсы” и введет в действие план выполнения дополнительных домашних заданий по возвращении домой.

Еще один важный шаг в решении проблем, хотя он и не вписывается точно в акроним SOLVES, — это взять обязательство с клиента действительно реализовать разработанные решения. Выполнения обязательства может быть также легко добиться, как спросить клиента, согласен ли он с ним и готов ли воплотить план в жизнь, или же для этого может понадобиться задействовать стратегии получения коммитмента (изложенные в [Linehan, 1993a] и периодически обсуждаемые в этой книге) либо стратегии мотивационного интервьюирования [Miller & Rollnick, 2012].

## Двигаемся вперед

В этой главе мы рассмотрели ряд стратегий, которые терапевт может использовать практически для любого ПТП. Учитывая влияние ПТП на терапию и отношения в терапии, часто первым шагом является распознавание этого поведения.

Далее, выделив ПТП и предоставив хорошее обоснование для его обсуждения, можно заложить основу для эффективной работы. Одним из наиболее важных шагов является оценка, часто с использованием функционального анализа, факторов, способствующих ПТП, а затем выбор

соответствующих вмешательств. Такие вмешательства могут включать в себя любую из основных стратегий ДПТ или КПТ, обсуждаемых в этой главе, или другие эффективные терапевтические вмешательства. На протяжении всего этого процесса для терапевтов важно сбалансировать ориентированные на принятие и изменения стратегии и стили, а также обеспечить четкий коммитмент от клиента попробовать новые навыки или решения. Кроме того, устранение факторов, способных помешать эффективным решениям, может сделать общий план более четким и реалистичным.

# 4

## Выбор стадии: ориентация и наблюдение за пределами

До сих пор мы рассматривали особенности мышления, играющие роль в препятствующем терапии поведении (ПТП), а также способы и причины участия клиентов или терапевтов в терапии по-своему (глава 1), ключевые принципы, о которых нужно помнить (глава 2), и основные стратегии (глава 3). В этой главе мы обсудим и продемонстрируем способы решения проблемы ПТП с самого начала терапии. Обращаясь к ПТП в начале терапии, следует определить четкие правила игры. Таким образом, на начальных этапах лечения психотерапевт ориентирует клиента на свой подход к терапии и ПТП, закладывая основу для любой последующей текущей работы. В этой главе мы рассмотрим способы ориентации клиента на ПТП в начале лечения и покажем, как ориентация продолжается на протяжении всей терапии.

Терапевт должен четко представлять себе, как он будет справляться с поведением клиента, раздвигающим его личные или профессиональные пределы. Действительно, среди факторов, которые больше всего мешают терапии, могут быть требования, которые терапевт не может или не хочет удовлетворять, или формы поведения, вызывающие стресс в терапевтических отношениях, способствующие терапевтическому выгоранию или уменьшающие мотивацию терапевта к терапии клиента.

Проводя диалектическую поведенческую терапию (ДПТ), терапевт контролирует пределы, и когда эти пределы раздвигаются, он сразу обсуждает это с клиентом. В этой главе мы описываем и иллюстрируем, как терапевт может использовать рамки ДПТ для эффективного соблюдения терапевтических ограничений и обращения к ним.



## Ориентирование на препятствующее терапии поведение

Ориентация предоставляет клиенту дорожную карту терапии, делая терапевтическое путешествие более плавным и эффективным. Ориентация может включать обоснование терапии и сведения о таком типе терапии, а также связанных с ней ожиданий и ролей терапевта и клиента. Обсуждение общей терапевтической структуры, порядка проведения и любых соответствующих правил, пределов терапевта итак далее может помочь определить, что делать (а иногда и чего не делать) и когда это делать. Такая ориентация также может помочь клиентам и терапевтам заложить основу для эффективного управления нарушениями норм в дальнейшем. В частности, в группах обучения навыкам ДПТ мы обнаружили, что ориентация клиентов на ожидания и нормы группы (например, выполнение еженедельных домашних заданий, своевременный приход, практика безоценочности по отношению к себе и другим членам группы; [Linehan, 1993b, 2015] может способствовать плавному и эффективному групповому процессу.

Ориентация также способствует социализации клиента к терапевтическому процессу. Построение отношений с разными людьми иногда похоже на посещение разных стран: легче ориентироваться в этих отношениях, если мы знакомы с предпочтениями, ценностями и ожиданиями наших партнеров по отношениям. Точно так же различные терапевтические отношения могут включать в себя различные ожидания, нормы, предпочтения и процедуры. Может возникнуть соблазн начать лечение без тщательного анализа, посчитав всю преамбулу пустой тратой времени. Это было бы очень похоже на поездку в новую страну без карты и без плана — то, что способно заинтересовать опытного путешественника, может дезориентировать клиента. Тщательная ориентация может в начале замедлить процесс, но это вложение времени окупится по мере продвижения терапии.

Предыдущий опыт общения некоторых клиентов с терапевтами или медицинскими работниками, возможно, не включал в себя обсуждения того, активно ли они участвуют в лечении (например, делают домашнее задание, вовремя приходят), и говорят ли откровенно об отношениях между клиентом и медработником. Действительно, такие дискуссии могут быть непривычными для клиентов, у которых были когда-либо только краткие встречи со своим терапевтом или психиатром.

Некоторые клиенты, возможно, знают терапевтов или консультантов, которые явно не обращаются к ПТП. Некоторые медработники могут предположить, что если клиент не посещает сеансы или не выполняет домашнее задание, то просто клиентом выбрано не лучшее время для лечения или он немотивирован и вряд ли получит пользу от лечения. Мы же придерживаемся точки зрения, что несоблюдение условий — это возможность помочь клиенту преодолеть основные препятствия и узнать что-то новое, что поможет генерализовать его опыт на другие сферы его жизни. Аналогичным образом ПТП, влияющее на терапевтические отношения, дает возможность научиться восстанавливать и укреплять отношения и с другими людьми. Поэтому мы рекомендуем обращаться к ПТП напрямую и совместно; поэтому важно, чтобы клиент знал об этом заранее, чтобы понять, как и почему терапия может иногда фокусироваться на ПТП.

Ориентация на ПТП в начале терапии включает в себя несколько тем: а) четкое определение и объяснение ПТП; б) разъяснение того, что клиент или терапевт могут проявлять ПТП; и в) определение ПТП как приемлемой естественной части терапии и как возможности. Следует отметить, что для некоторых клиентов такая ориентация может показаться слишком пространной и подробной. Для послушных, вежливых клиентов, обычно не пропускающих сеансов и, как правило, делающих свою домашнюю работу, эти ориентирующие разговоры могут быть значительно короче, чем для клиентов, для которых ПТП, вероятно, сыграет значительную роль в терапии.

## **Четко определите и объясните, что такое препятствующее терапии поведение**

Четкое определение ПТП поможет гарантировать, что терапевт и клиент одинаково понимают ПТП и могут определить, когда оно происходит. Будет не лишним сообщить, что ПТП — это любое действие или совокупность действий клиента или терапевта, которые препятствуют терапевтическому прогрессу или затрудняют эффективную совместную работу терапевта и клиента. Важно обращать внимание не только на факторы, ограничивающие терапевтический прогресс (например, опоздание, пропуски занятий и невыполнение домашних заданий), но и на терапевтические отношения. Клиент и терапевт оба могут “работать над программой”, делая все, что они должны делать (например, выполнение домашнего задания клиентом, своевременный приход), но если клиент также проявляет поведение, способствующее терапевтическому выгоранию (например, неоднократно

звонит в момент кризиса в 3 часа ночи), терапия может быть неэффективной. Терапевтам, которые постоянно ощущают беспокойство или устали от чрезмерного контакта, чувствуют, что их работу обесценивают или очерняют, или постоянно сталкиваются с резкой критикой или криками, может оказаться сложно сохранить свою мотивацию и мастерство. В результате терапия может пострадать, и клиенту не удастся достичь существенного прогресса. Важно помнить, что говорить открыто о ПТП, поскольку оно влияет на терапевта, не эквивалентно лишней болтовне, неуместному самораскрытию или контрпереносу.

Терапия — это отношения, поэтому разумно ожидать, что поведение клиента повлияет на терапевта, и возможности для роста могут возникнуть в результате обсуждений того, как клиент влияет на терапевта. Ниже приведен пример того, как терапевт может начать эту ориентацию на ПТП, включая обсуждение того, что мы подразумеваем под ПТП.

**Терапевт.** Теперь, когда мы закончили нашу оценку, смогли обсудить ваши цели и составить “дорожную карту” для нашей работы, я хотел бы поговорить с вами еще о том, что действительно важно.

**Клиент.** Ну, хорошо, это о чем?

**Терапевт.** *Итак*, нам нужно поговорить о некоторых препятствиях, которые могут возникнуть на вашем пути в терапии. Иногда мы называем эти препятствия препятствующим терапии поведением. Препятствующее терапии поведение — это ваши или мои действия, которые могут помешать вам получить пользу от терапии. Можете ли вы подумать о том, что бы вы могли сделать или не сделать из того, что может помешать вам получить максимальную отдачу от терапии?

**Клиент.** Хм, вы упомянули, что будет домашнее задание, и я должен сказать, что я действительно ненавижу эти слова. Это звучит ужасно и навеивает воспоминания о школе. Я не знаю, смогу ли я делать домашнюю работу каждую неделю. Я имею в виду, что я едва в состоянии приготовить завтрак утром, и даже чтобы собраться приехать сюда, потребовалось много усилий.

**Терапевт.** Правильно, домашнее задание — прекрасный пример. Невыполнение домашнего задания определенно мешает терапии. Это потому, что я не ожидаю, что вы будете волшебным

образом исцелены, разговаривая со мной в течение часа в неделю в этом кабинете. Для изменения вашей жизни потребуется некоторая работа в течение остальной части недели, пока вы живете своей жизнью, согласны?

**Клиент.** Да, конечно. Я знаю, что моя жизнь сейчас отстой, и я знаю, что потребуется много работы, чтобы изменить ситуацию. Иногда мне трудно представить, что я смогу это сделать.

**Терапевт.** Да, сейчас трудно представить, каково это — взобраться на огромную гору. Ну, допустим, вам трудно выполнить домашнее задание, и все же мы оба знаем, что любое домашнее задание, которое у вас есть, вероятно, поможет вам, по крайней мере в долгосрочной перспективе. Затем мы встретимся, попытаемся понять, что вам мешает, и решим некоторые проблемы.

**Клиент.** Звучит неплохо.

**Терапевт.** ОК, хорошо, выполнение домашнего задания — один из примеров. Другим примером может быть пропуск сессии. Довольно трудно проводить терапию с кем-то, кого здесь нет! Или, может быть, из-за того, что вы подавлены, вам может показаться, что вы этого не выдержите, и у вас может периодически возникать желание бросить терапию. Если что-то такое произойдет, мы будем работать вместе, чтобы найти способ справиться с этим. Как вам такое предложение?

**Клиент.** Хорошо, думаю, я буду готов сделать это.

**Терапевт.** Итак, следующее, что может помешать терапии, это ваши или мои действия, которые могут осложнить нашу совместную работу. Речь идет о том, что для того чтобы терапия действительно работала, наши рабочие отношения должны быть конструктивными. Если мы плохо работаем вместе, терапия, вероятно, не сработает для вас. Это вы понимаете?

**Клиент.** Да, но другие врачи никогда не говорили мне об этом. Кажется, они просто устали от меня и сказали, что сейчас, вероятно, не время для меня быть в терапии.

**Терапевт.** О, я сожалею. Что случилось?

**Клиент.** Ну, я не делал того, о чем меня просили, и мне было трудно прийти, и я часто опаздывал. Я думаю еще, что со мной может быть трудно, когда я злюсь.

**Терапевт.** Трудно насколько?

**Клиент.** Ну, у меня проблема с криком. Я не хочу, но я просто не могу сдержаться.

**Терапевт.** Да, это полезно знать. И я могу немного покричать, но, может, мы оба согласимся свести это к минимуму, так?

**Клиент.** Да, это было бы здорово!

**Терапевт.** Вы могли бы сказать, что мы должны добавить управление гневом к нашим целям?

**Клиент.** Да, определенно. Пока мы здесь, может быть, мы сможем заставить людей перестать меня так бесить.

**Терапевт.** Ха, я способный, но не настолько! Хорошо, слушайте, если что-то такое будет происходить с нами, мы вернемся к этому вопросу и поговорим об этом. Если вы будете делать вещи, затрудняющие мою работу с вами, я буду с вами откровенен, и мы будем заниматься с этим напрямую, в идеале, даже до того, как это действительно станет проблемой. На самом деле я рассматриваю это не как проблему, а как возможность для нас работать над вещами, которые могут встать у вас на пути в других отношениях или других сферах вашей жизни. Что вы об этом думаете?

**Клиент.** Это звучит убедительно, я действительно не хочу делать то, что беспокоит вас, и не догадываться об этом.

**Терапевт.** Хорошо, я тоже! Теперь давайте поговорим о том, что не сработало как надо во время вашей предыдущей терапии, чтобы мы могли попытаться предотвратить это в нашем с вами случае.

В этом примере терапевт установил этап терапии, четко определив его, и подчеркнул важность поиска решений для работы с ПТП. Терапевт также начал устранять некоторые трудности, напрямую спрашивая у клиента совета, и в этом случае отсутствие выполнения домашних заданий

стало потенциальной проблемой. Терапевт рассказал, что ПТП может заключаться в действиях, которые затрудняют прогресс терапии или осложняют терапевтические отношения. Клиент при этом заметил, что он не привык обсуждать эти вопросы и что предыдущие терапевты использовали другой подход к ПТП. С такими клиентами особенно важно уточнить, как будет проходить работа с ПТП, и в этом случае терапевт описал совместный, ориентированный на решение проблем подход. Когда клиент рассказал о том, что ему трудно удержаться от повышения голоса, терапевт предложил решение этого вопроса в качестве цели лечения и подтвердил, что совместный подход к проблемам терапии будет совместным решением вопросов.

### **Объясните, что препятствующее терапии поведение — это дорога с двусторонним движением**

Не только у клиента может быть ПТП. Причины неэффективности терапии могут быть различными. Например, психотерапевты опаздывают, становятся невнимательными к клиенту или его потребностям, избегают обсуждения некоторых тем (или дискуссии), заботясь о чувствах клиента (или из-за того, что расценивают клиента как легкоранимого), пропускают сессии, неэффективно управляют разочарованием или раздражением, принимают неэффективные для терапии решения, демонстрируют отсутствие контроля или неспособность донести до клиента важные для него аргументы, не следуют руководству по терапии или следуют ему слишком точно, не учитывая уникальность клиента или действуя в ущерб отношениям, и так далее (мы обсудим эти варианты более подробно в главе 11). Терапевт может не суметь рассказать обо всех формах поведения, которые могут увести его в сторону от верного пути (или клиент может просто уйти из терапии), но некоторые конкретные примеры могут помочь принять правильное решение, когда наступит важный момент. Как показано в следующем примере, может быть полезно дать понять клиенту, что терапевт также контролирует свое ПТП.

**Терапевт.** Хорошо, но есть другая сторона. Вы должны сказать мне, делаю ли я что-то, что затрудняет вашу работу со мной. Вы готовы это сделать?

**Клиент.** Да, хорошо. . .

**Терапевт.** Хм, почему-то я не чувствую себя уверенным.

**Клиент.** Это звучит интересно, но я думаю, что мне будет трудно сделать это. То есть вы ведь доктор, правильно? Почему я должен говорить вам, как делать вашу работу?

**Терапевт.** Я так понимаю, вы никогда не давали понять, что были раздражены или недовольны тем, что делали другие ваши врачи или психотерапевты?

**Клиент.** Нет, конечно, нет. Я никогда не говорил с ними об этом.

**Терапевт.** У вас есть шанс! В какой-то момент, я могу в значительной степени гарантировать, что у нас состоится сессия, после которой вы почувствуете, что не получили достаточно пользы. В других случаях я могу упустить момент или не понять, что с вами, поэтому мои предложения могут не иметь смысла или показаться неуместными. Могут быть моменты, когда я призываю вас что-то изменить в вашей жизни (например, то, что вы проводите большую часть дня в своей комнате), а вы не готовы или не в состоянии это изменить. Вполне возможно, что вы можете почувствовать боль из-за того, что я сказал. Если что-то подобное случится, важно, чтобы вы знали, что вы можете обсудить это со мной. Я буду открыт для ваших комментариев и отзывов и готов работать с вами, чтобы улучшить ситуацию.

**Клиент.** ОК, пока я вижу, что вы относитесь ко мне серьезно. Иногда люди просто не обращают внимания на то, что я говорю.

**Терапевт.** И что тогда происходит?

**Клиент.** Обычно я чувствую боль и собственную незначительность, и тогда отступаю или очень злюсь.

**Терапевт.** Это действительно неприятно, когда люди говорят с вами так, будто не принимают вас всерьез. Я надеюсь, что если вы заметите это у меня, то дадите мне знать. Мы можем договориться, что вы сделаете это?

**Клиент.** Хорошо, да, я сделаю это.

**Терапевт.** Если, вы вдруг почувствуете, что вас отвергли или проигнорировали, вам может показаться бессмысленным даже

говорить о вещах, которые вас беспокоят. Итак, мы должны работать над тем, чтобы изменить ваши представления о терапии так, чтобы вы поняли, что когда вы поднимаете важные вопросы относительно того, как мы работаем вместе, я действительно буду относиться к этому серьезно. И лучший способ сделать это — начать прямо сейчас. Вы попробуете немного потренироваться. Вот что я хочу вам предложить: если я получу от вас обратную связь — что вам понравилось в нашей совместной работе и что вы считаете наименее полезным, — тогда вы действительно сможете понять, как будут происходить эти разговоры. Вы готовы это сделать?

В этом примере терапевт сообщил, что если в его поведении появится ПТП, клиент может поговорить об этом. Терапевт “разрешил” клиенту давать обратную связь и делиться реакциями на действия терапевта, тем самым помогая установить отношения, характеризующиеся открытостью. Терапевт также, не пытаясь защищаться, сообщил, что ПТП может проявиться, несмотря на его наилучшие намерения, и если это произойдет, он будет признателен, если получит обратную связь. В частности, клиентам, которые чувствительны к критике, эта открытая безоценочная позиция терапевта может помочь смоделировать новый, более эффективный способ реагирования на критическую обратную связь. Кроме того, терапевт помог клиенту распознавать факторы, которые могли бы снизить его готовность или способность комментировать реакции на действия терапевта. Когда клиент выразил обеспокоенность по поводу отвержения (из-за прошлого опыта), терапевт рассеял его опасения и выразил надежду, что в этих отношениях все будет по-другому.

Выявив возможный барьер для клиента при обсуждении ПТП в будущем, терапевт мог начать работать в разных направлениях. Он мог бы, например, обратиться к убеждению клиента, надеясь, что тот заговорит о проблемах, несмотря на убеждение; далее исследовать убеждение, выясняя, откуда оно взялось; заставить клиента тренировать поведение, которое он надеется наблюдать позже. В этом примере терапевт выбрал последний подход. Это вмешательство — также поведенческий эксперимент, который облегчит обучение клиента в предоставлении обратной связи. В идеале клиент также будет испытывать (а не просто убеждаться когнитивно или интеллектуально) положительные эмоции от этого (его потребности



и пожелания принимаются всерьез); таким образом, увеличивается вероятность того, что клиент снова предоставит обратную связь в будущем. Клиенты, которые не хотят участвовать в искренних обсуждениях своего ПТП либо ПТП терапевта, могут испытывать аналогичные трудности с открытым общением в других отношениях. Терапевт может сравнить шаблоны в терапевтических отношениях с опытом в повседневной жизни клиента, оценивая, наблюдается ли эта модель поведения с другими. Если это так, терапевт имеет возможность помочь клиенту генерализовать то, чему он учится в других отношениях (часто это одна из целей терапевтических методик, основанных на использовании терапевтических отношений в качестве средства изменения, таких как функциональная аналитическая психотерапия [Kohlenberg & Tsai, 1991]; перенос-ориентированная психотерапия [Yeomans, Levy, & Caligor, 2013]; терапия, основанная на ментализации [Bateman & Fonagy, 2013]).

### **Заявите о принятии поведения, препятствующего терапии, и сделайте лимонад из лимонов**

Во время ориентации мы также предлагаем, чтобы психотерапевт заявил о принятии ПТП как неизбежной части терапии и важной возможности. Он может также сказать о том, что терапия предполагает не недопущение ошибок любой ценой, а, скорее, возможность учиться на неизбежных промахах.

ПТП — это возможность узнать что-то новое. Это превращение проблемы в возможность сродни диалектической стратегии в ДПТ, называемой “делать лимонад из лимонов” [Linehan, 1993a]. Например, клиент, который кричит на терапевта, может ожидать, что терапевт будет спорить, валидировать дистресс клиента и отступать либо использовать другие характерные ответы на выражение гнева. Делая лимонад из лимонов, терапевт может вместо этого заявить: “Ну вот, я вижу, что вы действительно сердитесь на меня, и, честно говоря, я рад, что это происходит прямо сейчас. Это прекрасная возможность для нас работать вместе над той проблемой, которая прежде всего заставила вас прибегнуть к терапии”. Часто неожиданный ответ, превращение проблемы в возможность могут переориентировать клиентов, которые застряли на пути решения или принятия их проблем. Заявление о принятии ПТП как естественной части терапии, важной части обучающего процесса, а также новой возможности может помочь клиенту чувствовать себя более комфортно при обсуждении ПТП. Кроме того, эта

позиция также противоречит самоуничижительному мышлению, с которым часто сталкиваются клиенты (например, “Я неудачник, потому что мне не становится лучше так быстро, как я надеялся, мне трудно делать домашнее задание, вовремя приходить, я вызываю выгорание у своего терапевта, так же, как у всех остальных”).

Ниже приведено краткое описание того, как это можно решить на занятиях групповой терапией.

*Это не та группа, которая не допускает ошибок. Мы знаем, что иногда может быть очень трудно сделать домашнее задание или прийти вовремя, и иногда вы можете найти вашу мотивацию слабой и просто решаете не делать то, что, как вам известно, вы должны делать. Всего этого следует ожидать, и когда это происходит, мы рассматриваем это, как возможность просто помочь вам вернуться в нужное русло. Мы поможем вам продумать решения и найти для вас способы продолжать получать как можно больше от терапии.*

## Продолжайте ориентирование на протяжении всей терапии

В идеале ориентация относительно ПТП и других терапевтических мишеней происходит от начала терапии и постепенно продолжается на протяжении работы с клиентом. Такая ориентация может включать в себя использование логического обоснования для терапевта и клиента, фокусирующихся на решении проблем, связанных с ПТП, ориентацию на то, как именно они будут работать вместе над ПТП, и ориентацию на то, каким образом и с какой целью клиент может реализовать некоторые из обсуждаемых решений. Ниже приводится пример того, как это “мини-ориентирование” может работать в том случае, когда клиентка хронически опаздывает на терапию.

**Терапевт.** Сэнди, я рада вас видеть, и я заметила, что вы опоздали на 20 минут, — значит, у нас будет короткий сеанс. Я знаю, что это не идеально, поскольку вам действительно нужна помощь в борьбе с депрессией и с тем, что происходит с вашим парнем. (У парня клиентки была диагностирована шизофрения.) Насколько я помню, вы также опоздали на последние два сессии, поэтому я действительно думаю, что нам придется потратить часть нашего времени на то, чтобы понять, что происходит и что сделать для того, чтобы вы появлялись здесь вовремя.

**Клинетка.** Я знаю, что мне нужно поработать над этим, но я не знаю, что делать. Я не могу продолжать приходить сюда и платить деньги за такие короткие сессии. Я просто не знаю, что со мной происходит.

**Терапевт.** Да, это действительно может деморализовать, когда ты просто не можешь заставить себя сделать то, что тебе нужно сделать. Хотя я бы не хотела, чтобы вы так часто опаздывали, я на самом деле рада, что до этого дошло.

**Клинетка.** Что вы имеете в виду?

**Терапевт.** Ну, я думаю, что этот тревожный звонок — возможность для нас поработать над чем-то, что вызывает у вас большой стресс в других сферах жизни. Разве вы не говорили мне, что потеряли работу, потому что не справлялись с бумагами, с трудом следили за рабочим процессом и слишком часто опаздывали?

**Клинетка.** Да, это действительно так. Не понимаю, почему я так неорганизована.

**Терапевт.** Это правда, по какой-то причине делать то, что вы должны делать, организовать себя и играть по правилам, так сказать, — это не совсем ваша сильная сторона. Но мы разберемся в этом, и если мы сможем сломать эту схему, я думаю, вы заметите, что сможете приблизиться к жизни, которой вы желаете, имея работу и возможность поддерживать себя и так далее.

**Клинетка.** Звучит неплохо. Я не хочу, чтобы это все продолжалось. Я уже сыта по горло собой. Итак, что мы будем делать?

**Терапевт.** Давайте начнем с обзора того, что произошло сегодня. Помните, когда мы говорили ранее о том, как мы будем работать вместе, чтобы сделать нечто под названием функциональный анализ, если вы будете делать вещи, которые действительно мешают вам?

В данном примере ПТП клиентки заключалось в опозданиях на сессии. Терапевт выделила поведение, прояснила проблемы, связанные с опозданием (путем уточнения обуславливающих последствий или зависимости между опозданием и количеством доступного времени на сессии),

и ориентировала клиентку на непосредственную задачу: понимание того, что в конечном итоге приводит к опозданию. В дополнение к мини-ориентированию на задачу оценки проблемы и обоснованию важности разговора об этом терапевт также квалифицировала это событие как возможность (сделала лимонад из лимонов), а потом обобщила это с другими примерами, чтобы выделить более широкую модель поведения.

Как обсуждалось в главе 3, существует много стратегий управления ПТП, и в этом случае терапевт начала с использования управления обусловливающими последствиями, работая с клиенткой только в оставшееся от сессии время. Мы далее обсудим эту и другие касающиеся опозданий стратегии в главе 5.

## Наблюдение за личными и профессиональными пределами

На протяжении всего лечения психотерапевту может быть полезно (а иногда и необходимо) оставаться осознанным в отношении своих личных и терапевтических пределов. Пределы должны быть связаны с тем, что терапевт способен или готов делать или терпеть. Терапевты могут иметь ограничения в отношении различных аспектов терапии или поведения клиента. Вот некоторые распространенные примеры:

- просьбы или требования со стороны клиента, например, на определенный объем или форму контакта (например, текстовое сообщение, телефон, электронная почта) между сессиями; дополнительная работа со стороны терапевта вне сессий (например, просьбы читать электронные письма, книги, журналы; ответы на письма);
- вопросы, касающиеся личной информации, такой как возраст, жизненная ситуация, личные отношения, сексуальные предпочтения и так далее;
- вызывающее поведение во время сеанса, такое как крики, словесная агрессия, молчание, прерывание, жалобы, угрозы и так далее;
- непрерывные суицидальные или другие кризисы;
- вопросы гигиены;
- и/или крайние различия в личных ценностях или мировоззрениях (например, работа с клиентом, который выражает сильную предвзятость или расистские взгляды).

Терапевт, который не в состоянии контролировать и соблюдать пределы, проявляет ПТП. Это происходит потому, что со временем, когда пределы растягиваются, кумулятивные эффекты могут включать выгорание, снижение эффективности или мастерства, недостаточное проявление воли, чтобы помочь клиенту, и отвращающий опыт контакта с клиентом. Поэтому в ДПТ терапевты наблюдают и контролируют эти пределы, и когда клиент пытается раздвинуть эти пределы, терапевт обсуждает это с ним.

Соблюдение пределов включает в себя мониторинг терапевта, вне зависимости от того, превышают ли требования клиента желание или возможности терапевта и готов ли терапевт терпеть определенное поведение клиента в краткосрочной или долгосрочной перспективе. Таким образом, этот процесс аналогичен тому, как мы можем наблюдать пределы в нашей повседневной жизни. Если у вас есть договоренность с вашим партнером о том, что вы будете мыть посуду каждый вечер, пока он занимается стиркой и уборкой, вы будете соблюдать пределы, если скажете: “Я заметил, что стирка накапливается, и у меня закончились чистые рубашки. Я разочарован этим, и, честно говоря, не совсем готов выполнить свою часть договоренностей в том, что касается мытья посуды”.

Хотя отношения терапевт–клиент являются профессиональными, это также отношения между людьми, у каждого из которых есть свои предпочтения, пределы и возможности. Таким образом, соблюдение пределов в терапии может быть так же важно (а иногда и более важно), как и в отношениях с друзьями, членами семьи и близкими.

Психотерапевты, предполагающие, что их отношения с клиентами, особенно в долгосрочной терапии, резко и качественно отличаются от других отношений, рискуют разрушением терапевтических отношений. Десятилетия исследований показали, что соотношение положительных и отрицательных взаимодействий в долгосрочной перспективе является сильным предиктором удовлетворенности и стабильности отношений между парами [Gottman, Driver, & Tabares, 2002]. Хотя терапевтические отношения предполагают наличие очень разных социальных ролей для каждого участника, нет никаких причин для того, чтобы не верить в то, что это общее правило (что коэффициент соотношения положительных и отрицательных взаимодействий может влиять на качество отношений) и для терапии также. Поэтому со временем терапевт, “мирящийся” с крайне негативным или сложным поведением, которое

оказывает давление на его пределы, скорее всего, обнаружит, что терапевтические отношения ослабевают.

Возникновение давления на пределы психотерапевта иногда зависит от продолжительности проявления поведения клиентом. Некоторые врачи, например, могут выдерживать кратковременные суицидальные кризисы, которые заканчиваются разрешением, но если клиент испытывает повторяющиеся кризисы и сообщает о продолжающихся кризисах, связанных с просьбами (по поводу времени, регулирования и переносимости его страданий, беспокойства, или опасений), это может превышать лимиты терапевта. Иногда враждебная критика, повышение тона голоса или даже словесная агрессия могут быть терпимыми в течение короткого времени, но в долгосрочной перспективе такие переживания могут привести к выгоранию и ухудшению качества терапевтических отношений. То же самое относится и к ограниченному терапевтическому прогрессу, который может быть основным источником стресса среди терапевтов. С определенными типами групп клиентов, такими как мультидиагностические, сложные клиенты, принятие реальности медленного и эпизодического прогресса может помочь предотвратить выгорание [Linehan, 1993a]; однако когда работа с клиентом показывает отсутствие прогресса в течение нескольких месяцев или еще дольше, терапевту может стать дискомфортно продолжать терапию, если изменения не произойдут и прогресс не увеличится. Поэтому для терапевтов важно подойти к пределам, как в краткосрочной перспективе (например, “Как это влияет на меня и на нашу терапию сейчас?”), так и в более долгосрочной перспективе (например, “Может ли это поведение, если оно будет продолжаться, способствовать выгоранию?” Смогу ли я терпеть это в течение следующих 10 сеансов?”).

Альфонс, 32 года, испытывал трудности с переменами в отношениях, был чувствителен к отвержению и с трудом переносил чувство одиночества. Он был высокообразованным в конкретной области, но был безработным и боролся с депрессией и симптомами пограничного расстройства личности в течение многих лет.

Его новый психотерапевт, стажер-интерн, только что приступил к работе с несколькими клиентами, включая Альфонса, которого перевели от других интернов, завершивших свое обучение. Альфонс имел особенно тесные отношения со своим предыдущим терапевтом, который почти всегда был доступен по телефону или электронной почте между сеансами.

Этот тип организации, конечно, распространен в ДПТ — считается, что телефонный коучинг навыков между сессиями поможет клиенту генерализовать в повседневной жизни то, чему он учится в терапии. Таким образом, когда клиент в первую неделю пару раз обратился за помощью по телефону в связи с грустью и другими сильными эмоциями по поводу отъезда другого терапевта, этот начинающий терапевт был рад ему помочь и заняться телефонным коучингом. На следующей неделе, однако, Альфонс звонил каждый день, а через неделю он звонил ежедневно и несколько раз в течение выходных, часто в период интенсивного кризиса. Терапевт начал чувствовать себя подавленным и напряженным, и у него появились неприятные реакции на сигнал телефона (сильное эмоциональное напряжение и мысль: “Ну, снова!”). Он знал, что если это будет продолжаться, то в ближайшем будущем у него возникнет выгорание. Он дошел до точки (проскочил эту точку на самом деле), где он должен был соблюдать собственные пределы.

Когда терапевт сказал Альфонсу, что хочет поговорить о телефонных звонках, Альфонс стал явно напряженным и тревожным и сказал: “Я уже проходил через это раньше, и я действительно ненавижу говорить о телефонных звонках. Хорошо, я уменьшу их количество! Вам не нужно ничего говорить”. Терапевт сделал некоторую оценку того, как Альфонс отреагировал на этот диалог (со стыдом и смущением), а затем сказал, что, хотя он знал, что эти разговоры будут тяжелыми, он окажет Альфонсу плохую услугу и будет относиться к нему как к особо уязвимому, если просто оставит эту тему. Как тогда Альфонс научится воспринимать такую обратную связь, учиться на ней и использовать ее для укрепления отношений, если избежит обсуждения? Терапевт затем сообщил, что ежедневных звонков было слишком много для него, что он чувствовал себя более напряженным и менее способным сохранять баланс между работой и жизнью, что позволило бы ему сделать свою работу лучше. Он сказал Альфонсу, что, хотя у других терапевтов могут быть другие пределы, он по опыту знает, что может терпеть около трех-четырех звонков в неделю и что он будет более готов быть доступным, если некоторые из звонков произойдут до кризиса или если они будут связаны с положительными изменениями. Альфонс согласился сократить число звонков до трех в неделю и работать над преодолением кризисов или предупреждением их возникновения. В процессе их общения выяснилось, что в прошлом лечении большая часть обсуждения телефонных звонков и ограничений терапевта состояла из разговоров

терапевта о том, что Альфонс “слишком зависим”, “плохо соблюдает границы” и что, оставаясь доступным, терапевт будет идти на поводу у Альфонса в поддержании его патологии. Неудивительно, что ему было стыдно, когда рассматривалась эта тема.

Временами ПТП клиента может затруднить терапевтам наблюдение за пределами. Например, одна из наших студенток-клиницистов видела, как клиент борется с хронической дистимией, отсутствием социальной поддержки, трудностями, связанными с работой и его хроническим болезненным состоянием. Он нуждался в эмоциональной поддержке, хотел с кем-то поговорить и чувствовать себя менее одиноким в жизни, но у него также была история трудностей в близких отношениях, и он заявил, что часто терял отношения: “Как только они действительно узнают, каково это быть в отношениях со мной, они просто выгорают и уходят.” Во время недавней сессии студентка ориентировала клиента на свои пределы в отношении телефонного контакта между сессиями, и упомянула, что отдает предпочтение телефонному звонку, а не текстовому сообщению или электронному письму, если клиент хочет поговорить с ней между сессиями. Через два дня она получила срочное сообщение от клиента. Стараясь изо всех сил эффективно управлять обуславливающими последствиями, помня, что она недавно ориентировала его на свои пределы, она ответила ему и попросила позвонить ей, если ему нужна помощь. В ходе следующей сессии она вновь заявила, что предпочитает не писать текстовых сообщений и, скорее всего, не будет на них отвечать, но будет рада получить телефонный звонок. Спустя три дня она получила два срочных сообщения от клиента. Она не ответила на них, и затем в выходные получила электронное письмо, в котором говорилось, что клиент бросает терапию. Ей удалось убедить клиента прийти на сеанс, чтобы обсудить его решение, и когда она это сделала, он сказал, что, по его мнению, ее пределы, касающиеся текстовых сообщений, были необоснованными и что она должна быть доступна любым способом, который он считает наиболее удобным, потому что она профессионал, а он — клиент.

Ключом к успеху в этой ситуации было сохранение диалектической позиции, в соответствии с которой терапевт искал ядро истины в позиции клиента, не отказываясь от своей позиции и эффективно ориентируя клиента на свои пределы. Как можно себе представить, потребовались усилия со стороны терапевта, чтобы найти и проверить зерно истины в том, что говорит клиент (“Вполне логично, что я могу подумывать, что



поскольку клиент платит мне, я должна помогать ему, и, вероятно, у меня не отвалилась пальцы, если я отвечу на пару простых текстовых сообщений”). Терапевт также исследовала, как клиент чувствовал себя, когда он не получил ответа (было больно, грустно, он рассердился и почувствовал себя отвергнутым), и валидировала эти чувства. Она также ориентировала клиента на тот факт, что в любых терапевтических отношениях следует уважать потребности терапевта (жаль, не все), чтобы он серьезно относился к лечению и лучше работал для клиента. Хотя терапевт не требует постоянного ухода и кормления, он требует совсем немного. Кроме того, это событие открыло дискуссию о том, как эта проблема возникала у клиента и в других отношениях и как клиент может работать лучше, чтобы сбалансировать свои потребности в общении с теми людьми, с которыми он был близок. Они также начали работать над его интенсивными эмоциональными реакциями и склонностью к убеганию (например, бросить терапию, прекратить отношения), когда он чувствовал, что его потребности не удовлетворятся.

### **Будьте диалектичны по отношению к пределам: пределы индивидуальны, относительноны и должны соответствовать контексту**

С позиций диалектики пределы — это уникальные, индивидуальные характеристики психотерапевта. У разных терапевтов могут быть совершенно разные пределы. Некоторые терапевты вполне комфортно работают с гневливыми клиентами, и у них нет никаких трудностей с клиентами, которые кричат на них, в то время как другие терапевты могут быть не в состоянии эффективно функционировать в этих условиях. Крики или словесная агрессия для этих терапевтов могут быть нарушением договоренностей. Некоторые терапевты готовы быть доступны для звонков клиентов среди ночи и во время отпуска, в то время как другие терапевты предпочитают защищать свое личное время и ограничивать объем работы, которую они делают в нерабочее время и выходные дни. Некоторые терапевты имеют колоссальный потенциал для работы с клиентами, имеющими кардинально отличающиеся взгляды и другие системы ценностей (например, с клиентами, которые выражают предрассудки относительно расы или сексуальной ориентации); с клиентами, которые часто совершали ужасные поступки (например, с теми, кто совершал развратные действия в отношении детей, или совершившими убийство), или с теми, чье

поведение далеко за пределами общепринятых социальных норм (например, сексуальные действия с животными). Другие терапевты, напротив, могут понять, что они менее эффективны с людьми, демонстрирующими определенные формы поведения или имеющими определенные характеристики или взгляды, и, следовательно, у них могут быть более жесткие пределы. Действительно, начиная встречу консультационной команды ДПТ руководитель читает соглашение, которое ориентирует команду на философию лечения. Одним из таких соглашений является следующее: “Мы согласны соблюдать наши собственные пределы. Как психотерапевты и члены группы мы соглашаемся не осуждать и не критиковать других членов за то, что у них другие пределы” (например, слишком широкие, слишком узкие, “в самый раз” [Linehan, 2008, p. 427]).

С другой стороны, у терапевтов иногда есть пределы, которые слишком узки, чтобы облегчить эффективную работу с конкретными клиентами. Например, одним из аспектов ДПТ является наличие у врача-клинициста телефонной связи (или других форм связи, таких как электронная почта или текстовые сообщения) между сеансами, чтобы помочь клиенту генерализовать навыки в естественной среде. Телефонная консультация является ключевым аспектом ДПТ [Linehan, 1993a] и компонентом стандартной помощи суицидальным пациентам [Bongar & Sullivan, 2013]. Этот аспект лечения, однако, иногда вызывает страх у терапевтов, которых мы обучаем. Некоторые клиницисты хотят работать в рамках ДПТ, но считают, что доступность между сеансами будет выходить за рамки их личных пределов. Другие готовы работать только в обычное рабочее время. Мы еще не сталкивались с клиницистом, который научил бы своего пациента управлять кризисами так, чтобы они возникали только в обычное рабочее время.

Поэтому, исходя из того, что мы знаем на сегодняшний день об эффективности ДПТ и стандарте оказания медицинской помощи пациентам, склонным к суициду, такие пределы могут быть слишком узкими для эффективной работы с этой группой людей. Другими примерами неэффективно узких пределов могут быть терапия управления гневом, проводимая психотерапевтами, которые не могут терпеть гневное поведение клиента; работа с подростками, которые не хотят проводить сеансы или консультироваться с родителями и так далее. Поскольку терапевтические пределы являются уникальными, важно, чтобы психотерапевты брали на себя ответственность за свои пределы. Когда эти пределы

подвергаются угрозе разрушения, терапевты могут использовать те же навыки межличностного общения, которым часто обучают клиентов, описывая поведение и связанные с ним мысли и эмоциональные реакции терапевта безоценочно, используя “Я”-утверждения. Например, терапевт может заявить, что, когда клиент описывает представителей определенной расы в уничижительных выражениях, он чувствует себя некомфортно и ему трудно оставаться беспристрастным. Напомним, что ПТП определяется функционально его влиянием на терапию или терапевтические отношения. Поэтому, соблюдая пределы, терапевт подчеркивает влияние поведения клиента на его способность помочь. Эта модель пределов больше ориентирована на отношения, чем на патологию. Это означает, что терапевт, как правило, не предполагает, что поведение клиента является проблематичным само по себе (то есть что оно является патологическим или будет проблемой в любом контексте) или что оно представляет собой основную патологию. Поведение, оказывающее давление на пределы, проблематично в контексте конкретных терапевтических отношений с клиентом. Пределы же, связанные с контактами между сессиями, например, с другими медработниками или людьми из круга поддержки (например, друзья, близкие), могут быть совершенно разными. Поэтому тот факт, что терапевт чувствует себя выгоревшим, не означает, что клиент чрезмерно зависим или нуждается в поддержке.

В случае с Альфонсом терапевт признал, что проблема заключается в негативном влиянии звонков на его свободное время и баланс между работой и личной жизнью. Напротив, в модели, ориентированной на патологичность такого поведения, может потребоваться, чтобы терапевт сообщил, что Альфонс слишком зависим и должен научиться самостоятельно удовлетворять свои потребности. Это может быть так, но “слишком зависимый” в значительной степени зависит от характера отношений и людей, с которыми Альфонс контактирует. Для некоторых терапевтов и других людей в жизни Альфонса ежедневные звонки могут быть вполне приемлемыми и, следовательно, не будут считаться признаками его чрезмерной зависимости. Действительно, насколько нам известно, нет образца, который определяет разумные “границы” и правила социального поведения внутри или вне терапевтических отношений. Это не означает, что терапевт не может обсуждать подход Альфонса к отношениям и поиску поддержки. Действительно, это может быть важная дискуссия, и для терапевта было бы разумно оценить, сталкивался ли Альфонс с такими

проблемами в общении с другими терапевтами, друзьями или близкими. Кроме того, терапевт, будучи честным, откровенным и сознательным в своих реакциях на поведение Альфонса, в контексте теплых и поддерживающих терапевтических отношений, может облегчить обучение, которое можно генерализовать и в других таких отношениях.

Еще одной характеристикой пределов в ДПТ является то, что они могут изменяться в зависимости от изменений контекста. Например, жизненная ситуация терапевта может измениться, что затруднит его доступность в тех пределах, которые были раньше. У нас обоих есть дети, и когда, например, родились наши первенцы, каждый из нас пережил несколько месяцев обычного связанного с этим недосыпания. Конечно, проблема недостатка сна была серьезнее у наших жен, но это повлияло и на нас. До того, как у нас появились дети, мы были легко доступны для ночных звонков от клиентов ДПТ, но в те бессонные и стрессовые месяцы каждый из нас сужал свои пределы относительно того, когда мы могли принимать телефонные звонки. Пределы также могут меняться в соответствии с изменениями в терапевтических отношениях. Например, терапевт может быть более готов терпеть, предоставив дополнительное время или помощь, когда клиент кричит на него, если отношения прочные и взаимовыгодные. Естественные обуславливающие последствия для клиента, регулярно третирующего терапевта враждебным или неуважительным отношением, могут заключаться в снижении гибкости пределов, касающихся контакта вне сеанса психотерапии.

## **Соблюдать пределы или устанавливать их**

Соблюдение пределов отличается от установления пределов. Если терапевт устанавливает пределы, то он ожидает, что клиент будет следовать этим правилам, в то время как соблюдение пределов предполагает, что терапевт отслеживает эффекты поведения клиента и обсуждает их, когда это необходимо. Соблюдение пределов требует от терапевта внимательного наблюдения за действиями клиента и его реакциями. Установление пределов включает в себя сообщение о правилах, например, таких как общение с терапевтом, когда он доступен для телефонных звонков (например, с 9 утра до 8 вечера, с понедельника по пятницу), правилах, касающихся опоздания (например, терапевт будет ждать 15 минут, а затем подумает о том, чтобы отменить сессию) и регулярности посещения терапии. Когда терапевт ориентирует клиента на какие-либо существующие пределы на начальных

этапах лечения, клиент будет знать, что делать и чего избегать, чтобы эффективно ориентироваться в терапевтических отношениях. Эффективное управление ПТП часто предполагает сочетание наблюдения и установления пределов. Ниже приведен пример того, как терапевт может сообщить о пределах в отношении контакта между сессиями.

**Терапевт.** Итак, мы говорили о том, что я доступен по телефону между сессиями, чтобы помочь вам. Вы помните, в чем смысл этих звонков?

**Клиентка.** Я не уверена. Это возможно в случае чрезвычайной ситуации или если мне понадобится помощь с моими эмоциями?

**Терапевт.** Да, точно, вы можете позвонить мне, если возникнет чрезвычайная ситуация, хотя я бы предпочел, чтобы вы дожились до того, как чрезвычайная ситуация случится. В любом случае главное — это помочь вам получить то, чему вы учитесь в терапии, и использовать это в вашей повседневной жизни, когда это необходимо. Вы узнаете много нового о различных способах управления своими эмоциями, изменения мышления и более эффективного взаимодействия с другими людьми. Одно дело говорить об этом здесь, но это может быть совсем другая история, когда вы пробуете все это в своей повседневной жизни. Итак, я хотел бы быть в состоянии помочь вам в этом.

**Клиентка.** Звучит неплохо. Я знаю, что мне понадобится большая помощь! Другие люди часто говорили мне, что я слишком привязчивая, но я действительно чувствую себя одинокой, и мне с этим нелегко.

**Терапевт.** Ну, можете не сомневаться, я не буду называть вас “привязчивой”. Но если я обнаружу, что число ваших звонков больше, чем то, с каким я могу справиться, я определенно дам вам знать, и мы постараемся найти способ обеспечить получение необходимой для вас помощи и сохранить при этом мой здравый ум! Это звучит разумно?

**Клиентка.** Да, я рада слышать, что вы дадите мне знать об этом. Я знаю, что вы занятой человек, и я не хочу беспокоить вас или быть обузой.

**Терапевт.** Если бы это действительно беспокоило меня, я бы прежде всего не стал предлагать вам звонить мне. Я действительно с нетерпением жду возможности помочь вам с тем, что непосредственно происходит в вашей повседневной жизни.

**Клиентка.** Когда я смогу вам позвонить?

**Терапевт.** Правильно, хороший вопрос. Позвольте мне рассказать вам сейчас о том, насколько я, вероятно, буду доступен. Вообще-то я не отвечаю на звонки. Я бы попросил оставлять голосовое сообщение с информацией о том, какая помощь вам нужна, и я тогда перезвоню вам. Я не могу обещать, что всегда сразу же смогу это сделать, так как я могу быть на собрании или в пути, могу вести занятия целый день и так далее. Так что я сделаю все возможное, чтобы перезвонить вам, по крайней мере до того времени, когда я ложусь спать вечером. Иногда это будет намного раньше. Договоримся, однако, что вы должны ждать моего звонка и не делать ничего вредного для себя. Вы можете на это согласиться?

**Клиентка.** Это может быть трудно, особенно если придется долго ждать. Но я понимаю, что вы имеете в виду, и сделаю все, что в моих силах.

**Терапевт.** Что касается времени, вы можете звонить мне, когда захотите, но я с большей вероятностью перезвоню вам, если вы позвоните между 6 утра и 10 вечера, когда я ложусь спать. Вы можете позвонить мне посреди ночи, если вам нужно, но вы можете не дозвониться до меня (мой телефон может быть выключен), и даже если вы дозвонитесь, я могу быть не очень полезным, так как буду сплосонья. Но если вы позвоните, а я не смогу ответить, я сделаю все возможное, чтобы перезвонить вам утром. Я знаю, что вам может быть трудно ждать, и иногда моя недоступность ночью также может беспокоить вас. Поэтому давайте поговорим о том, что нам с этим делать.

В этом примере психотерапевт устанавливает, а не соблюдает пределы, но таким образом, чтобы обеспечить некоторую гибкость. Например, клиентка может позвонить терапевту посреди ночи, если пожелает, но

эффективная помощь не всегда может быть оказана. Это пример, когда терапевт специально описывает поведение (звонок посреди ночи) и его вероятные последствия (неспособность или недоступность терапевта), тем самым проясняя обуславливающие последствия и позволяя клиенту свободно выбирать что делать. Затем клиентка может попробовать позвонить и узнать о последствиях. Подчеркивание ценности обучения на основе опыта, а не на создании условий для управляемого правилами поведения, скорее всего, приведет к более гибкому и устойчивому изменению поведения [Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb, & Korn, 1986]. Кроме того, терапевт признал, что эти пределы могут создавать некоторые проблемы для клиента, и обсудил вместе с ним, как они могут управлять этим. Терапевт также ориентировал клиента на протяжении всей беседы на обоснование телефонных звонков (генерализация результатов лечения) и выказывал свой энтузиазм и заинтересованность в помощи клиенту.

## **Пределы меняются и могут быть расширены, когда это необходимо**

Терапевты иногда должны быть готовы раздвинуть свои пределы. Клиенты могут нуждаться в дополнительных сессиях в течение определенного периода, чтобы пережить трудные времена, или им, возможно, потребуется больше поддержки по телефону, чем обычно им оказывал терапевт, чтобы помочь им в других аспектах, таких, например, как согласование помощи с другими медицинскими работниками, консультация с лечащим психиатром для обеспечения координации терапии и так далее. Когда эти меры необходимы и раздвигают пределы терапевта, ему нужно ориентировать клиента на то, что это временно, и объяснять ему, почему это сейчас важно. Ориентация клиента на ограниченный во времени характер расширения пределов терапевта может помочь предотвратить подкрепление повторных кризисов или другого дисфункционального поведения.

В одной из наших клиник клиентка проходила терапию в группе тренинга навыков ДПТ и одновременно получала терапию с индивидуальным психологом по месту жительства. Вместе с тем мы обнаружили, что, хотя эта договоренность (что клиент получает ДПТ “только в группе”) может быть эффективной, иногда требуются большие усилия, чтобы поддерживать участие клиентки в лечении и максимизировать успех. Эта конкретная клиентка, Салли, связалась с терапевтом, ведущим группу, чтобы сказать, что она строго осуждала себя за сильные эмоциональные реакции во время

групповых занятий, думала о прекращении терапии и была госпитализирована для лечения депрессии.

Терапевт, будучи чрезвычайно занятым (и отчаянно пытаюсь найти время, чтобы написать эту книгу), обычно не делал этого на еженедельной основе с клиентами, проходящими только групповую терапию, которых он не ведет индивидуально, но решил, что расширение его пределов поможет предотвратить выпадение клиентки из терапии и улучшить ее прогресс. В результате он поддерживал с ней регулярные контакты во время ее пребывания в больнице, помогал ей получать пропуск для посещения группы навыков ДПТ каждую неделю, координировал терапию с ее индивидуальным психологом, забирал ее в дни занятий в группе (ей это было разрешено, и больница была через дорогу) и возвращал обратно в больницу. Во время их занятий клиентка сбежала из клиники сразу после групповой терапии, а затем была найдена на мосту в городе и доставлена обратно в больницу. Терапевт выразил готовность расширить пределы и согласовать пребывание клиентки в больнице и работу в группе, но он потребовал, чтобы она продумала свои действия, чтобы инцидент повторился. Клиентка выразила благодарность за поддержку, осталась в группе, и стала проявлять признаки улучшения в виде увеличения вовлеченности в работу в группе.

## Движемся вперед

Стратегии по управлению ПТП часто начинаются в начале терапии с ориентации и соблюдения *пределов*. Эффективная ориентация заключается в *четком определении терапевтом ПТП; обсуждении того, как обе стороны могут участвовать в поведении, которое препятствует терапии; и описании ПТП как ожидаемой части терапии и важной возможности узнать новые вещи* (то есть сделать лимонад из лимонов). Ориентация на совместный подход к решению проблем ПТП также полезна. Ориентация происходит *на протяжении всей терапии* и может установить условия для будущих возможностей *во время сессии* изменить клинически значимое поведение. Кроме того, соблюдение *пределов* предполагает, что терапевт сознательно наблюдает, выходят ли требования или поведение клиента за *пределы* того, что он хочет или может терпеть. Важно признать, что *пределы индивидуальны, меняются и соответствуют контексту — это продукт работы терапевта и терапевтических отношений*, а не общих жестких правил



или социальных ориентиров. *Временное расширение пределов терапевта с адекватной ориентацией и четкими целями также может быть эффективным. Происходящие* на протяжении всей терапии, ориентация и соблюдение *пределов* помогают обеспечить четкую дорожную карту или основу для терапии и терапевтических отношений и *возвратить* клиента в русло лечения, когда оно начинает идти не так, как следует. Поэтому эти стратегии не только необходимы в начале терапии, но также помогают *удерживать* терапию в нужном направлении с учетом долгосрочных целей.

# 5

## Повышение посещаемости терапии

Несмотря на текущие достижения в области коммуникационных технологий и телемедицины, по-прежнему трудно провести сеанс терапии с кем-то, кого нет на этом сеансе. Основное внимание в этой главе уделяется посещению терапии. Проблемы с посещаемостью, включая пропуск сессии, отказ от терапии, опоздание и преждевременное прекращение терапии или уход из нее, повсеместно распространены в условиях терапии и особенно распространены среди мультидиагностических клиентов, которых мы часто видим в диалектической поведенческой терапии (ДПТ). Только если терапевты эффективно управляют этим набором форм препятствующего терапии поведения (ПТП), у них будет возможность использовать некоторые из других стратегий, которые мы рассматриваем в остальной части этой книги.

Опоздания и пропуски терапии влияют в равной степени на “дозы” и последовательность терапии и тем самым могут препятствовать прогрессу. Клиенты, которые не посещают лечение, могут не получить необходимую им помощь и в дальнейшем им может понадобиться еще более ресурсоемкая помощь (например, лечение в дневном или полном стационаре). Проблемы с посещаемостью могут быть признаком ослабления мотивации к лечению, недостаточности навыков самоуправления, трудностей в терапевтических отношениях, избегания сложных тем или вмешательств (например, экспозиционной терапии) или несоответствия между терапевтической работой и целями клиента.

С точки зрения терапевта опоздания и пропуски могут создавать неудобства в отношении планирования или могут иметь финансовые последствия, если терапевт, например, не может выставить счет клиентам за пропущенные сеансы. Терапевты также могут работать дополнительные часы между сеансами, чтобы вернуть сбившихся с пути клиентов, и иногда эта работа выходит за пределы терапевта. Кроме того, терапевты могут быть деморализованы или обескуражены, когда отсутствие клиентов может

создавать препятствие для выздоровления [Sledge, Moras, Hartley, & Levine, 1990]. Далее мы опишем, обсудим и проиллюстрируем некоторые из стратегий, которые мы чаще всего используем, в соответствии с принципами и основными стратегиями, обсуждаемыми в главах 2 и 3.

## Ключевые принципы

Терапевты должны иметь в виду несколько важных принципов при решении проблем с посещаемостью или опозданиями. Во-первых, непосредственное обсуждение опозданий и пропусков — это наиболее эффективный путь к изменению поведения. Терапевты иногда подходят к вопросам посещаемости с таким отношением, что если клиенты пропускают сеансы или не приходят вовремя, они могут быть не готовы к терапии, или с идеей, что внутренняя мотивация клиента в конечном итоге вырастет (или нет) без вмешательства. Это может происходить с некоторыми клиентами, но в случае мультипроблемных клиентов с хаотичной, кризисной жизнью или тех, кто отчаянно нуждается в помощи (то есть суицидален), терапевту, возможно, придется принять дополнительные меры, чтобы помочь клиенту пройти через это. Поэтому в ДПТ мы по необходимости проводили много времени в наших командах, с нашими коллегами и стажерами, обсуждая способы максимизации посещаемости, предотвращения отсева и управления такими проблемами, как опоздания. Кроме того, проблемы с посещаемостью также могут отражать трудности с самоуправлением, саморегулированием и организационными навыками вообще. Таким образом, непосредственное обращение к посещаемости может помочь клиентам научиться решать эти и другие проблемы. Во-вторых, как мы будем обсуждать далее, проблемы с посещением терапии часто связаны с дисбалансом обуславливающих последствий. Одно из полезных предположений состоит в том, что клиент хочет изменить свою жизнь и хочет помочь себе, но по какой-то причине посещение терапии менее подкреплено, чем альтернативные виды деятельности, происходящие вне терапии. Изменить поведение трудно. Мы часто просим наших клиентов выполнять самую трудную работу, которую они когда-либо выполняли, например, проживать чрезвычайно болезненные эмоции, изучать и практиковать новые навыки, изменять укоренившиеся шаблоны и привычки мышления и так далее. Вместо того чтобы предполагать, что клиент немотивирован, “саботирует себя” или “сопротивляется”, мы

считаем целесообразным предположить, что клиент делает все возможное из того, что он может сделать в данный момент, и хочет помочь себе выстроить лучшую жизнь. При этом клиент должен стать еще более мотивированным и умелым [Linehan, 1993a]. И вот здесь мы приходим ему на помощь как терапевты.

В-третьих, как обсуждалось в главе 2, в попытках терапевта решить проблемы посещаемости может быть полезной диалектическая позиция. С диалектической точки зрения терапевт должен быть сразу полностью привязан к клиенту, посещающему терапию и улучшающему свою жизнь, и одновременно готов отпустить эту привязанность, когда это необходимо. Терапевты, которые остаются застрявшими на одном полюсе (“клиент должен прийти на терапию”) рискуют стать жестко сосредоточены на том, чтобы клиент пришел, упуская понимание того, почему клиент испытывает трудности с посещением, и выталкивая, таким образом клиента из терапии. Терапевт должен быть полностью привержен лечению клиента и в то же время быть готов принять и отпустить позицию клиента, когда это необходимо. Терапевт, однако, не прекращает заботы о благополучии клиента.

Диалектическая позиция также помогает терапевту, когда он и клиент слишком поляризованы (например, терапевт настаивает на посещениях, в то время как клиент стоит на своем и говорит, что ему слишком трудно приходить на терапию), чтобы искать мудрое решение или зерно истины в перспективах клиента и работать вместе над синтезом. Например, рассмотрим случай, когда клиент говорит, что терапия не помогает, и поэтому он думает о том, чтобы бросить ее. Терапевт может подумать: “Конечно, терапия не работает. Он не делает домашнюю работу, опаздывает и на самом деле не проходит терапию”. Терапевт и клиент становятся поляризованными, терапевт побуждает клиента работать усерднее и получать пользу от лечения, а клиент говорит, что это не работает. Вспоминая о том, что необходимо искать зерно истины в позиции клиента, терапевт может отступить и попытаться увидеть ситуацию с точки зрения клиента. Какой смысл в терапии, если клиент чувствует, что она неэффективна? Почему он не хочет приходить на лечение? Как только терапевт в этом разберется, он может эффективно валидировать позицию клиента, а затем работать над синтезом (например, клиент должен больше работать, чтобы получить что-то от терапии, а терапевт должен найти способы сделать лечение более эффективным или актуальным). Кроме того, диалектическая позиция также напоминает терапевту, что необходимо: а) эффективно сбалансировать

валидацию с попытками решить проблемы посещаемости; б) сбалансировать использование поведенческих навыков, ориентированных на изменение или принятие; и в) сбалансировать терапевтические стили и стратегии. Некоторые из них обсуждаются далее.

## Обоснования для руководства вмешательствами, направленными на увеличение посещаемости

За последние три десятилетия в многочисленных исследованиях были изучены предикторы посещаемости терапии и вмешательства для ее повышения и предотвращения преждевременного прекращения терапии. Исследования были сосредоточены в основном на отказе от лечения и преждевременном его прекращении; общие результаты отражают количество посещенных сеансов, посещение первого сеанса терапии и ранний отказ (например, после первого сеанса).

Были изучены несколько вмешательств, включая тщательную ориентацию и социализацию терапевтического процесса, повышение мотивации, предоставление выбора в отношении терапевтов и времени встреч, воображаемые репетиции посещения сессии, ведение пациентов и телефонные напоминания о встречах, а также обратную связь терапевта о прогрессе клиента, среди прочего [Oldham, Kellett, Miles, & Sheeran, 2012].

Насколько хорошо работают все эти вмешательства и что работает лучше всего? В ходе недавнего мета-анализа была изучена эффективность мероприятий по поощрению посещаемости и сокращению преждевременного прерывания терапии и отказа от лечения. Обзор был сосредоточен на 31 исследовании, включающем рандомизацию клиентов на активное вмешательство по сравнению с контрольным вмешательством и использованием объективных показателей посещаемости [Oldham et al., 2012]. Результаты показали, что размеры D-эффекта Коэна для вмешательств с целью повышения посещаемости варьировались от очень малых (0,05) до больших (1,53). Вмешательства с наилучшим эффектом включали предоставление клиентам выбора в отношении терапевтов и назначения дней и времени в начале лечения. Другие мероприятия, связанные с ощутимыми последствиями, — это мотивационное интервью, ориентация и предоставление информации о лечении, напоминания о встрече и ведение пациентов [Oldham et al., 2012]. Многие из этих стратегий согласуются с подходом и вмешательствами, которые мы обсуждаем в этой главе.

## Ориентация как превентивная стратегия

Опираясь на исследования, описанные ранее, мы начнем обсуждение применения стратегий, ориентированных на посещаемость терапии. С момента первого контакта с потенциальным лечащим врачом или его сотрудниками клиенты подвергаются как формальной, так и неформальной ориентации. Во многих клиниках клиенты сначала звонят администратору, чтобы узнать об услугах, и он предоставляет информацию о ценах, правилах отмены сеанса, типах доступного лечения, доступных врачах, времени встреч и процедурах для первоначальной оценки. Ориентируясь на эти детали, клиент может получить достаточно информации, чтобы принять обоснованное решение о том, следует ли планировать первый сеанс и чего ожидать от посещения терапии.

Там, где это возможно, на этапе ориентации может быть целесообразно обеспечить гибкость и выбор [Oldham et al., 2012]. Соответственно, следует предоставить клиентам возможность выразить предпочтения в отношении квалификации терапевта (например, врач, ординатор, консультант, психолог), пола или графика их потенциального клинициста. Мы признаем, что выбор не всегда возможен во многих лечебных учреждениях, но терапевты могут рассмотреть способы предоставления определенной свободы выбора в отношении специфики терапии (например, время приема, даты начала, возможность проведения краткого информационного интервью до официальной первичной консультации или начала лечения).

Помимо административной ориентации и предоставления выбора, еще одним важным аспектом ориентации в этой области является психологическое просвещение относительно важности посещения занятий. Для клиентов, которые хорошо реагируют на данные исследований, психообразовательная работа может включать краткое изложение того, что мы знаем из исследований по психотерапии. Как правило, исследования относительно частоты сеансов и посещаемости психотерапии показали, что результаты в основном соответствуют схеме уменьшения возвращений в дальнейшем во многих формах психотерапии [Harnett, O'Donovan, & Lambert, 2010; Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996; Stulz, Lutz, Leach, Lucock, & Barkham, 2007]. В ДПТ некоторые данные дают возможность предполагать, что максимальное улучшение у клиентов происходит в течение в первых шести месяцев терапии [Linehan et al., 2006; McMain et al., 2009]. Почти все рандомизированные исследования, в частности по ДПТ,

касались еженедельных амбулаторных индивидуальных сеансов терапии (1 час), а также еженедельного группового обучения навыкам (около 2 часов [Stoffers et al., 2012]). Таким образом, терапевты могут отметить, что регулярное последовательное посещение терапии с самого начала, вероятно, быстрее принесет более ощутимую пользу, чем посещение терапии время от времени. Кроме того, мы рекомендуем представлять эту информацию таким образом, чтобы она была понятна клиенту (например, избегая медицинского жаргона), и в качестве важного шага в достижении желаемых целей мы рекомендуем регулярное посещение терапии.

Сильный терапевтический альянс может облегчить посещение встречи, особенно в начале терапии. И если клиент избегает терапию из-за проблем в терапевтических отношениях, его “решение” на этом этапе может стать проблемой. Некоторые исследования показали, что терапевтический альянс особенно важен для терапевтических изменений в первые несколько сеансов. Кроме того, имеются данные о негативной ассоциации терапевтического альянса с клиническим наблюдением, регулярной, сессия за сессией, оценкой симптомов [Kolden et al., 2006]. Вполне возможно, что первоначально, во время того, что некоторые называют фазой “реморализации” терапии [Howard et al., 1996], сильная терапевтическая связь может усилить терапевтические эффекты и сделать возможным более глубокое обсуждение самых болезненных и эмоциональных вопросов в последующих сессиях. Ранее избегаемые эмоции или мысли в этот момент находятся на переднем крае, особенно в контексте сильного терапевтического альянса. Клиенты, которые с самого начала посещают сеансы терапии эпизодически, упускают возможность развить сильный терапевтический альянс и ощутить различные первоначальные улучшения, которые могут стать мотивацией к дальнейшему посещению. Трудности в посещении или плохой подбор терапевт–клиент часто задерживают развитие отношений, в которых можно безопасно решать трудные проблемы. В начале терапии могут быть некоторые варианты решения этой проблемы: а) обсудить и оценить проблемы клиента с терапевтическим подходом; б) выявить факторы, с которыми терапевту и клиенту придется столкнуться при работе над принятием или изменением; в) предусмотреть варианты направления к другому терапевту или перевода к нему.

## Выделение и оценка проблем посещаемости

Стратегии, касающиеся посещения терапии, представленные здесь, следуют тем же шагам и процедурам, которые изложены в главе 3. Если

клиенты опаздывают или пропускают сессии на протяжении всей терапии, терапевт должен сначала распознать и определить эти события, как случаи ПТП. Общие стратегии работы с такой мишенью, как посещаемость терапии, предполагают выделение проблемы и понимание ее сути. В этом разделе мы сосредоточимся на стратегиях, которые терапевт может использовать, чтобы распознать и определить проблемы посещаемости как ПТП, выделить и оценить эти проблемы, а также рассмотреть, как диалектическая структура может помочь сбалансировать стратегии и терапевтический стиль.

## Определение поведения как ПТП

Как обсуждалось в главе 3, выделение часто является одной из первых стратегий, с помощью которых терапевт может выбрать в качестве мишени любое ПТП. Однако прежде чем выделить проблему, терапевт должен сначала определить поведение как ПТП. Напомним, что мы определяем ПТП по его влиянию на терапию или терапевтические отношения, а не на основании поводов или причин возникновения ПТП. Поэтому с точки зрения того, как мы определяем ПТП, не имеет значения, почему клиент пропустил терапию. Однако с точки зрения того, как решить проблему ПТП, причины и поводы могут иметь огромное значение.

Рассмотрим следующий пример. Барбара, которая борется с проблемой употребления наркотиков и алкоголя, пропустила три сеанса за 6-недельный период. В первый раз у нее было похмелье, будильник сработал, но она снова уснула и пропустила сеанс. На следующей неделе она остановилась у наркодилера по дороге на терапию, закурилась и забыла о сеансе. На следующей неделе Барбара не смогла найти няню для своей дочери и позвонила, чтобы отменить сессию в последнюю минуту.

В какой из этих ситуаций поведение Барбары будет считаться ПТП? Большинство людей, вероятно, согласятся с тем, что первые два сценария, связанные с алкоголем или наркотиками, составляют ПТП. А что с третьим? Если мы определим ПТП по поводам или причинам поведения, мы могли бы быть менее склонны называть третий сценарий ПТП; Барбара явно пыталась обеспечить уход за ребенком и не смогла его организовать. Так почему мы ожидаем, что она придет на терапию? Однако, если мы определим ее пропуск терапии в третьем сценарии как влияющий на ее способность получать пользу от терапии, то это также пример ПТП. Если терапевт будет игнорировать третий сценарий и не пытаться найти выход из ситуации, как



мы можем быть уверены, что Барбара не будет продолжать сталкиваться с этими проблемами по уходу за ребенком? К тому же, возможно, это более широкая проблема, которая мешает работе или социальному функционированию, и Барбара выиграла бы от некоторой помощи в этом.

Принцип, который мы подчеркиваем здесь — это приоритет мишеней, и обсуждение ПТП независимо от его предполагаемых причин. Это не означает, что терапевт будет использовать одни и те же слова или подход в этих трех ситуациях. Если клиентка пропустила терапию в связи со смертью ее матери, терапевт может применить один подход, а если она пропустила сессию из-за похмелья, подход будет другой.

## Выделение и обсуждение проблемы

Одна из наиболее распространенных ошибок, с которыми сталкиваются ординаторы и опытные врачи — это непоследовательность в отношении к опозданиям или посещаемости терапии. Клиент появляется после пропуска трех сеансов подряд, и терапевт продолжает сеанс, не упоминая об этом, или, возможно, клиент появляется на 30 минут позже, и терапевт продлевает сеанс на 30 минут. Или, возможно, у клиента была модель нерегулярных посещений в течение нескольких недель, а терапевт еще не выяснил, как и почему возникла эта проблема. Когда клиент опаздывает или не приходит, а терапевт не может выделить или обсудить это, у терапевта нет возможности донести важность посещения сеанса. Кроме того, терапевт и клиент упускают возможность обсудить и решить проблемы с опозданием или посещаемостью.

Единственным исключением из этого общего правила является ситуация, когда обсуждение посещаемости, опозданий или желания бросить терапию становится оперантно обусловленным. Например, такие обсуждения могут быть направлены на то, чтобы избежать трудных и сложных вмешательств, таких как экспозиция или конфронтирование, столкновение или обсуждение проблем, которых человек стыдится. В этих случаях терапевт может сократить выделение, быстро помочь клиенту решить проблему, чтобы предотвратить ее возникновение в будущем, а затем обсудить болезненные темы.

Другим важным принципом является диалектический баланс стилей и стратегий. Как обсуждается в главе 2, с точки зрения стилей, терапевт ищет эффективный баланс между провокативностью и взаимностью.

Рассмотрим пример провокативности. Одна из наших клиенток однажды объяснила, что она пропустила недавнюю групповую сессию, потому что всегда боялась быть в группе людей. Терапевт ответил: “Хм, как вы думаете, вы станете меньше бояться групп людей, если не появитесь в нашей?” Недавно другая клиентка сказала, что она и ее подруга рассматривают возможность регистрации на программу онлайн-тренировок, благодаря которым можно сбросить вес, но она не была уверена, что сделает это, потому что считает, что это не будет работать так же хорошо, как очные занятия. Терапевт заявил: “Единственное, что мы знаем наверняка, это то, что программа не будет работать, если вы не сделаете это”. То же самое можно сказать и о терапии. Иногда провокативность предполагает грубую констатацию фактов. Клиентке, которая не посещала терапию, потому что она не была уверена, что это сработает, терапевт может сказать: “Мы не знаем, сработает ли это, если вы появитесь, но мы знаем, что это точно не сработает, если вы не появитесь”.

Взаимному выделению часто предшествуют утверждения, подтверждающие понимание; они характеризуются меньшей конфронтацией, являются более теплым и благоприятными и могут быть более совместимыми с нормативными ожиданиями в отношении поведения терапевта. В предыдущем сценарии, касающемся группы, терапевт может сказать:

*“Я знаю, что очень трудно заставить себя пойти на занятия в группе, когда вы так тревожитесь, по поводу того, как там будет. И, конечно, я считаю, что групповые занятия являются критически важной частью вашей терапии. Давайте поговорим об этом подробнее”.*

Временами приходится быть провокативным, а временами — общаться со взаимностью, и работа терапевта заключается в том, чтобы научиться, когда и как эффективнее использовать эти различные стили. Ниже приведены некоторые примеры того, как терапевт может сделать посещение терапии приоритетом и выделить проблему, связанную с чувствительностью клиента к различным ситуациям. Некоторые из этих примеров сочетают в себе провокативность, валидацию и взаимность, в то время как другие чаще предлагают один стиль общения (взаимный, как в первых двух примерах), чем другой (провокативный, как в последних трех):

*“Я заметил, что вы пропустили несколько последних сеансов, и я начинаю беспокоиться, что вы пропускаете терапию, в которой действительно нуждаетесь. Я также знаю, что последние два раза были связаны с алкоголем.*

Мы должны разобраться в этом, так как я знаю, что связанные с алкоголем вещи мешают также и вашей работе. Если мы сможем помешать этому встать на пути терапии, возможно, мы сможем помочь вам и с работой, и в других областях. Так что я думаю, что потратить некоторое время на разговоры о том, что произошло на прошлой неделе, действительно важно."

"Я с сожалением узнал о болезни вашей матери и вполне понимаю, почему вы пропустили нашу встречу на прошлой неделе. Я знаю по собственному опыту, что когда любимый человек серьезно болен, ваша жизнь действительно может быть перевернута с ног на голову, и я полагаю, что вы испытываете огромное беспокойство, тревогу и печаль. Давайте выясним, что вам даст надежду на поддержку в течение этого времени. Возможно, нам также придется поразмыслить над тем, чтобы найти возможность не пропускать терапию на фоне всего этого. Возможно, это время, когда она вам нужна больше всего!"

"Я знаю, что вы отлично справляетесь в эти дни, все чаще выходите на улицу и встречаетесь с друзьями, и я понимаю, что вы пропустили нашу сессию на прошлой неделе, потому что смогли пойти на ужин. Это все объясняет. И хотя я думаю, что это великолепно, что вам удастся быть в настоящем моменте и не позволять своему беспокойству мешать вам видеть людей, я также думаю, что у нас есть важная работа. Я чувствую желание отпустить это, потому что, как ни странно, ваш прогресс мешает вашим посещениям терапии! Но я также знаю, что у вас еще много целей, над которыми нужно работать, и мы не сможем работать над ними вместе, если вас здесь не будет."

"Я скучал без вас на прошлой неделе во время нашей очередной сессии. Я сидел здесь, понимая, что я действительно не могу многого сделать, чтобы помочь вам, когда вас здесь нет. Это все равно, что преподавать уроки плавания тому, кто сидит на берегу."

"Я заметил, что вы опоздали на 20 минут, так что нам придется серьезно поработать в течение следующих 30 минут. Давайте начнем с обсуждения того, что явилось причиной опоздания на прошлой неделе. Вы знаете, я должен сказать, что очень трудно проводить терапию с клиентом, которого здесь нет. Что случилось на прошлой неделе?"

## Оценка и понимание сути проблемы

Когда речь идет о посещаемости и опозданиях, как и в случае с другими ПТП, которые делают терапию невозможной, важно последовательно оценивать ключевые факторы, способствующие возникновению проблемы.

Как отмечалось в главе 3, одной из действенных стратегий оценки является функциональный анализ. Хотя функциональный анализ не обязательно должен проводиться после каждого случая опоздания или пропуска терапии, важно установить некоторые пределы, нарушение которых вызовет подробное рассмотрение этих проблем, особенно в начале лечения. Часто клинически разумнее начинать с “твердой хватки” (последовательно проводя функциональный анализ и выбирая мишенью проблемы с посещаемостью), а затем при необходимости “ослаблять хватку” (проблема проявляется, после того как терапевт несколько раз проведет функциональный анализ, и больше не будет необходимости проводить его каждый раз, когда клиент опаздывает), а не наоборот. Поэтому мы могли бы в целом проводить функциональный анализ последовательно в течение определенного периода, а затем, если появляются одни и те же шаблоны (например, “Да, это похоже на еще один из тех случаев, когда вы были истощены и грустны, и думали, что выходить бесполезно, и было бы легче (то есть это подкрепляло вас) остаться дома, чем идти вопреки вашим безысходным мыслям. Это так?”), быстрее переходить к решению проблем. В следующем примере показан уровень детализации и набор информации, которую терапевт мог бы собрать во время индивидуального функционального анализа для клиента, который пропустил сеансы.

В 6 утра у Стивена сработал будильник, и это прервало его сон. Накануне вечером он нарушил свои обязательства и выпил полторы бутылки вина, плохо спал (несколько раз просыпался), и вскоре после того, как проснулся, он почувствовал стыд и разочарование в себе понял, что он не может контролировать свое употребление алкоголя. Он подумал: “Я просто снова вернулся к исходной точке. Нет никакого смысла сопротивляться. Я не знаю, почему я позволяю этому случиться!” Он выключил будильник, натянул на голову одеяло и пролежал в постели до полудня. Когда он встал, то почувствовал усталость, тревогу и беспокойство и боялся идти на терапию и обсуждать свою “неудачу”. Он пообедал, а затем пару часов сидел в интернете. Вскоре после того, как он начал работать за компьютером, он перестал чувствовать разочарование и стыд и перестал размышлять над этим.

Наконец его снова начали одолевать разные мысли и чувства, в том числе навязчивые мысли о безнадежности (“нет смысла снова и снова пытаться бросить. Это бесполезно”). Затем он начал искать сайты, на которых описывались рейтинги и сорта вин. Он чувствовал интерес и возбуждение, пока просматривал эти сайты, вспоминал вина, которые он попробовал

в прошлом, и скоро у него появилось желание выпить. Стивен несколько раз пытался заниматься какой-то другой деятельностью и даже думал о некоторых своих навыках стрессоустойчивости ДПТ. Он вышел на прогулку и случайно поехал по дороге, которая проходит мимо местного винного магазина. Он сказал себе: “Ты не должен этого делать. Иди домой, соберись и иди к доктору Смиту”. Он подумал о плюсах и минусах выпивки, а также о плюсах и минусах пропуска сеанса — но тут ему было трудно придумать много минусов. Он также чувствовал сильное желание выпить (4/5), был взволнован и начал планировать свой вечер с употреблением вина. В итоге он купил две бутылки красного вина, пошел домой и в течение следующих нескольких часов выпил их обе. У Стивена мелькнула мысль о пропуске своей сессии, но он быстро сосредоточился на фильме, который смотрел. Его побуждение к выпивке тогда уменьшилось почти до нуля, и он перестал думать о том, как все безнадежно и что он — неудачник. Примерно через час после того, как он закончил пить вино, он позвонил своему терапевту и оставил сообщение невнятным голосом, что он не сможет прийти сегодня и, вероятно, когда-либо еще.

Одним из основных преимуществ функционального анализа является то, что, когда терапевт и клиент собирают данные на таком уровне детализации, возникает несколько гипотез относительно факторов, влияющих на ПТП клиента. Целесообразно сформулировать эти гипотезы с точки зрения поведенческих принципов, сосредоточив внимание на предшествующих факторах, поведении и последствиях, а также эмоциональных реакциях и моделях мышления клиента. В случае Стивена, например, одна из гипотез состоит в том, что суть проблемы, способствующей тому, что он не ходит на терапию (и говорит об уходе), связана со стыдом и мыслями о безнадежности. Стивен чувствовал себя деморализованным и у него были пессимистические мысли после злоупотребления алкоголем прошлым вечером, а также мысли, согласующиеся с эффектом нарушения воздержания [Marlatt & Gordon, 1985], в результате чего он считал, что он “разрушил” свое воздержание и, следовательно, не было никакого смысла пытаться вернуться в нужное русло. Его ответ на безысходные мысли и стыд состоял в том, чтобы избегать их (остаться в постели, копаться в интернете), что приводило к возможному отрицательному подкреплению в виде снижения негативных эмоций и мыслей и, возможно, избегания действий, которые могли бы напомнить ему о его сеансе терапии (о котором он беспокоился). Просмотр им винных сайтов привел к возможному положительному

подкреплению в виде возбуждения и интереса и к отрицательному подкреплению с точки зрения дальнейшего избегания безнадежности, беспокойства и стыда. Все это гипотезы, и для того, чтобы последствия представляли собой положительное или отрицательное подкрепление, должны быть доказательства влияния на поведение клиента в течение некоторого времени.

С позиции диалектики оценка направлена не только на выявление сути проблем, способствующих ПТП, и путей для его изменения, но также облегчает принятие и валидацию. В случае Стефана суть проблем, по-видимому, заключалась в: а) сильной реакции стыда на воспринимаемые неудачи; и б) в том, что функцией безысходных мыслей было сокрытие его поведения и помощь в избегании принятия мер, чтобы помочь себе. Стыд и уничижительные мысли о неудаче могут также выполнять аналогичную функцию, поскольку, если он думает о себе как о неудачнике, может быть легче отбросить (по крайней мере временно) свою цель — воздержание. В ходе дальнейшей оценки будет предпринята попытка прояснить этот вопрос. Задача терапевта — использовать оценку, чтобы понять суть проблемы, а затем валидировать валидное и избежать валидации инвалидного. Терапевт в этой ситуации мог бы подтвердить многие аспекты опыта Стивена, в том числе то, насколько больно испытывать такой сильный стыд, насколько деморализующим это может быть, когда он так упорно работает над своим выздоровлением, чтобы в конечном итоге снова упасть, и как трудно было бы прийти и “расхлебывать кашу”, так сказать, говоря о своем провале. Терапевт также может передать понимание того, что гораздо легче оставаться дома, чем приходиться и работать над своей проблемой с алкоголем. Обратите внимание: терапевт не будет валидировать мысли о неудаче, нормализовать опыт стыда в ответ на провал (потому что стыд не должен быть оправдан; он не будет отвергнут терапевтом только из-за провала, так как провалы являются нормальной частью восстановления) или сообщать, что его стратегия просмотра винных сайтов была мудрой.

**Терапевт.** Хорошо, я думаю, мы подошли к сути проблемы, не так ли?

**Клиент.** Да, я думаю, да. Я думаю, что просто не могу держаться по-дальше от вина. Я отказался от всего остального, марихуаны, крепкого алкоголя, но я не знаю, смогу ли я когда-нибудь воздержаться от вина.

**Терапевт.** Да, мы этого не знаем, и неопределенность иногда трудно принять. Мы знаем, что вы добились прогресса в таких

чрезвычайно трудных вещах, как отказ от наркотиков и крепкого алкоголя. У меня нет причин думать, что вы не сможете продолжать идти вперед в своем выздоровлении. Одна вещь, которую я знаю совершенно точно, это то, что если вы не будете приходить, я не смогу помочь вам решить вопрос с выпивкой.

**Клиент.** Да, я думаю, что это правда.

**Терапевт.** Итак, вот в чем дело. Я понимаю, как тяжело и больно, должно быть, стыдиться себя. Стыд — это очень сложная эмоция, и когда вам стыдно, возникает естественная реакция — желание пригнуться, спрятаться, избегать людей и думать о себе плохо. Я уверен, что вы чувствовали себя совершенно несчастным.

**Клиент.** Так и было. Вернее, так и есть сейчас. Я все еще чувствую это сейчас, но мне уже не так плохо.

**Терапевт.** Ну, мы будем работать над этим, потому что, я думаю, вам будет лучше без стыда. Конечно, это часть всего цикла, который возвращает вас к алкоголю и избеганию терапии. С другой стороны, более эффективная эмоция могла бы вызвать небольшое разочарование. А вы как думаете?

**Клиент.** Я думал раньше о выпивке, а не о терапии. Наверное, в этом есть смысл. Я правда не хотел приходить и говорить об этом.

**Терапевт.** Ладно, кто сказал, что вам придется прийти и поговорить об этом? Может быть, мы бы и поговорили об этом, но вы думаете, что это будет что-то исключительное, или что я буду разочарован в вас или что-то еще? Вы же знаете, как я отношусь к ошибкам, правда?

**Клиент.** Вы рассказывали мне, я знаю. Срыв — это препятствие на дороге, но я все еще продолжаю путь. Это случалось и раньше, и это не было таким уж большим событием. Мы просто придумывали план на следующий раз, и все было не так плохо, как я думал.

**Терапевт.** Именно поэтому мы должны заставить ваш мозг понять, что стыд не оправдан, и единственный способ сделать

это — познать это через свой опыт. Но я также задаюсь вопросом, знаете ли вы об этом, или, может, вы позволите стыду заставить вас промолчать в любом случае? Не случайно, заметьте, — больше похоже на то, что ваш мозг нарочно собрался направить вас в этот винный магазин, несмотря ни на что?

**Клиент.** Возможно. Я имею в виду, я действительно знаю, что нет причин стыдиться или смущаться, и наши сеансы действительно помогают.

**Терапевт.** Стыд и безысходные мысли иногда служат одной и той же цели. У вас, вероятно, не было бы их, если бы они не служили какой-то цели. И эта цель может быть в том, чтобы было легче перестать пытаться, перестать рисковать, перестать работать и оставаться с тем, что вы чувствуете. Депрессивные люди испытывают это часто: им действительно трудно встать с постели, они чувствуют себя обессиленными, переживают, не могут ясно мыслить, а затем у них появляются безысходные мысли о том, что не стоит вставать с постели, что в этом нет смысла. Затем они переворачиваются и снова засыпают. Безысходные мысли и стыд могут помочь вам, но только в краткосрочной перспективе.

**Клиент.** Это имеет смысл. Я знаю, что это не нарочно, но я думаю, что я как бы закрываюсь. Я чувствую себя, как сдувшийся воздушный шарик, и мне не хочется ничего делать, и поэтому я просто сдаюсь. Может быть, это немного легче — сдаться.

**Терапевт.** Конечно! Это намного проще сделать. Вы делаете очень трудную работу здесь. Итак, мы должны найти способы заставить вас перестать слушать стыд и безысходные мысли и сделать противоположное.

В группах, где важно установить твердые нормы поведения, посещаемости, недопустимости опозданий и выполнения домашних заданий, последовательный функциональный анализ может помочь донести важность таких норм и помочь клиентам оставаться на правильном пути. Если терапевт не обращается к поведению, члены группы могут либо обидеться, либо начать сбиваться с пути. Терапевт, занимающийся этими



проблемами в группе, также предоставляет возможность другим членам группы подумать об этом и обнаружить примеры этих проблем в своей жизни. Когда у клиента возникают проблемы с опозданием, пропущенной домашней работой или посещаемостью, мы часто спрашиваем других клиентов, были ли у них аналогичные проблемы и как они могли бы решить их или работать над этими проблемами. Мы заметили, что эта стратегия сводит к минимуму стыд и смущение и может побудить других членов группы оказывать поддержку и выражать одобрение, валидировать и помогать друг другу в решении проблем. Однако чрезмерное количество времени, затрачиваемое на управление ПТП в группе, может привести к тому, что остальная часть группы потеряет интерес, разочаруется или поверит в то (иногда совершенно оправданно), что это пустая трата времени. Поэтому в группах мы рекомендуем терапевтам последовательно выделять эти формы поведения, но проводить быстро и эффективно короткий функциональный анализ, для того чтобы поручить клиенту изменить поведение на следующей неделе (например, установить будильник и положить его на другом конце комнаты, чтобы его нельзя было легко отключить).

## Стратегии решения проблем с посещаемостью

После того как проблема выявлена, терапевт и клиент могут совместно работать, чтобы устранить ее, находя способы сбалансировать решение проблемы и валидацию (как описано в главах 2 и 3). Первое, что необходимо, — это подчеркнуть эффективность управления обуславливающими последствиями терапии в отношении опозданий и пропусков. При наличии соответствующих обуславливающих последствий на месте или как минимум мысленного контроля и учета последствий, можно установить эффективные терапевтические рамки, поддерживающие посещаемость. После четкой оценки терапевт также может выбрать в качестве мишеней основные факторы, препятствующие регулярной посещаемости, такие как мотивация и приверженность, страхи или подавляющие эмоции, а также дефицит навыков, среди других потенциальных факторов. Независимо от используемых стратегий, устранение препятствий для предотвращения дальнейших проблем с посещаемостью может быть важным заключительным шагом. Далее мы более подробно остановимся на этих стратегиях.

## Создание и поддержание полезных обуславливающих последствий

Один и тот же набор стратегий в ДПТ, поведенческой терапии и когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в целом используется для повышения посещаемости и удержания клиентов, он включает в себя управление обуславливающими последствиями. Основная цель управления ими — найти возможность обеспечить дифференцированное подкрепление способов поведения, которые увеличивают посещаемость терапии. Проявление других форм поведения, которые снижают посещаемость терапии, может быть уменьшено с помощью угашения и, по возможности, аверсивных обуславливающих последствий (хотя см. последующее обсуждение, предостережения и предложения, касающиеся аверсивных процедур). Управление обуславливающими последствиями предполагает определение их прямого действия [Farmer & Chapman, 2008, 2016] или последствий, вызванных желательным или нежелательным поведением; описание и установку некоторых “правил” для активизации устойчивой терапии и посещаемости или выяснение терапевтом обуславливающих последствий, связанных с посещаемостью. Управление обуславливающими последствиями также может включать изменение последствий посещаемости сессий, использование клиентом собственного управления обуславливающими последствиями, такого как контроль стимулов (например, напоминания) или другие подобные стратегии.

## Прояснение обуславливающих последствий

Уточнение обуславливающих последствий и выделение их для клиента поможет ему лучше понять эффекты и последствия, связанные с посещением терапии. Терапевт может, например, напомнить клиенту о положительных долгосрочных последствиях посещения сессий, связывая посещение с целями, которые важны для клиента. Ниже приведен пример того, как терапевт может уточнить обуславливающие последствия с клиентом, который борется с изнурительной тревогой перед занятиями групповой терапией:

*“Я знаю, что вам невероятно трудно попасть сюда. Это долгая поездка, вы чувствуете тревогу и страх от того, что будете видеть других клиентов в группе, и вы иногда уходите истощенным. Дело в том, что эти негативные эффекты краткосрочны. В долгосрочной перспективе, если вы действительно*

изучите навыки регулирования эмоций, которые мы преподаем в группе, вы сможете лучше понять и принять свои эмоции. Я уверен, что вы начнете чувствовать себя намного более способным справиться с подавляющим стрессом. Вы также сможете лучше управлять своей тревогой, чтобы начать строить отношения, а я знаю, что это одна из ваших самых важных целей”.

Как показано в этом примере, может быть полезно выделить и валидировать тот факт, что иногда существуют негативные краткосрочные эффекты посещения терапии. Этот момент часто резонирует с непосредственным опытом клиентов: посещение терапии может быть похожим на восхождение на гору каждую неделю. Краткосрочные последствия, включая физические нагрузки, жжение в ногах, боль и так далее, могут быть существенными. Легко можно позволить страху перед восхождением влиять на поведение.

Поэтому, выделяя обуславливающие последствия, важно показать, как эти повторные подъемы в гору в конечном итоге приведут клиента туда, куда он хочет прийти. Цитата Сюнрю Судзуки [Suzuki, 1970] о тренировке осознанности очень хорошо фиксирует этот момент:

*“Несмотря на то что вы очень стараетесь, ваш прогресс продвигается по чуть-чуть. Это не похоже на то, что вы чувствуете, что сразу промокли, когда входите в душ. Находясь в тумане, вы не чувствуете, что промокаете, но пока вы продолжаете идти, вы промокаете по чуть-чуть. Если в вашем сознании есть мысли о прогрессе, вы можете сказать: “О, этот темп ужасен!” Но на самом деле это не так. Когда вы промокаете в тумане, очень трудно высохнуть потом. И тогда нет никакой необходимости волноваться о прогрессе. Это как изучать иностранный язык; вы не можете сделать это мгновенно, но, повторяя его снова и снова, вы освоите его”.*

Если есть быстро наступающие положительные последствия посещения терапии, терапевт может также уточнить их. Например, клиенты могут посчитать важным найти один час времени в неделю, чтобы сосредоточиться на себе, чтобы иметь возможность говорить о вещах, которые они не обсуждают с другими людьми, чтобы чувствовать себя понятыми или чувствовать, что прогресс достигается. Клиенты могут иногда забывать, что после сеансов терапии они чувствуют себя намного лучше, чем тогда, когда пришли. Мы часто слышим, как наши клиенты в группах говорят: “На самом деле я не хотел приходить сегодня, но я так рад, что сделал это. Я чувствую себя намного лучше и менее тревожно, чем тогда, когда пришел, и я действительно получил многое от сегодняшнего дня”. Иногда это может быть расширение прав

и возможностей для клиентов, чтобы помнить, что каждая сессия является еще одним шагом на пути к выздоровлению или что, обратившись к терапии, они заботятся о себе. Когда клиенты упускают из виду эти последствия, терапевт может помочь прояснить их и вернуть на первый план.

### ***Четкое определение поведения, подлежащего увеличению или уменьшению***

Управление обусловливающими последствиями лучше всего работает, когда терапевт указывает, какое поведение подкрепляется или, в редких случаях, наказывается — из тех видов поведения, которые подлежат увеличению или уменьшению (как описано в главе 3). Когда дело доходит до посещаемости сессий, поведение, которое нужно увеличить, предполагает посещение клиентом всех запланированных сеансов терапии, или некоторую их часть (например, 75%), в идеале без опозданий. Другие варианты желаемого поведения могут включать в себя планирование клиентом сеансов в календаре, выход вовремя из дома, регулирование эмоций, мешающих посещаемости (например, тревога), и так далее. Поведение, которое нужно уменьшить, может представлять собой действия, не поддерживающие посещаемость, например, клиенты могут планировать другую деятельность на время предстоящей сессии, оставаться в кровати весь день, отключать сигнал будильника, выходить слишком поздно из дома, принимать решения в зависимости от настроения, для того чтобы не присутствовать на терапии, и так далее. Первая задача терапевта состоит в том, чтобы четко определить поведение, подлежащее увеличению или уменьшению, а затем быть внимательным к его проявлению, чтобы можно было применять дифференцированное подкрепление для увеличения поведения и уташения или создания авersiveвных последствий для поведения, которое нужно уменьшить.

Мы настойчиво рекомендуем, чтобы терапевты относились к клиентам как к активным участникам, определяющим формы поведения, которые нужно увеличить или уменьшить. Если клиент осведомлен о поведении, которое нужно увеличить, в частности, а также о его последствиях, он с большей вероятностью внесет позитивные поведенческие изменения.

### ***Последствия опозданий или пропусков***

Одним из способов управления обусловливающими последствиями является систематическое применение последствий пропусков или опозданий. Например, когда клиенты опаздывают, у них есть доступ к оставшемуся

времени сеанса, но терапевт не продлевает сеанс. Если клиент опоздает на 50-минутный сеанс на 30 минут, у него будет 20-минутный сеанс. Хотя это следствие звучит как наказание (в частности, отрицательное наказание, когда что-то изымается в попытке уменьшить поведение), мы считаем, что эту стратегию лучше всего рассматривать как пример дифференцированного подкрепления [Farmer & Chapman, 2008, 2016] несовместимого поведения. Своевременный приход несовместим с опозданием, и клиент получает полный 50-минутный сеанс, зависящий от его прихода вовремя. Для клиентов, которые полностью оплачивают каждую сессию, другим последствием опоздания является то, что они могут в конечном итоге заплатить за полную сессию, а получить только меньшую ее часть. Однако если клиент заинтересован в том, чтобы избегать терапии, уменьшение продолжительности сессий может негативно подкрепить опоздания. Мы рекомендуем терапевтам следить за этими деталями и контролировать их влияние на обуславливающие поведение клиента последствия. Например, один из наших студентов наблюдал клиента, который опаздывал на каждый сеанс (он делал это и пять лет назад с другими терапевтами в той же клинике). В течение нескольких месяцев студент последовательно проводил функциональный анализ всякий раз, когда это происходило, и поддерживал обуславливающие последствия, занимаясь другими вопросами клиента оставшееся время сеанса, но поведение клиента не изменялось. В этом случае возникает несколько возможных гипотез, приведенных ниже.

- Уменьшение времени сеанса отрицательно подкрепляет опоздания.
- У клиента может не быть навыков самоорганизации или управления, чтобы приезжать вовремя на сессии; таким образом, обуславливающие последствия не будут иметь значения, пока у клиента нет таких навыков.
- У опозданий могут быть другие обуславливающие последствия, которые имеют большее значение по сравнению с уменьшением продолжительности сессии. Обсуждение опозданий, функциональный анализ и так далее могут служить позитивным (например, через сосредоточенное внимание и заботу со стороны терапевта) или негативным (например, через избегание обсуждения других тем) подкреплением.

Как только эти гипотезы будут выявлены, терапевт может провести эксперименты, чтобы определить, что происходит. Один из подходов мог бы заключаться в том, чтобы обеспечить одинаковую продолжительность

сеанса независимо от того, опаздывает клиент или нет, устранить или уменьшить обсуждения опоздания и/или обеспечить тренировку навыков для улучшения самоуправления. Важно отслеживать влияние этих альтернативных стратегий на опоздания, делать это совместно с клиентом и помогать повысить осведомленность клиента об этих возможных обуславливающих последствиях.

Другим логичным последствием опоздания или пропуска может быть функциональный анализ, направленный на лучшее понимание трудностей клиента с последовательным и своевременным посещением. У клиентов, которые приходят на терапию, не часто является главной целью справиться с пропусками или опозданиями на сессии. Если функциональный анализ является логичным следствием опоздания или отсутствия на сессии, клиент имеет больше времени для обсуждения желаемых тем (например, отношения, проблемы с психическим здоровьем), когда он приходит вовремя или посещает терапию регулярно. Таким образом, последовательное использование функционального анализа не только поможет выявить факторы, способствующие возникновению проблем с посещаемостью, но и послужит в качестве механизма управления обуславливающими последствиями. В частности, этот тип системы имеет элементы как дифференцированного подкрепления для альтернативного поведения (клиент получает больше времени для обсуждения желаемых тем, когда он приходит вовремя и посещает сессии регулярно), так и отрицательного наказания (уменьшение времени сеанса, которое могло быть использовано для обсуждения вопросов, имеющих более высокий приоритет для клиента). Тем не менее цель состоит в том, чтобы увеличить значение подкрепления посещаемости сессии, а не сделать посещаемость авersiveй. Один из способов обойти этот барьер — это начать с обсуждения ПТП, а затем обсудить вопросы, которые важны для клиента.

Приведем пример нескольких из этих принципов в действии. Один из наших студентов работал с “Дженнифер”, клиенткой, которая тратила более трех часов на дорогу, чтобы попасть на сессию. Ей приходилось добираться полчаса на машине, затем два часа на пароме и еще 45 минут ехать на машине. Она встречалась индивидуально с терапевтом, а затем отправлялась в другое место на группу тренинга навыков ДПТ, оставалась на ночь в доме родственника, а потом возвращалась домой на следующий день. Дженнифер была глубоко заинтересована в своем выздоровлении и хорошо сотрудничала, тщательно выполняла домашние задания. Однако у нее

были огромные трудности с самостоятельной деятельностью, необходимой для того, чтобы вовремя попасть на терапию. Она часто забывала расписание паром, не проверяла обновления расписания, слишком поздно выходила из дома или с трудом вставала с постели. В результате эта клиентка часто опаздывала на 50-минутный сеанс на 30–40 минут. Многие терапевты в этой ситуации старались изо всех сил предоставлять дополнительное время клиентке (например, продлевая время сеанса). В итоге она упорно продолжала добираться с опозданием, чтобы получить необходимую помощь. И это несмотря на то, что терапевт продлевал время сеанса, а также последовательно проводил функциональный анализ опозданий, выявляя и устраняя дефицит навыков в самоуправлении и используя принципы формирования для улучшения навыков клиентки.

Однако после нескольких сеансов поведение не изменилось, и даже когда Дженнифер использовала все свои новые инструменты самоуправления, она все равно опаздывала. Даже когда она садилась на нужный паром и прибывала в город вовремя, она навещала друзей и обнаруживала вдруг, что осталось слишком мало времени, чтобы успеть на терапию вовремя. Расписание паром было таким, что если бы она немедленно отправлялась на терапию, то приезжала бы на час или два раньше. Это было частью проблемы. Немедленное подкрепление с помощью времени, проведенного с друзьями, было гораздо более мощным, чем последствия слишком раннего приезда на терапию. Когда она приезжала рано, она оставалась в незнакомом городе и понятия не имела, как провести время в ожидании сеанса. Более того, когда она опаздывала, она все еще получала такое же количество терапии, и единственным последствием было то, что она и терапевт тратили часть сеанса на функциональный анализ. Из этого анализа стало ясно, что время, потраченное на обсуждение опоздания, позволяло клиентке избежать обсуждения более неприятных вопросов, таких, например, как бурные и оскорбительные отношения с ее партнером. Очевидно, что совместное терапевтическое взаимодействие должно было изменить эти обуславливающие последствия. Первым шагом было изменение графика сеансов таким образом, чтобы клиентка не могла получить такое же количество терапии, если она пришла с опозданием. Сеансы были запланированы на более позднюю часть дня, что давало Дженнифер достаточно времени, чтобы добраться до ее групповой сессии, но только если терапия закончилась вовремя. Дженнифер также стала пользоваться более поздним паромом, в результате чего

сократилось время ожидания сеанса терапии; вместе с терапевтом они работали над тем, чтобы найти варианты действий в течение этого часа, такие как мероприятия, которые ей нравились, а также те, которыми она, возможно, не пользовалась (например, выполнение домашнего задания по терапии). Сначала Дженнифер продолжала опаздывать, часто получая около 20 минут от сессии. Дискуссии о терапии были сосредоточены на темах, которых она избегала, вместо продолжения функционального анализа опозданий. Через несколько недель Дженнифер начала приезжать почти вовремя и в конце концов — немного раньше начала сессии. После того как Дженнифер закончила занятия в группе тренинга навыков ДПТ, избавилась от оскорбительных отношений, получила работу, которая ей нравилась, и начала добиваться важного прогресса в нескольких других областях, она решила, что регулярных поездок слишком много. Лечение вылилось в регулярные телефонные сеансы и в помощь Дженнифер найти ресурсы в ее городе. Пару лет спустя супервизор услышал, что Дженнифер взяла на себя ведущую роль в пропаганде и поддержке людей с психическими расстройствами, похожими на ее.

### ***Избегайте чрезмерного использования подчеркивания аверсивных обуславливающих последствий***

Одна общая проблема при использовании управления обуславливающими последствиями для посещаемости — это чрезмерное использование наказания, процедур, связанных с оплатой или аверсивных обуславливающих последствий.

Мы часто консультируемся с другими центрами по своим программам ДПТ, и эти программы иногда содержат правила, предусматривающие наказание за пропуск сессии, без учета индивидуальной ситуации и опыта каждого клиента. Например, клиенты, пропустившие групповое занятие, должны заполнить лист функционального анализа и встретиться с индивидуальным терапевтом, прежде чем вернуться в группу. Одна из проблем, связанных с таким правилом, заключается в том, что клиент, у которого уже есть проблемы с тем, чтобы заставить себя приехать на группу, чаще всего пропускает еще дополнительно занятия, ожидая встречи с индивидуальным терапевтом. Для клиентов, которые считают группу стрессовой, более непосредственный и мощный подкрепляющий фактор — возможность пропустить групповые занятия из-за последующих действий, связанных с этим правилом (например, избегание работы, стресса или стыда,



связанного с пропусками, избегание группы вообще), — вероятно, гораздо сильнее, чем предполагаемый положительный подкрепляющий фактор — их возвращение в группу.

Увеличение посещаемости в первую очередь с помощью аверсивных факторов может вызвать проблемы по многим причинам. Терапевт должен спросить себя, какое поведение на самом деле наказывают. Когда клиент пропускает занятие, а затем что-то теряет (например, отрицательное наказание) или получает отрицательное последствие (положительное наказание), это наказание непосредственно влияет на поведение, из-за которого произошли пропуски? Вероятно, нет, по нескольким причинам. Во-первых, отсутствие на занятиях — это отсутствие поведения, а не наличие нежелательного поведения. Поведение, которое поддерживает посещаемость терапии (например, эффективная организация и управление собой, использование навыков, таких как противоположное действие, или навыков стрессоустойчивости), должно быть увеличено, а наказание не увеличивает поведение, оно только подавляет или уменьшает поведение. Во-вторых, если клиент пропустил терапию на прошлой неделе и негативные последствия такого поведения не наступают до следующего сеанса, наказание может быть отложено на слишком долгий срок, чтобы повлиять на посещаемость сеанса. Действительно, в худшем случае наказание может снизить вероятность посещения занятий в будущем или привести к уклонению клиента от занятий (во избежание негативных последствий) после пропуска на прошлой неделе.

Вместо того чтобы формально создавать неприятные последствия, мы рекомендуем терапевтам последовательно выявлять и обсуждать проблемы клиента с посещаемостью. Простая конфронтация с клиентом в отношении проблемного поведения может служить неприятным последствием [Linehan, 1993a], которое в сочетании с совместным решением проблем и поддержкой может помочь уменьшить вероятность проблем с посещаемостью. В идеале основное внимание в рамках управления обуславливающими последствиями уделяется способам повышения посещаемости (и своевременной посещаемости) и сотрудничеству с клиентом в отношении способов увеличения поведения, которое поддерживает посещаемость и приход вовремя.

## Стратегии коммитмента

Если у клиента возникают трудности с мотивацией посещать терапию, терапевт может использовать стратегии коммитмента и повышения мотивации, чтобы подчеркнуть и расширить амбивалентность, помочь

повысить осведомленность клиента о важных причинах посещения терапии и вызвать ориентированные на изменения разговоры и действия.

Здесь могут быть полезны многие стратегии, например, руководство клиентом в продумывании плюсов и минусов посещения терапии по сравнению с избеганием терапии, обсуждение преимуществ терапии и связывание посещаемости с целями, которые важны для клиента (то есть “selling commitment”; Linehan, 1993a), напоминание клиенту о его предыдущей сильной приверженности терапии и так далее. Другой стратегией, как это было в случае Стивена, обсуждавшемся ранее, может быть стратегия Адвоката дьявола, в которой терапевт поддерживает противоположное поведение (против приверженности изменению поведения или против посещения терапии), говоря следующее, например:

*“Если бы я был на вашем месте, мне было бы намного легче оставаться дома, пить и избегать терапии. Вы чувствуете себя намного лучше, по крайней мере в краткосрочной перспективе, когда вам не нужно иметь дело с дискомфортом, стыдом или смущением после того, как вы сорвались. В такие моменты всем нам приходится выполнять довольно тяжелую и угручающую работу и сталкиваться с проблемами, которых мы обычно избегаем. Так что мне было бы интересно узнать, что могло бы подтолкнуть меня продолжать приходить на терапию”.*

Часто стратегия Адвоката дьявола вызывает разговор, ориентированный на изменения (то есть заявления, противоположные аргументу, выдвинутому терапевтом) со стороны клиента (например, “Ну, я знаю, что это проще в краткосрочной перспективе, но у меня были важные причины прийти на терапию в первую очередь, и я знаю, что это поможет мне в долгосрочной перспективе”). Однако это не всегда так. Клиент может согласиться с терапевтом. Это нормально, если так произойдет. В этих случаях терапевт должен вспомнить диалектический принцип разрешения естественных изменений, а также отпустить привязанность к определенной стратегии или результату. Как только терапевт вспоминает об этом, он освобождается для дальнейшего движения вместе с клиентом, чтобы попробовать другие стратегии или пойти еще дальше с этой же стратегией (Адвокат дьявола), например, сказав: “Ну, вы могли бы просто нырнуть с головой в жизнь так, как вы это делали раньше, пить большую часть дня и избежать всей этой работы и дискомфорта”. Еще одна альтернатива для терапевта — это переключиться на стратегию “за” и “против”, сказав: “Ну, это правда — почему бы нам не поговорить больше о некоторых плюсах и минусах того, чтобы

оставаться прежними”. Напротив, стратегия Свобода выбора в отсутствии альтернатив может быть полезной, когда терапевт утверждает, что клиент свободен в выборе, он может избежать работы по снижению злоупотребления алкоголем, или, если он хочет жить лучше и достигать важных целей, то необходимо работать над этим.

## Экспозиция и противоположное действие

Когда эмоции клиента мешают посещать терапию, терапевт может решить эту проблему с помощью стратегий экспозиции или противоположного действия [Linehan, 1993b].

Если стыд вызывает проблемы с посещаемостью, терапевт может помочь клиенту научиться сначала выявлять и испытывать стыд, а затем определять, что с этим делать. Стивену, например, может потребоваться научиться терпеть и испытывать стыд, не действуя по побуждению, которое он вызывает. Это очень похоже на то, что мы просим людей делать в ходе терапии с помощью экспозиции. Другие стратегии включают в себя противоположные действия для стыда [Rizvi & Linehan, 2005]. В этом случае терапевт может помочь клиенту сначала определить, является стыд оправданным или неоправданным. Стыд оправдан, когда клиент будет отвергнут, если его поведение станет публичным, и в этом случае терапевт не собирается отвергать Стивена. Когда эмоции, такие как стыд, неоправданны, следующим шагом является определение того, что эмоция заставляет испытывать человека и как поступать (“побуждение к действию”, связанное с эмоцией [Linehan, 1993b]), а затем клиенту необходимо сделать противоположное. В случае Стивена побуждением к действию может быть: избегание терапии; избегание обсуждения его злоупотребления алкоголем, отказ выходить из дома; в непосредственном контакте — смотреть вниз, избегая контакта глаз, и, по сути, скрывать (скрывать — это к чему побуждает стыд; Lewis, 2010). Противоположные действия могут состоять в том, чтобы пойти на терапию, сидеть прямо, смотреть в глаза и искренне признаться терапевту, что он сорвался и употребил алкоголь. Идея состоит в том, что со временем, когда клиент узнает, что страшного события (унижения, смущения, отказа) не происходит, стыд может уменьшиться.

Многие клиенты боятся посещать сеансы групповой терапии. В этих случаях целесообразно, чтобы индивидуальный терапевт работал с клиентом над таким страхом в течение какого-то периода до того, как клиент начнет посещать группу. Терапевт может, например, оценить факторы,

способствующие страху, попытаться понять угрожающие события, которых боится клиент, и провести клиента через упражнения, похожие на экспозиционную терапию или противоположные действия. Одна из наших клиенток боялась посещать группу и боялась, что она скажет что-то странное или невнятное, что другие будут смотреть на нее с презрением или что ее будут критиковать или унижать. Терапевт провел ее через несколько сценариев экспозиции с воображаемыми ситуациями, начиная просто с посещения группы, что там все идет хорошо. Постепенно они увеличили интенсивность вызывающих страх стимулов. Клиентка представляла, что некоторые люди смотрят на нее или смущаются, когда она говорит, и в конечном итоге добивались до точки, в которой клиентка представляла, что говорит странные вещи или долго подбирает слова и видит отрицательную реакцию других в комнате. Несмотря на то что эти страшные события, возможно, никогда не произошли бы, клиентка поняла, что она может выжить в группе, даже если они произойдут. Экспозиция *in vivo* произошла, когда клиентка вошла в комнату, где обычно проходили занятия группы, и выдержала пребывание там некоторое время с группой из нескольких терапевтов. После нескольких сеансов тревога клиентки по поводу группы уменьшилась, но все еще была значительной; основными отличиями были ее повышенная готовность терпеть беспокойство и ее приверженность к посещению группы.

## **Улучшение навыков для повышения посещаемости**

Другие решения проблем посещаемости могут включать формирование навыков, начиная с рассмотрения того, какие типы задач или навыков могут потребоваться клиенту для посещения терапии. Например, клиент должен суметь запомнить расписание занятий, эффективно организовать свое время, уметь пользоваться общественным транспортом, управлять тревогой и дистрессом, связанными с терапией, или развивать навыки когнитивного или эмоционального регулирования для преодоления барьеров на пути лечения. Терапевты могут помочь клиентам, не имеющим организационных навыков и испытывающим трудности с самоуправлением, обучая практическим стратегиям повышения организованности и последовательности. В качестве примера можно привести обучение клиента установке будильников на свой смартфон, установление регулярного распорядка дня или ритма сон–бодрствование, временное обращение за помощью в виде напоминаний от друга или любимого человека, использование календаря,

заблаговременная организация встреч и так далее. Часто эти организационные дефициты не специфически относятся к терапии, и изменения в этой области также могут помочь улучшить функциональность клиента в социальной и профессиональной сферах. Если клиент тревожится о посещении терапии, терапевт может обратить внимание на стратегии управления тревогой, такие как диафрагмальное дыхание или прогрессивная мышечная релаксация, или стратегии противодействия тревожным мыслям, как способ облегчить посещение терапии (использование экспозиционных техник для решения этих вопросов обсуждается далее).

## Решение проблем и устранение барьеров для посещения

Другие практические вопросы, такие как финансы, дорога, рабочая нагрузка, иные факторы, также часто могут мешать терапии. В этом случае терапевт и клиент могут использовать стандартные стратегии решения проблем, описанные в главе 3 [Linehan, 2015; Nezu, Maguth Nezu, & D'Zurilla, 2013]. Иногда это может быть направление к менее дорогим специалистам; временное прекращение терапии до тех пор, пока жизнь клиента не позволит уделять больше энергии и времени лечению (хотя это обычно крайняя мера); обсуждение стратегий, которые клиент может использовать для подбора терапии в соответствии с его трудовыми условиями жизни; изменение режима терапии (например, телефон, Скайп), доступного в положении клиента, если у него есть проблемы с тем, чтобы добраться до терапевта. Как правило, наиболее благоприятными являются решения, которые побуждают клиента продолжать посещать лечение, справившись с этими и другими проблемами или уменьшив их влияние.

Одна проблема, которая иногда возникает в наших дискуссиях, заключается в том, чтобы уменьшить частоту сеансов для клиентов, которые испытывают трудности с получением терапии. Иногда эту проблему можно решить, помогая клиенту научиться лучше управлять финансами, определяя, как клиент может получить деньги на лечение, и так далее. В других случаях проблема заключается не в том, что клиент не может позволить себе терапию, а в том, что он использует деньги, которые мог бы потратить на терапию, для других целей.

Одна из наших клиенток, например, была умеренно суицидальна, испытывала серьезные трудности с регулированием эмоций и межличностным хаосом, периодически занималась самоповреждением и употребляла наркотики. Мы были обеспокоены тем, что она не получит в полной мере

пользы от лечения, если будет проходить только индивидуальную терапию, но она сказала, что не может позволить себе групповое лечение в дополнение к индивидуальной терапии. Ждать своей очереди в списках ожидания в городе для групп тренинга по обучению навыкам ДПТ, финансируемых государством, приходится более 12 месяцев, поэтому это был не идеальный вариант. Терапевт спросил клиентку, сколько она тратит на наркотики каждую неделю, и оказалось, что она тратит в два раза больше той суммы, которую она заплатит за посещение групповых занятий, — отчасти потому, что она покупает наркотики для своего парня. К счастью, она согласилась резервировать деньги для группы каждую неделю, сократила свои расходы на наркотики и начала посещать группу.

Иногда решение финансовых вопросов заключается в изменении продолжительности или частоты сессий. К счастью, есть результаты исследований в этой области. Некоторые исследования относительно дозы и ответа терапии показали, что более частые сеансы могут привести к более крутым кривым роста, представляющим более быстрое улучшение [Reese, Toland, & Hopkins, 2011]. Полученные результаты свидетельствуют о том, что, например, более эффективным является посещение клиентами восьми сессий в течение 8 недель, чем того же числа сессий в течение 16 недель. Кроме того, согласно данным исследований, частота посещения сессий была позитивно связана с показателями улучшения даже после контроля по завершении сессий. Были проведены некоторые исследования по модели, называемой моделью достаточно хорошего уровня [Barkham et al. 1996], в котором предлагались две различные траектории изменений: а) пациенты с ранним быстрым ответом на терапию, у которых состояние улучшается до “достаточно хорошего” уровня, и которые затем прекращают терапию; и б) пациенты с более поздним ответом, для которых большее число сеансов и частота предсказывают лучшие результаты. In addition, generally, improvement in psychotherapy seems to follow a negatively accelerated pattern of change, irrespective of the duration of treatment [Stulz et al., 2007]. Таким образом, в целом полученные результаты свидетельствуют о том, что по мере продолжения лечения улучшения происходят менее быстрыми темпами, и, возможно, более эффективно проводить большее число сеансов за более короткий период времени, чем меньшее число сеансов за более длительный период.

Рассмотрим пример. Клиентка с серьезными проблемами со сном и депрессией недавно сказала, что она решила, что не может позволить себе посещать терапию еженедельно в рамках полного курса лечения и хочет

посещать ее раз в две недели или каждые три недели. Терапевт сообщил ей, что еженедельная терапия в течение более короткого времени, возможно, с более ограниченными целями, может быть более эффективной, чем более длительная терапия, проводимая раз в две недели. Было установлено тогда больше ограниченных по времени целей в соответствии с краткосрочной терапией: а) дать клиническую оценку нарушениям сна, чтобы решить, подлежат ли они научно обоснованному лечению бессонницы (например, CBT–insomnia; *Malaffo & Espie, 2007; Perlis, Juncquist, Smith, & Posner, 2005*); б) если да, то начать лечение проблем со сном, которые, как правило, решаются с помощью краткосрочной терапии (4–8 недель); и в) начать с шести или семи сеансов поведенческой активации и планирования деятельности для работы с депрессией.

## Идем дальше

В этой главе мы представили стратегии для повышения посещаемости терапии, которые следуют тем же основным принципам, шагам и процедурам, которые изложены в главах 2 и 3. Терапевтам будет полезно запомнить основные принципы, такие как: а) прямое определение ПТП согласуется с поведенческим ДПТ-подходом; б) клиенты хотят улучшить свою жизнь, но многие факторы могут нарушить стабильность посещаемости; и в) приверженность диалектической позиции поможет терапевтам сохранить заинтересованность клиентов в работе над своим благополучием, принимать и отпускать трудности с посещаемостью, а также и искать понимание и синтез как со стороны клиента, так и со стороны терапевта, когда происходит поляризация по вопросам посещаемости. В начале терапии основное внимание уделяется четкой ориентации клиента на лечение и его социализации. Когда клиенты опаздывают или пропускают терапию на протяжении всего лечения, терапевт должен сначала рассмотреть эти события как случаи ПТП. Общие стратегии в отношении такой мишени, как посещаемость терапии, включают в себя выделение проблемы, оценку и рассмотрение сути проблемы, эффективное управление обуславливающими последствиями, решение проблем, применение стратегий приверженности и мотивации, а также устранение трудностей для предотвращения случаев опоздания или пропусков в дальнейшем.

# 6

## Повышение комплаенса в отношении домашних заданий

Теперь мы переходим к другой распространенной проблеме, связанной с поведением, препятствующим терапии: клиенты не выполняют домашнее задание по психотерапии. Невыполнение домашних заданий не является специфичным для какого-либо диагноза. Дети и взрослые, борющиеся с расстройствами, описанными в *Диагностическом и статистическом пособии по психическим расстройствам* (Американская психиатрическая ассоциация, 5-е изд., 2013), или получающие какую-либо психотерапию (и, если необходимо, также фармакотерапию) в любых условиях лечения (например, амбулаторное, интенсивное амбулаторное, стационарное) могут испытывать трудности с соблюдением рекомендаций по лечению. Действительно, невыполнение домашних заданий в психотерапии может быть одним из наиболее распространенных форм ПТП, с которыми сталкиваются терапевты. Если бы в группе терапевтов попросили поднять руки тех, у кого был на прошлой неделе клиент, который не делал того, что он согласился делать в качестве домашней работы по терапии между сеансами, многие бы подняли. Терапевты кивали бы и вздыхали бы и, наконец, рассказывали бы истории о том, как трудно помочь клиентам сделать важные изменения в своей жизни.

Как бы ни было неприятно, когда клиенты не выполняют психотерапевтическое домашнее задание, на протяжении всей этой главы мы стараемся подчеркнуть, что это нормально, и пытаемся понять этот вид ПТП. Как и в других главах этой книги, мы описываем подходы диалектической поведенческой терапии (ДПТ), которые могут быть использованы для помощи клиентам с этим специфическим типом ПТП.

Мы не собираемся вести читателя сложным путем, учитывающим все факторы, лежащие в основе невыполнения домашних заданий клиентами в психотерапии; этот путь длинный и хорошо протоптанный. Действительно, препятствия для выполнения домашних заданий и решения, применяемые для их устранения, были подробно описаны во многих книгах для терапевтов,



[*Tomprkins*, 2004], например. Многие барьеры, препятствующие выполнению домашних заданий в психотерапии, схожи в различных психотерапевтических подходах (в частности, клиентоориентированном, когнитивно-поведенческом, эклектическом, психодинамическом). Например, в психодинамически ориентированной терапии клиенты, которых просят заметить у себя типичные эмоциональные реакции на людей, которые напоминают им о матери или об отце, могут “забыть” сделать эту домашнюю работу. В терапии, ориентированной на поиск решений, когда клиентов просят изменить способ взаимодействия с коллегой, они могут на следующей неделе назвать много причин, по которым у них “не было шанса” сделать эту домашнюю работу. И в когнитивно-поведенческой терапии, клиенты, которых просят заполнить рабочий лист о мыслях или поведенческой деятельности, могут “потерять” свою домашнюю работу. У клиентов есть много различных объяснений того, почему они не выполняют домашнее задание. Независимо от причин, мы рассмотрим некоторые общие препятствия на пути выполнения задания, о которых мы слышали на протяжении многих лет. Если вы терапевт-клиницист, мы думаем, что вы можете быть уверены, что причины, по которым у ваших клиентов есть ПТП, связанное с домашними заданиями, скорее всего, те же, что мы видим у наших клиентов. Конечно, даже при том, что проблемы могут быть похожи, решений, которые могли бы использовать клиницисты может и не быть.

Клиницисты могут концептуализировать невыполнение домашних заданий как ПТП.

Большинство терапевтов и клиницистов пытаются использовать какие-либо решения, чтобы помочь клиентам внести изменения в их жизни для выполнения домашних заданий. Подумайте о том, что вы обычно делаете. Возможно, вы пытаетесь сначала упростить домашнее задание; используете напоминания о домашнем задании дома и на работе; стараетесь убедиться, что домашнее задание важно для клиента; хотите удостовериться, что он знает, как сделать домашнее задание, и так далее. Эти и другие решения проверены и верны. Мы используем их с нашими клиентами, будь то в ДПТ или любой другой когнитивно-поведенческой терапии. Они определенно могут работать. Фактически некоторые из решений на основе ДПТ, которые мы описываем, являются вариантами стандартных способов, которыми обычно терапевт, обученный когнитивной поведенческой терапии, может реагировать на невыполнение домашних заданий. Однако некоторые решения, возможно, уникальны для ДПТ. Мы сделали все возможное,

чтобы вы не пожалели о потраченном на чтение времени, поэтому всякий раз, когда сначала описывается более общий подход, мы указываем, как он может быть применен уникально в ДПТ.

Например, важно выбирать выполнимые домашние задания, которые соответствуют ценностям клиента, его непосредственным целям, понятны и могут контролироваться.

Эти общие соображения подробно обсуждали многие другие авторы в качестве стратегий для облегчения выполнения домашних заданий (мета-анализ обзора исследований по этой теме см. в [Kazantzis, Deane, & Ronan, 2000]). Тем не менее методы и стратегии ДПТ позволяют также терапевтам, обученным применять другие подходы, рассматривать невыполнение домашнего задания под новым углом зрения и использовать новый подход для управления ситуацией. Важно отметить, что мы надеемся помочь терапевтам найти новые способы *говорить* о невыполнении домашних заданий таким образом, чтобы мотивировать клиентов оставаться в терапии и не спровоцировать выгорание самих терапевтов. Мы просто настолько увлечены тем, как ДПТ помогает такого рода ПТП, что мы надеемся, что к концу этой главы клиницисты увидят новые пути для движения вперед в управлении этой общей проблемой в психотерапии.

Чтобы понять, как мы реагируем на невыполнение домашних заданий в ДПТ, целесообразно рассмотреть, какие проблемы мы лечим. Поскольку ДПТ — это терапия пограничного расстройства личности (ПРЛ), а терапия ПРЛ часто происходит в контексте многих сопутствующих проблем, мы в конечном итоге лечим много тех же проблем с помощью ДПТ, которые лечат терапевты, не практикующие ДПТ. Наши клиенты имеют проблемы с самоповреждающим поведением, импульсивностью, враждебностью и другим поведением, соответствующим диагностическим критериям ПРЛ, но они также часто бывают подавлены, тревожны, злоупотребляют различными психоактивными веществами, переедают или вызывают у себя рвоту, у них сложные и обширные истории насилия и пренебрежения, а также бурные отношения с семьей и друзьями. Они могут быть бездомными, безработными, иметь инвалидность по психическому или общему заболеванию. Они могут принимать или не принимать лекарства по назначению. Их приверженность к лечению то увеличивается, то уменьшается, а иногда, особенно у тех, кто злоупотребляет алкоголем или наркотиками, она, кажется, пропадает на несколько недель, до тех пор, пока они вновь не покажутся врачу. Короче говоря, эта часть пациентов трудно поддается лечению.

Можно придерживаться позиции, что выполнение домашнего задания по психотерапии для клиентов с таким количеством разнообразных проблем, которые необходимо решать, проблем тяжелых и рецидивирующих, будет чрезмерной нагрузкой, что психотерапевтическое домашнее задание будет просто еще одной проблемой для них, которая заставит их почувствовать себя неудачниками в жизни, которая и так изобилует хаосом и опытом неудач. Мы могли бы уклониться от назначения домашнего задания, потому что разговор о домашнем задании на сессии занимает драгоценное время, которое нам, возможно, не пришлось бы тогда тратить. Ведь стандартная сессия длится всего 45–50 минут, и за это время нужно сделать очень многое. Суть заключается в следующем: при лечении мультидиагностических клиентов трудно удержаться от соблазна избегать разговоров о ситуациях, когда клиенты не выполнили домашнее задание. Разговоры о других вещах могут показаться не только более легким путем, но и более оправданным. Просто, когда вы собираетесь говорить о том, когда и как нужно внести изменения за пределами сеанса терапии, клиент может начать делиться новой информацией, обращаясь к новым темам, которые могут всплыть в этот момент. И тогда полученная новая информация заставляет повременить с обсуждением домашних заданий. Разве вы не должны поговорить с клиентом о том, о чем он хочет говорить, вместо разговора о домашнем задании? Это добытое золото может оказаться пустой рудой. Несмотря на то, что клиницисты и клиенты могут рационализировать невыполнение домашних заданий, как правильное решение в данный момент, мы считаем, что это не всегда может быть наиболее приемлемым.

## **Общие препятствия для выполнения домашних заданий**

В ДПТ мы много просим от наших клиентов, включая выполнение домашних заданий каждую неделю. И, как и не ДПТ-клиенты, они также могут не справляться с домашней работой. Они могут выполнять домашние задания, могут не выполнять или могут выполнять только некоторые. Мы все это видели, но поскольку мы безоценочно ожидаем несоблюдения правил нашими клиентами, мы приходим в клинику подготовленными и уверенными. Думая диалектически о домашнем задании, терапевты ожидают несовершенства и знают, что мы можем двигаться к повышению комплаенса

в отношении домашних заданий даже у самых некомплаентных клиентов. Как вы можете гарантировать, что ваши клиенты с большей вероятностью будут делать домашнее задание по психотерапии? Для начала мы кратко изложим некоторые из основных причин невыполнения клиентами домашнего задания по терапии. Приложение 6.1 не является исчерпывающим списком, но оно охватывает многие общие причины.

Нет необходимости отрицать эти общие, довольно незамысловатые, препятствия. Стратегии и методы из ДПТ могут помочь терапевтам преодолеть их, чтобы увеличить вероятность того, что: а) клиенты понимают задание; б) домашнее задание соответствует целям, которые важны для них; в) у них есть навыки, чтобы выполнить домашнее задание; г) они не позволяют эмоциям помешать сделать домашнее задание; д) они сознательно приняли решение сделать домашнее задание; е) их установки, правила и убеждения согласуются с выполнением домашних заданий; ж) они не забудут сделать домашнее задание; и з) они определяют приоритеты и структурируют свою среду так, чтобы выполнить домашнюю работу по терапии, несмотря на конкурирующие приоритеты или ограничения. Другими словами, психотерапия некомплаентного ПТП может быть распределена и на другие психотерапевтические вмешательства, как и предполагаемые конечные результаты, которые можно получить, преодолев это ПТП.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 6.1**

### **Общие проблемы, из-за которых клиенты не делают домашнее задание**

- Они не понимают домашнее задание.
- Выполнение домашнего задания не является важным для их целей.
- Они не знают, как сделать домашнее задание.
- Эмоции препятствуют выполнению домашнего задания.
- Нерешительность мешает делать домашнее задание.
- Отношения, предположения, правила или убеждения мешают делать домашнее задание.
- Они забывают сделать домашнее задание.
- Окружающая среда или другие приоритеты мешают выполнению домашних заданий.

Клиницисты могут реагировать на любую из этих или других причин невыполнения домашних заданий несколькими способами. В оставшейся части этой главы мы разберем вопрос о том, как управлять ПТП, связанным с домашними заданиями, с помощью трех видов общих психотерапевтических взаимодействий. Во-первых, мы рассмотрим критически важные разговоры на ранних этапах, которые включают ориентацию клиента на процесс, функцию и структуру домашней работы по терапии. Во-вторых, мы поделимся идеями о том, как оптимизировать работу с конкретными домашними заданиями вместе с клиентом. В-третьих, мы обсудим, как проверять выполнение домашних заданий, когда клиенты их делают и когда не делают.

## **Ориентация клиентов на выполнение домашних заданий**

Процесс ориентации клиентов на выполнение домашних заданий по психотерапии критически важен. В ДПТ мы начинаем ориентировать наших клиентов на домашнюю работу в первых сеансах, а затем мы переориентируем их на домашнюю работу снова и снова по мере необходимости, вплоть до окончания лечения. Поначалу ориентация может быть общей и абстрактной, связанной только с тем немногим, что мы имеем в начале первой сессии. Со временем ориентация становится более конкретной и контекстуализированной, связанной с тем, что наиболее важно для клиентов. Как уже говорилось в главе 4, ориентация — это совместный клиентоориентированный процесс. И, как мы подробно расскажем позже, одна из ключевых вещей, которая делает ориентацию на домашнее задание в ДПТ уникальной, — это использование диалектики. То есть ориентирование в ДПТ осуществляется с помощью диалектического мировоззрения и диалектического процесса. Ориентация обычно происходит в тот момент, когда обсуждается домашнее задание. Когда домашняя работа выполняется и начинают происходить важные изменения в результате терапии, часто необходимо снова проводить ориентирование. А когда ПТП включает невыполнение домашнего задания, ориентировать приходится почти всегда.

Почему все требует ориентирования? В начале терапии клиницисты вынуждены плыть против течения в связи с исторически сложившимися негативными ассоциациями со словом “домашнее задание”. Как клиницисты мы знаем, что домашнее задание — это просто современное обозначение

в психотерапии для того, что нужно делать что-то другое вне сессии, что является продолжением того, что было изучено во время сессии. Домашнее задание является синонимом поведения вне психотерапии с намерением, в соответствии с жизненными ценностями и целями лечения. В буквальном смысле домашнее задание — это работа по психотерапии — изменение поведения, обучение новым способам реагирования на стрессовые события, практика более эффективного отношения к другим людям и собственным внутренним переживаниям — где-то за пределами клиники. Домашнее задание не всегда делается дома, но подумайте о том, как вы будете выглядеть, если поговорите со своим клиентом о “работе в офисе”, “рабочем месте” или о “работе с друзьями”. Таким образом, мы в конечном итоге используем слово домашнее задание, даже со всеми теми ассоциациями, которые неизбежно возникают. Подумайте вот о чем: когда вы думаете о словах “домашнее задание”, какие первые несколько вещей сразу приходят на ум? Вы подумали о солнце и розах? Американских горках и первом поцелуе? Или, может быть, вы подумали о злой мисс Смит, учительнице естественных наук в средней школе, которую вы считали несправедливой и которая поставила вам двойку? Вы думали о школьной работе, оценках или беспокоились о результате? Домашнее задание — это словосочетание, которое может вызвать неприятные коннотации. Это удивительно, что мы не используем как врачи другие термины.

Можно с уверенностью сказать, что домашнее задание, как словосочетание или как стимул вызовет негативные эмоции у многих клиентов. Это не означает, что клиницисты должны избегать использования этого термина, но это означает, что использование этого термина может вызвать реакции у клиентов, которые важны и могут быть связаны с последующим невыполнением домашних заданий. Для клиентов домашнее задание может означать ожидания от терапевта и, возможно, как в школе, оценки успешности. Все это вызывает целый ряд эмоций: беспокойство, стыд, безнадежность, чувство отличия от всех остальных, желание понравиться или произвести впечатление и так далее. Но вы не “учитель” средней школы, и, хотя помощь вашему клиенту в обучении лежит в основе того, что вы делаете, это не школьная работа. Все это означает, что терапевты могут отказаться от использования этого термина для предотвращения реакций, которые могут усилить несоответствие целям психотерапии. Хотя это может быть краткосрочная тактика, мы рекомендуем долгосрочную стратегию экспозиции клиента со стимулом, в данном случае словосочетанием “домашнее

задание”, неоднократно в течение долгого времени, чтобы позволить клиенту развивать новые и более гибкие психологические реакции (то есть более разнообразные способы реагирования) на “домашнее задание” в контексте психотерапии. Избегание термина может стать способом относиться к клиенту, как к легкоранимому. Если отнестись с вниманием к ориентации на домашнюю работу — и общим ПТП, которые она вызывает, — можно добиться успеха в выполнении заданий и в конечном счете достичь результатов в лечении.

## Ориентация на структуру и самонаблюдение

Считается, что в ДПТ “первая сессия” терапии функционально занимает около четырех сеансов [Linehan, 1993a]. В работе с клиентами с множественными диагнозами требуется изучить много вопросов, поэтому может потребоваться много времени, чтобы рассмотреть все, что для менее сложных клиентов можно обсудить за меньшее число сеансов. Ориентируя на домашнюю работу во время этих первых занятий, мы часто начинаем с рассмотрения структуры, функции и процесса выполнения домашних заданий.

Структурно иерархия лечения ДПТ представлена как включающая в себя мишени для изменения в следующем порядке: а) вред себе или другим; б) ПТП; и в) любое другое поведение, влияющее на качество жизни человека (например, тревога и избегание, употребление психоактивных веществ, безрассудное или импульсивное поведение, проблемы с отношениями [Linehan, 1993a]). Терапевт совместно с клиентом определяют мишени, которые относятся к каждой из этих областей. Терапевт рассказывает о некоторых способах, с помощью которых домашняя терапевтическая работа (например, использование определенных когнитивных или поведенческих навыков) может быть направлена на эти терапевтические мишени, в процессе чего клиент начинает понимать основы того, что требуется от него за пределами клиники.

Другим структурным аспектом домашней работы в ДПТ является то, каким образом она отслеживается каждую неделю. Дневниковая карточка вводится в качестве инструмента отслеживания домашней работы на первом сеансе, и по мере того, как клиент все больше и больше рассказывает о том, что он хочет изменить с помощью терапии, терапевт способствует такому процессу сотрудничества, при котором эта карточка заполняется

личными мишенями. На одной странице в строчку перечислены дни недели, а в столбцах указаны мишени; заполнение такой таблички дает большое количество информации, которую можно использовать для предотвращения чрезмерного проявления ПТП. В течение первых нескольких сеансов в дневниковую карточку вносятся уточнения для того, чтобы она включала в себя наиболее релевантные терапевтические мишени для этого клиента. Можно начать с отслеживания, например, ежедневных побуждений к самоповреждению или случаев самоповреждения, побуждений пить алкоголь или употреблять наркотики, или пиков эмоциональных страданий. Со временем добавляется больше мишеней, чтобы способствовать отслеживанию прогресса в достижении целей лечения. Важно отметить, что дневниковая карточка становится стимулом, который используется для структурирования того, над чем ведется работа между сессиями.

Представление этого на первых сессиях выполняется в открытой прямой форме после обсуждения целей лечения клиента. Цели (например, быть менее депрессивным и более удовлетворенным в отношениях) могут быть достигнуты путем изменения определенных вещей (например, приближением к некоторым ситуациям, а не избеганием их; более гибким мышлением о себе, о других и о будущем), и в дневниковой карточке есть мишени, которые сообщают как клиенту, так и терапевту, достигнуты ли запланированные результаты лечения. Диалог с новым клиентом о выполнении домашней работы в ДПТ может начинаться так, как описано ниже.

**Терапевт.** ОК, Марио, мы поговорили о том, что вы хотели бы быть менее депрессивным, и о том, как это лечение может вам в этом помочь.

**Клиент.** Да.

**Терапевт.** Теперь давайте поговорим о том, как мы поймем, когда вы станете менее депрессивным, и как мы сможем удостовериться в том, что это произойдет наиболее быстрым для вас способом.

**Клиент.** Звучит неплохо.

**Терапевт.** Один из способов добиться изменений быстрее — это использовать то, что мы называем самонаблюдением. Это просто идея о том, что если вы обращаете на что-то внимание и отслеживаете, как часто наблюдается нежелательное



поведение, то это поведение, скорее всего, станет случаться реже. Ну, например, если бы вы часто получали штрафы за превышение скорости, и вам не хотелось бы получить еще один, то наблюдение за тем, сколько раз в день вы едете со скоростью на пять и более миль в час превышающей ограничение, скорее всего, привело бы к тому, что вы стали бы водить машину с разрешенной скоростью.

**Клиент.** Если я хочу меньше плакать на работе, мне нужно отслеживать, сколько раз в день это происходит?

**Терапевт.** Да, вы правильно понимаете. То же самое происходит, когда вы хотите, чтобы какое-то поведение чаще повторялось. Самонаблюдение за тем, как часто это происходит, может увеличить частоту появления этого поведения. За чем вы могли бы понаблюдать из того, что в соответствии с вашим желанием стало бы происходить чаще?

**Клиент.** Может быть, это то, как часто я выхожу куда-нибудь с друзьями? Или как часто я пытаюсь думать о ситуации таким образом, чтобы не чувствовать себя абсолютно неадекватным?

**Терапевт.** Это отличные идеи! Что ж, мы можем обратить внимание на эти моменты позже, а пока, поскольку это наша первая сессия, нам очень важно обсудить, будете ли вы готовы отслеживать эти вещи каждый день, каждую неделю, пока продолжается наша терапия, — для того, чтобы помочь вам быть менее депрессивным, за счет изменения того, как вы проживаете свою жизнь

**Клиент.** Я полностью открыт к этому. Я хочу, чтобы мне стало лучше. Это звучит заманчиво.

**Терапевт.** Отлично, Марио. Мы будем использовать то, что мы называем дневниковой карточкой, в качестве инструмента для изменения того, что вы делаете в промежутках между сессиями. Дневниковая карточка — это просто вот такой лист бумаги (держит лист), в котором расписаны дни недели и то, что нужно отслеживать ежедневно. Мы можем выбрать мишени вместе, и мы можем их менять в любое время, когда нам понадобится. Мы также можем делать это с помощью

приложения, если вам так удобнее. Для меня это не так важно — главное, чтобы вы выбрали тот способ самонаблюдения, который быстрее поможет вам улучшить состояние.

**Клиент.** Я сделаю это. Но что должно быть в дневниковой карточке?

**Терапевт.** Ну, мы знаем, что там должно быть несколько вещей, таких как: мысли о самоповреждении (“да” или “нет” в конкретный день); самый высокий за день уровень испытанного вами переутомления по шкале от 0 до 10; сколько раз вы занимались приятными вещами, такими как общение с друзьями. Но нам пока не нужно выяснять все. Давайте продолжим обсуждать ваши цели лечения, и по мере продвижения вперед мы сможем обновлять то, что мы записали в карточку. Хорошо?

**Клиент.** Конечно.

Как только клиент начинает использовать дневниковую карточку, это начинает действовать как стимул для управления первой частью каждого сеанса. Когда клиенты входят в комнату, терапевт просит у них карточку и начинает сеанс, внимательно рассматривая ее и вступая в диалог с клиентами. Основные события и происшествия прошедшей недели должны отобразиться в дневниковой карточке. Терапевта интересуют повторяющиеся способы поведения, свидетельства о проделанной домашней работе, соблюдение режима приема медикаментов, ухудшение симптомов, использование навыков, изменения в результате лечения и тому подобное. Если клиент не приносит карточку на сессию, терапевт может начать занятие с обсуждения того, почему это произошло. Если клиент ее приносит, но она не заполнена, терапевт может отвести время в начале сеанса для просмотра и заполнения карточки. Если с карточкой все в порядке, терапевт, вероятно, по-доброму и сочувственно подкрепит это поведение. Это не должно занимать много времени, но обзор дневника должен проводиться в начале каждого сеанса, чтобы управлять обуславливающими последствиями, связанными с соблюдением и несоблюдением режима лечения, отслеживать успехи и трудности, а также следить за общим направлением лечения.

Что касается ДПТ, терапевты, которые используют самонаблюдение, сразу (и часто) ориентируют клиента, для чего нужна эта техника. Например, терапевт может сказать:

*“Дневниковая карточка будет нашим способом быстрого обсуждения вашей прошлой недели в начале каждой сессии. Мы будем добавлять туда все, что для вас важно, и всегда сможем внести изменения, если поймем, что есть что-то, что мы каким-то образом упустили”.*

Помогая оперативно выявлять ключевые мишени для обсуждения на сессии, дневниковая карточка помогает терапевту следовать намеченному плану. Если диалог с клиентом переходит в новую область и терапевт не уверен, насколько важно то, о чем говорится, он может спросить клиента, следует ли это добавить в дневник. Дневниковая карточка — это место, где основные мишени терапии появляются в письменном виде. Если клиент чувствовал себя более подавленным на предыдущей неделе, дневник должен отобразить это изменение. Если произошел срыв при употреблении психоактивных веществ, терапевту не придется разговаривать 10 минут, прежде чем узнать об этом; это будет указано в дневнике. Дневниковая карточка подготавливает почву для терапевтической сессии, помогая клиенту и терапевту структурировать занятие, максимально эффективно использовать время и контролировать выполнение домашних заданий.

Помимо дневниковой карточки, терапевты знакомят клиента с еженедельной домашней работой, которая спонтанно возникает в контексте терапевтического обсуждения. Например, терапевт может провести поведенческий анализ, чтобы определить функцию недавнего импульсивного поведения. После разбора предшествующих событий, непосредственных последствий недавнего импульсивного поведения и обнаружения, что поведение служило выходом из острого эмоционального стресса, терапевт может ориентировать клиента на необходимость практики навыков терпимости к стрессу. Ориентирование делается даже в том случае, если это уже делалось ранее.

Терапевт может сказать, например, “Итак, какими навыками вы бы хотели воспользоваться на этой неделе, если у вас возникнет побуждение совершить импульсивный поступок, чтобы избежать эмоциональной боли?” Или терапевт мог бы сказать: “Теперь, когда мы понимаем, что функция того, что вы сделали, заключалась в том, чтобы избежать невыносимой эмоциональной боли, давайте рассмотрим некоторые возможные решения для следующей недели, чтобы вы были готовы использовать навыки для предотвращения повторения этого”.

В обоих примерах врач направил разговор в сторону обсуждения домашней работы, при этом необязательно было использовать слова “домашнее

задание” — то, что только что обсуждалось, можно просто связать с более обширными терапевтическими мишенями. Обратите внимание на то, что в этих примерах ориентирование на домашнюю работу не делает клиента легкоранимым или инфантильным. Детали домашней работы не уточняются, и она не начинается до тех пор, пока терапевт не убедится, что клиент ориентирован на домашнюю работу. Ориентация на домашнюю работу — это мост между тем, что было на прошлой неделе и планами на следующую. На мгновение это объединяет терапевта и клиента, чтобы сделать паузу, прежде чем совместно решить, что, когда и как делать в домашней психотерапевтической работе. Несмотря на то что это легко упустить, мы считаем, что ориентация является критически важным шагом на каждом занятии, создающим основу для выбора мишеней в качестве домашнего задания.

## **Выбор мишеней в конкретных домашних заданиях в диалектической поведенческой терапии**

Определить, какую домашнюю работу делать в каких ситуациях, в отношении некоторых клиентов может быть довольно сложно. Клиент может быть знаком с концепцией домашней работы; вы, возможно, говорили об этом раньше, возможно, много раз, и на каждом отдельном сеансе вы рассказывали клиенту о важности домашней работы для решения той или иной проблемы, о которой только что говорилось. Но затем приходит время поговорить и точно определить то, что клиент будет делать между этим и следующим занятием. Именно тогда терапевт и клиент намечают мишени в домашней работе, и именно в процессе этого клиент берет на себя обязательство измениться. Выбор мишеней для домашней работы в обычной психотерапии может быть быстрым процессом, например, когда терапевт спрашивает клиента в конце сеанса: “Как насчет того, чтобы вы подумали об этом в течение следующей недели? И мы сможем продолжить эту тему на следующей встрече”. Мишени в домашней работе могут быть предписаны руководством по лечению — как в случае, когда когнитивный терапевт говорит: “Итак, на следующей неделе домашняя работа будет заключаться в использовании “Записи мыслей” в качестве листа самонаблюдения за дисфункциональными убеждениями”. Существует множество способов, с помощью которых терапевт может отбирать конкретные домашние задания. Как терапевт как вы управляете этим процессом?

Подумайте о своем подходе к домашнему заданию, как о дополняющем или контрастирующем с тем, как это делается в ДПТ.

## Быть диалектичным в домашних заданиях

Давайте рассмотрим, в какой момент домашняя работа дается на сеансах ДПТ. На каждом занятии после просмотра домашней работы и дневниковой карточки индивидуальный терапевт проводит много времени, изучая цепочки поведения на предыдущей неделе и выявляя функции проблемного поведения или недавние успехи в изменении паттернов дисфункционального поведения. На протяжении всей сессии терапевт уравнивает между собой принятие и внесение изменений и использует диалектическое мировоззрение и процесс диалога для того, чтобы определить мишени для перемен — в домашней работе на ближайшую неделю. Это то, каким образом терапевт использует процесс терапии, чтобы определить соответствующие домашние задания на следующую неделю и помочь клиенту оставаться мотивированным к изменениям.

Этот естественный процесс означает, что терапевты не всегда должны ждать до конца сеанса, чтобы поговорить о конкретной домашней работе. Терапевт может определить содержание домашнего задания в любой момент сеанса. Этот подход требует внимания к тем возможным полезным изменениям, которые могут быть внесены в жизнь клиента, по мере появления этих возможностей. Терапевт может особенно эффективно использовать это осознанное знание, чтобы стимулировать спонтанные исследования возможных путей изменения. По нашему опыту, лучше всего, когда обсуждение домашних заданий органично возникает после решения проблем, анализа этих решений и использования практических навыков в качестве решений на занятии. Когда клиент во время сеанса почувствовал, например, как практика осознанности может изменить то, как он испытывает неприятные мысли и эмоции, это подходящее время для начала обсуждения способа использования этого навыка вне сеанса терапии. Точно так же после того, как клиент научится уменьшать чувство стыда или вины, используя стратегии эмоциональной регуляции, наступает время для планирования способов использования этого же навыка на время до следующего сеанса терапии.

Иногда терапевт делает это с аккуратным любопытством и выражением эмоционального принятия. В других случаях выбор мишеней для домашнего задания относительно возможностей перемен делается

в конфронтационном стиле, даже с избыточностью. Напомним, что основная функция индивидуальных сеансов ДПТ — мотивировать клиента пытаться измениться. Соответственно, когда терапевт определяет главную мишень домашней работы в начале сеанса, нет правила, которое бы говорило, что это должно быть сразу озвучено. Психотерапевт сначала должен взвесить все “за” и “против” обсуждения домашней работы с учетом того, что ключевой функцией занятия является мотивирование клиента к совершению поведенческих шагов к жизни, стоящей того, чтобы жить.

То, как этот процесс разворачивается на практике, зависит от клиента, мишеней поведенческого лечения и контекста сеанса. Если в начале сессии речь идет о гигиене сна как о части решения проблемы депрессивных симптомов, врачу нужно будет потратить время, чтобы наметить в домашней работе использование подходов для улучшения сна, прежде чем переходить к другой теме. Если в середине сеанса с клиентом, имеющим синдром дефицита внимания/гиперактивности, врач определяет важный контекст для использования организационных навыков для повышения успеваемости в школе или на работе, ему может потребоваться дополнительное время для дальнейшего выбора мишеней для определения того, когда и как использовать конкретные навыки. При работе с клиентом, который страдает эмоциональной реактивностью и начинает сеанс эмоциональной вспышкой, врач может помочь ему обработать и отрегулировать эмоцию, используя тот навык, который врач хотел бы, чтобы клиент использовал вне сеанса (см. также о гневе в главе 7). После того как клиент эмоционально восстановился, может быть эффективным сразу обсудить, как он может использовать эту конкретную стратегию регуляции эмоций в определенных контекстах в период до следующего приема, когда весьма вероятно, что могут возникнуть негативные эмоции и последует неэффективное поведение.

Другими словами, один из способов обеспечения того, чтобы мишени в психотерапевтической домашней работе были клинически релевантны поведению, важному для клиента, состоит в том, чтобы обратить его внимание на изменения, наблюдаемые во время сеанса. Но это может быть сложно. Из опыта многих терапевтов мы узнали, что соблазн часто заключается в линейном переходе от темы к теме, охватывая при этом содержание прошлых или будущих событий, которые клиент и/или терапевт логически обосновывают в качестве важных. И, конечно, иногда важно продолжать переходить к другой теме после того, как в сеансе происходят изменения, внимательно слушать и поддерживать, не направляя разговор на изменения, которые могут самопроизвольно произойти в результате домашней работы. Но иногда

это не самый эффективный подход. И хотя сессия еще может не быть близка к завершению, это может быть самым подходящим временем, чтобы перенести в домашнее задание то, что только что обсуждалось или только что произошло. Готовность исследовать возникающие проблемы и необходимость извлекать из сессии эффективные интервенции и домашние задания являются частью диалектического стиля “движение, скорость и поток”. Иногда какие-то части занятий проходят организованным, линейным, последовательным образом, как если бы клиент и терапевт шли по тропинке, а в другое время терапевт и клиент танцуют, прыгают, сворачивают с тропинки, чтобы познакомиться с новой местностью, а затем возвращаются к маршруту, который ведет клиента туда, где он хочет быть.

Диалектический синтез между жестким ожиданием конца сеанса и использованием первой возможности в начале сеанса для определения домашней работы по психотерапии заключается в следующем: будьте осознанны, нацелены и готовы к тому, чтобы попытаться выбрать мишени для домашней терапевтической работы в начале сеанса. Поначалу это может показаться неудобным, но вскоре вы увидите преимущества такого подхода в виде уменьшения случаев невыполнения домашних заданий, потому что это будет происходить естественным образом, и будет время подумать и разобраться в деталях домашней работы. Если после обсуждения домашних заданий будет оставаться время, чтобы поговорить о чем-то еще, то это великолепно! Продолжайте работать!

## Эффективное использование валидации в содействии выполнению домашней работы

Одна из стратегий, которую используют терапевты при определении мишеней для домашней работы, заключается в том, чтобы с помощью методов валидации, описанных в этом учебнике, автоматически выделить, насколько сложным может оказаться внесение каких-либо изменений в дисфункциональные модели поведения. Например, терапевт может сказать:

*“Вы знаете, мы только что натолкнулись на что-то, что может быть очень важным для вас. Если вы сможете использовать эти навыки, чтобы изменить отношение к этому человеку, ваша жизнь может измениться. Но я хочу, чтобы вы кое-что знали. Независимо от того, насколько эти изменения могут вам помочь, я не думаю, что это будет легко. Если бы это было легко изменить, вы бы уже сделали это. Мы выясним это вместе”.*

В этом примере обратите внимание на естественность языка терапевта в оценке того, насколько трудно будет измениться. Домашняя работа — это изменение, а изменение — это сложно.

Валидация используется не только при первом знакомстве с домашней работой, но и в процессе определения и согласования ее плана. Семена нарушения режима терапии часто бывают посеяны в тот момент, когда терапевты непреднамеренно эмоционально инвалидируют клиентов при обсуждении домашней работы. Инвалидация происходит, когда внутренний опыт клиента — в данном случае его опыт, связанный с домашней работой по психотерапии (например, “у меня нет достаточно времени, чтобы сделать эту домашнюю работу!”) — минимизируется, представляется банальным, подвергается критике или отклоняется как несостоятельный. Клиенты не будут менять свою жизнь, потому что врач сказал им, что делать. Всю их жизнь были люди, говорящие им, что делать. Предоставление им соответствующей информации или психологических знаний о том, почему то или иное домашнее задание изменит тот или иной процесс, является плохим и неполным рецептом перемен. Говорить им, что делать, — это не решение их страданий. Точно так же поспешное назначение домашней работы по психотерапии или домашнее задание, которое преподносится как простое решение сложной проблемы, сводит на нет сложную работу по внесению изменений. А когда люди эмоционально обескуражены, они склонны реагировать отрицательно, симпатическим физиологическим возбуждением и суженным вниманием. Одни отвечают гневом или недоверием, другие просто закрываются. Во всех этих ответах чистый субъективный результат один и тот же: ощущение того, что тебя не поняли. Используйте валидацию, когда говорите о том, насколько сложна домашняя работа. Используйте ее искренне, потому что может быть много веских причин, по которым изменения будут трудными.

## Использование стратегии устранения препятствий

Другая стратегия, которую используют терапевты для уменьшения случаев невыполнения домашней работы, заключается в гибком устранении препятствий и многократном уточнении домашней работы. Это означает, что терапевт готов изменить домашнюю работу, если это необходимо. Допустим, что определение домашней работы началось с плана, согласно



которому клиентка должна была бы использовать навыки осознанности со своим партнером, чтобы снизить эмоциональную реактивность к партнеру и построить близкие отношения. Изначально она думала, что это хорошая идея, но затем, в процессе того, как вы это проговаривали, передумала и решила, что это просто не будет работать. Она подумала об этом и представила, каково это — наблюдать и описывать, находясь в моменте и не осуждая, свой опыт просмотра телевизора на диване со своим партнером. Она визуализировала домашнее задание и, хотя она понимала логически, что такого рода вещи были бы замечательными, она решила не делать этого. Ее партнер слишком инвалидирующий, слишком трудный, слишком самовлюбленный и тому подобное. Вы можете отказаться от этой домашней работы, или вы можете копнуть глубже и попытаться решить проблему.

В ДПТ мы могли бы делать и то, и другое, но обычно мы пытаемся устранить препятствия, прежде чем отказаться от решения. Подобно сострадательным бульдогам, терапевты не могут легко отпустить возможные решения, но идут к этому, погружаясь в процесс решения проблем с валидацией, успокоением и признанием того, что это может быть трудно. Терапевт может валидировать эмоции в терапевтической комнате в этот момент. Например, беспокойство об изменениях может быть реальным, но это не означает, что мысли, сопровождающие беспокойство, являются на сто процентов точными. Есть много вещей, которые можно валидировать, при этом не валидируя правдивость любой дисфункциональной мысли и не меняя курс. Хитрость в этом процессе заключается в том, чтобы говорить от всего сердца с искренностью при работе с беспокойством и нежеланием попробовать выполнить домашнее задание. В этом контексте увеличивается вероятность изменения, и любое решение проблем, связанных с деталями домашней работы, становится более успешным. Валидация — это мачете, который прокладывает путь через густые беспокойные джунгли, открывая пространство для определения направления движения.

## **Обсуждение домашней работы в диалектической поведенческой терапии**

Теперь давайте обратимся к тому, как терапевты проверяют домашние задания. В психотерапии основная и самая фундаментальная диалектика касается принятия и изменения. Применительно к домашней работе это ключевые моменты для рассмотрения. Задумываясь о принятии в контексте

выполнения домашних заданий, вы должны учитывать несколько факторов. Что именно вы готовы принимать, а что — нет? Должны ли вы просто признать, что клиент не сделал свою домашнюю работу, не пытаясь изменить этот препятствующее терапии поведение (ПТП)? Стоит ли идти дальше, а не обсуждать это? Что вы должны попытаться изменить, когда клиенты не завершают домашнюю работу? Что вы должны попытаться изменить: отношение клиентов к домашней работе, саму домашнюю работу или свой подход к разговору о домашней работе?

Одна вещь, которую мы считаем важной, заключается в том, что внимательное отношение к этой диалектике, по сути, означает, что в один момент терапевты могут принять, что ПТП случилось, и в следующий момент могут начать работать над изменением ПТП. После наблюдения за ПТП и принятия решения о том, следует ли попытаться изменить его и как, врач уже признает ПТП случившимся. Следующий шаг очень важен, потому что терапевты могут заметить его, но предпочесть не заострять внимание на ПТП по ряду причин — среди них ПТП самого терапевта (обсуждается в главе 12). Основным моментом является то, что принятие не противоречит изменениям; принятие и изменение могут происходить почти одновременно, и иногда принятие без попытки изменить ПТП само по себе может быть изменением в управлении этим поведением. Принятие как минимум является необходимым предшественником терапевтических изменений. Мы обнаружили, что многие терапевты и клиенты путаются в этих моментах и ошибочно полагают, что, если они решат смириться с тем, что что-то произошло, они не смогут измениться. Как и во многих других диалектиктических подходах, описанных в этой книге, различие между управлением таким поведением с помощью принятия и с помощью изменения, является ложной дихотомией. Вместо этого терапевты могут искать способы осознанного принятия реальности такой, какая она есть, и затем принимать решения о том, следует ли стремиться к изменению ПТП и как.

Принять решение об ответе на поведение, препятствующее терапии, сложно, и оно не должно регулироваться какими-либо правилами. Тем не менее принцип в ДПТ заключается в том, что если домашнее задание не выполнено, то разобраться в том, что этому помешало, должен терапевт. Вспомните некоторые основные шаги в управлении ПТП, которые мы отметили в главе 3: указание на проблему, ее оценка и понимание, ее решение, получение согласия на изменение поведения и устранение препятствий. Идея состоит в том, что терапевты могут подходить к невыполнению

домашней работы с позиции решения проблемы. Малое количество завершенной домашней работы становится проблемой, которую нужно решить, даже если часть решения проблемы состоит в том, чтобы признать, что домашняя работа не выполнена или что разговор об этом означает, что на разговоры о других вещах останется меньше времени. Устранять проблему невыполнения домашних заданий означает говорить о том, что домашнее задание не было выполнено, но это можно сделать с мягким сочувствием и добротой.

Важно помнить, что попытка тщательно разобраться в проблемах, мешающих выполнению домашних заданий, позволяет терапевтам связать это поведение и другие препятствия с тем, что клиент делает важные изменения в своей жизни. На самом деле, если вы не можете напрямую связать домашнюю работу с целями и ценностями, которые являются ключевыми в жизни клиента, вы придете к выводу о том, что используемая вами домашняя работа не важна для клиента или не имеет никакого отношения к его лечению. Поскольку домашняя терапевтическая работа не соответствует ценностям и целям клиента, вероятность того, что она будет выполнена (или что, когда она будет завершена, она действительно поможет), невелика. Это означает, что терапевт должен быть открыт для гибкого изменения домашней работы, когда определяются новые цели и/или ценности. Невыполнение домашних заданий как проявление ПТП может свидетельствовать о том, что домашние задания не соответствуют целям и ценностям. Однако, безусловно, такое ПТП может вовсе не означать, что домашнее задание нужно поменять. Может случиться так, что это поведение свидетельствует о том, что была найдена идеальная цель для домашней работы, и таким образом удастся выявить серьезные и трудноразрешимые жизненные проблемы.

## Обращение внимания клиента на проблемы

Как обсуждалось в главе 3, часто хорошим поводом для начала обсуждения проблем с домашней работой или других ПТП является поиск способа подчеркнуть проблему или довести ее до сведения клиента. В ДПТ это может происходить в провокативном или же реципрокном стиле. Провокативное общение включает в себя вербальные ответы терапевта, которые являются уместными, но несколько неортодоксальными — включающими что-то еще, помимо теплоты и мягкости, от игривости до прагматичности. Провокативность должна быть искренней, не агрессивной и сострадательной, но она также может быть прямолинейной и откровенной

или слегка непредсказуемой и отличаться от того, что могли бы сказать другие терапевты, когда клиента ранее проходил лечение.

Клиент может сказать по поводу домашней работы: “Ну, я должен сообщить вам, что я провалил выполнение домашней работы на этой неделе”. Некоторые провокативные ответы на это заявление приведены ниже.

- Ну, “провал” — это оценочное суждение. Давайте поговорим о том, что было сделано на самом деле, и я обещаю не оценивать вас, если вы пообещаете не оценивать себя.
- Вы провалили или не сделали домашнюю работу?
- Что ж, я думаю, может иметь смысл обсудить это сегодня, чтобы убедиться, что мы не получим третью или четвертую неделю подряд без выполнения домашнего задания.
- Это проблема, которую мы должны решить. Я должен сказать, что, боюсь, вам не станет намного лучше в этой терапии, если вы не начнете пытаться менять свою жизнь.

Есть бесчисленное количество провокативных способов ответа, когда клиенты признают, что не выполняют свою домашнюю работу.

Обратная сторона провокативности в ДПТ — это использование поддерживающего стиля общения. Если клиент выглядит грустным и медленно говорит: “Ну, я должен сообщить вам, что я не выполнил свою домашнюю работу на этой неделе”, — поддерживающим ответом будет медленно произнести что-то вроде: “Я уверен, что есть веские причины, почему вы не смогли выполнить домашнее задание на этой неделе, и я верю, что мы это выясним”. Еще один ответ терапевта, который будет поддерживающим в этом случае, может быть таким: “Спасибо, что поделились этим со мной. Мне интересно, чувствуете ли вы печаль или безнадежность, когда говорите мне об этом?”

Какой стиль общения вы должны использовать при ответе клиентам, когда они говорят, что не выполнили свою домашнюю работу? С точки зрения ДПТ ответ таков: это зависит от многих факторов. Не существует единого правильного стиля общения, который всегда следует использовать. В ДПТ терапевту рекомендуется использовать широкий спектр стилей общения в ответ на подобные типы поведения клиента. Конечно, многое нужно проверить и попытаться выяснить у клиента для понимания того, почему домашняя работа не была выполнена. В момент, когда клиент говорит вам

об этом, могут быть важные эмоции, которые нужно распознать и валидировать. Тем не менее может быть важным и полезным быть прагматичным и прямолинейным в ответ на невыполнение домашних заданий. Принцип в ДПТ состоит в том, чтобы попытаться использовать оба этих подхода, выбирая стиль ответа, который наиболее подо в данный момент, — не нарушая равновесия между поддержкой и провокативностью.

## Оценка и понимание проблемы

Оценка того, почему домашняя работа не была завершена с точки зрения ДПТ должна быть совместным процессом. Как обсуждалось в главе 3, используя анализ цепочек, чтобы понять, почему домашнее задание не было выполнено, клиент и терапевт являются детективами одной и той же следственной группы, пытающейся раскрыть дело. Тщательно анализируя всю необходимую информацию, детективы разгадывают тайну невыполнения домашней работы. Этот вид действительно совместного процесса требует, чтобы терапевт занимал неосуждающую позицию. Например, отношение терапевта к выполнению домашней работы должно быть безоценочным. Если вы сейчас задумались об этом и вне контекста психотерапии, это абсолютно оправданно: если вы обращаетесь к своему лечащему врачу, и он говорит вам, что нужно сделать что-то в качестве домашней работы, а затем вы возвращаетесь с невыполненным заданием, действительно ли вы хотите, чтобы врач устроил вам неприятности и осуждал вас за то, что вы не делаете домашнюю работу?

Использование диалектической философии предполагает, что терапевт поддерживает гуманную и сострадательную позицию, валидирует трудность выполнения домашней работы и в то же время пытается понять, как клиент может выполнить домашнюю работу в следующий раз. Один из способов поддержать эту позицию сострадания для терапевта — попытаться сделать домашнюю работу самому. Члены нашей команды часто пытались заполнять дневники, и даже когда вопросы не были сложными или эмоционально заряженными, уровень выполнения не составлял сто процентов. Для некоторых клиентов терапия — это одна из самых трудных вещей для выполнения.

Процесс совместной работы по выявлению препятствий в выполнении домашних заданий, возможно, так же (если не более) важен, как и определение самих барьеров. Как терапевт вы можете быстро определить препятствия для выполнения домашней работы. Возможно, вы будете правы в своей оценке того, что помешало. Но ничто из этого не будет иметь

значения, если ваше понимание придет за счет разлада в отношениях. В ДПТ есть базовый принцип, который мы используем, чтобы облегчить себе задачу в таких ситуациях: при проверке домашней работы нужно постараться использовать валидацию, перед тем как делать акцент на изменениях. Поймите проблему, прежде чем пытаться ее решить. Сделайте это от всего сердца с глубиной и искренностью, а затем, когда придет время, начните думать, что нужно сделать по-другому.

В предыдущих главах мы подробно обсуждали использование стратегий решения проблем в случае проявления ПТП. Мы не будем рассматривать все эти стратегии здесь еще раз. Тем не менее целесообразно подчеркнуть, что такие стратегии, как выяснение обуславливающих последствий, управление обуславливающими последствиями, формирование и развитие навыков, могут помочь в непосредственном решении проблемы невыполнения домашних заданий. В табл. 6.1 приведены примеры этих подходов.

**Таблица 6.1. Примеры использования стратегии решения проблем в диалектико-поведенческой терапии для улучшения выполнения домашних терапевтических заданий**

Стратегия решения проблемы	Пример
Прояснение обуславливающих последствий	Я понимаю, что попытаться использовать эти навыки — трудная задача. Для вас они являются новыми, как изучение нового языка. Естественно, что, с одной стороны, на это может потребоваться время, а с другой — это все же то, что нам необходимо понять. Как бы вам ни было тяжело находить время для отработки этих навыков, нам нужно будет вместе потратить некоторое время на решение проблем в этой части. Я уверен, что мы можем сделать это, хотя потребует время, чтобы разобраться во всех деталях
Управление обуславливающими последствиями	Прежде чем мы поговорим о том, что случилось с вашим молодым человеком, я думаю, нам нужно выделить время, чтобы проанализировать, как все прошло на прошлой неделе с применением навыков осознанности в качестве домашнего задания. И исходя из того, что вы сказали ранее на нашей сессии, я знаю, что вам трудно оставаться сосредоточенной на нашей встрече. Итак, прежде чем двигаться дальше, как насчет того, что мы попрактикуемся в осознанности?

Стратегия решения проблемы	Пример
Формирование	<p>Что же, не так уж плохо практиковать осознанность, правда? Вы проделали действительно большую работу, оставаясь в практике; вы не пытались поговорить со мной в процессе, как последние пару раз; и когда мы закончили наблюдать и описывать наш опыт этой практики, вы проделали действительно умелую работу. Все это означает, что у вас наблюдается значительный прогресс в работе по осознанности. В следующий раз, когда мы будем практиковаться, думаю, я предоставлю вам возможность взять на себя инициативу и выбрать вид практики, которую мы будем отрабатывать</p>
Выработка навыка и устранение препятствий	<p>Хорошо, давайте запланируем, как улучшить вашу домашнюю работу по терапии с учетом навыков, которые могут быть использованы для повышения шансов на успех. Мы только что завершили практику осознанности, и вы проделали большую работу. Поэтому я думаю, что на этой неделе вы могли бы использовать осознанность, чтобы помочь себе с большей вероятностью выполнять домашнюю работу по терапии. Давайте рассмотрим это подробнее. Я могу ошибаться, но, похоже, практика навыков осознанности может быть способом повысить ваши шансы на успех — поэтому это еще одна вещь, которую нужно сделать. Как насчет того, чтобы мы потратили несколько минут и вместе подумали, когда и как практика осознанности может быть наиболее эффективной для вас в течение ближайшей недели?</p>

## Двигаемся дальше

Мы часто проводим тренинги с терапевтами, которые работают в общественных программах по психическому здоровью и лечению зависимостей. Это включает в себя обучение когнитивно-поведенческой терапии в целом и ДПТ в частности. Один из вопросов, который нам постоянно задают, — как заставить клиентов делать домашнюю терапевтическую работу. На самом деле нас обычно спрашивают, действительно ли наши клиенты делают домашнюю работу. Другими словами, не является ли это просто одной из тех вещей, которым учат в аспирантуре, о которых пишут в книгах

и журнальных статьях, но которые не используются в повседневной практике?

Здоровая доза любознательного и сострадательного скептицизма в отношении готовности и способности клиентов выполнять домашнюю работу по психотерапии не только разумна, но и может помочь не допустить деморализации терапевтов. Тем не менее предположения и убеждения терапевтов относительно домашней работы могут быть частью проблемы, лежащей в основе невыполнения заданий. Например, предположение о том, что клиент не может или не будет выполнять свою домашнюю работу по психотерапии, иногда может быть связано со снисходительной позицией, которая подрывает прогресс. Подумайте: клиент пришел к вам для того, чтобы вы помогли ему самому внести изменения в то, как он думает, чувствует, относится к другим, регулирует эмоции, реагирует на психосоциальные стрессоры и так далее? И не представляет ли собой домашняя работа те самые изменения? Мы считаем, что постепенно в процессе практики клиенты могут вносить непростые изменения в свою жизнь, а терапевты могут мотивировать клиентов делать это, избегая предположения, что клиенты не будут или не могут выполнять домашнюю работу в силу своей сверхчувствительности.

Что любой терапевт может извлечь из всего этого? Во-первых, знакомьте клиента с ПТП с состраданием и искренним принятием в отношении несовершенства. Подумайте об использовании дневниковой карточки для самонаблюдения и обуславливающих последствиях, если каждая сессия будет начинаться с такой формы проверки домашней работы. Не ждите, пока невыполнение домашних заданий приведет к тому, что эта форма станет нормой начала занятий. Ориентируйте на этот процесс с первой же сессии.

Во-вторых, возвращайтесь к конкретному ПТП по мере необходимости снова и снова. Не бойтесь использовать ориентирование как стратегию преодоления разрыва между описательной частью сессии, касающейся прошлых событий, и планом по реализации конкретных мишеней для домашней работы на будущее.

В-третьих, если это возможно, выбирайте мишени для домашней работы, которые напрямую касаются причин прихода клиента в терапию и которые могут быть рассмотрены на следующей неделе. Делайте это, используя стратегии изменения поведения (см. главы 2 и 3), и сообщайте о принятии, если они не изменились. Пользуйтесь валидацией при определении мишеней для домашней работы, прежде чем пытаться получить согласие на ее



выполнение. И после того, как будут определены и согласованы четкие миссии, продолжайте работать над устранением препятствий и анализировать решение до тех пор, пока не появится новая, лучшая, версия домашней работы. Это требует гибкого мышления, поиска подходящей домашней работы в начале занятия и использования терапевтического процесса для выявления вытекающих естественным образом домашних заданий на неделю.

В-четвертых, при рассмотрении домашних заданий и выявлении проблем с ними делайте это диалектически, уравнивая провокативный и поддерживающий стили общения. Чтобы понять причины невыполнения и уменьшить ПТП, используйте анализ цепочек, выдвиньте несколько гипотез и решайте проблемы. Помните, что при рассмотрении причин невыполнения часто требуется четкое понимание связи между поведением, препятствующим терапии, и поведением, влияющим на жизнь. Посмотрите на эти связи с любопытством и терпением, любовью и искренностью, продолжая стремиться к внесению изменений.

# 7

## Эффективное реагирование на гнев

Сильные проявления враждебности или гнева, независимо от того, направлены они на психотерапевта или выражаются иным образом, являются одними из самых стрессовых и сложных ситуаций для специалистов. Поведение, обычно связанное с враждебностью или злостью (такое как: хмурый или пристальный взгляд; выражение презрения; изменения в поведении, осанке или тоне голоса; вербальная или физическая агрессия; закрытость), часто препятствует терапии и провоцирует страх и настороженность вне зависимости от того, случается оно на сеансе терапии или за его рамками. Более того, когда такое поведение имеет место, иногда это может способствовать закреплению у терапевта неэффективного подхода к лечению (например, отказу от решения проблем или их избегание в моменты, когда злость клиента становится очевидной) и “наказанию” за то, что было неэффективным. Терапевты также могут обнаружить, что их собственная фрустрация, раздражение или гнев по отношению к конкретным клиентам препятствуют эффективности.

Однако при надлежащем управлении поведение, связанное с гневом, может также предоставлять возможности для улучшения и даже трансформации терапии. При использовании основных методик для решения многих проблем, например проблемы пограничного расстройства личности (ПРЛ), терапевты часто встречаются с трудностью регулирования эмоций [Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006; Rosenthal et al., 2008]. Интенсивный гнев в этом случае призван помочь клиентам получить опыт эффективного управления сильными эмоциями. Фрустрация или раздражение терапевта по поводу недостаточной посещаемости сессий клиентом, его критичности или оценочных суждений могут стать шансом смоделировать эффективное выражение и регулирование эмоций, а также мотивировать терапевта для решения проблем, препятствующих терапии. В этой главе мы делаем

акцент на стратегиях использования гнева в качестве возможности укрепить и улучшить терапию.

## Ключевые принципы

Придерживаясь нескольких ключевых принципов, можно эффективно управлять препятствующей терапии проблемой гнева. Во-первых, это может быть полезно для осмысления гнева и связанного с этим поведения с позиции регуляции эмоций. С этой точки зрения гнев и связанные с ним поведение, мысли и ощущения рассматриваются системно. Так, Ховард Кассинове [Kassinove, 1995] определил гнев как состояние негативного чувства, характеризующееся специфическими паттернами когнитивных искажений, физиологических изменений и поведенческих тенденций. Поводом для гнева и связанных с ними эмоций (например, фрустрации) часто бывают ситуации, связанные с угрозой (физической или иной) и вмешательства в целенаправленную деятельность [Linehan, 1993b]. Гнев также выполняет важные социальные и поведенческие функции [Lemerise & Dodge, 2008], часто способствуя мотивации к действию, поощрению попыток исследования или контроля окружающего пространства, а также защите от угроз или опасности [Izard & Kobak, 1991; Lewis, Sullivan, Ramsay, & Alessandri, 1992]. Гнев также связан с эффективной активацией соответствующих наборов действий (например, защиты себя или других) без необходимости обдумывать и планировать такие действия когнитивно (то есть это “готовые сценарии действий” [Oatley & Jenkins, 1996]). Гнев и связанные с ним эмоции также могут помочь сообщить о потребностях, предпочтениях и антипатиях. Гнев, конечно, оказывает плохую услугу, когда его сила неоправданно высока и человек имеет хронический уровень враждебности или проявляет агрессивное поведение, неэффективное в текущем контексте (например, кричит на своего босса, чтобы обеспечить повышение).

Во-вторых, терапевту также целесообразно поддерживать диалектическую позицию относительно гнева. Гнев выполняет важные функции и в то же время может быть дисфункциональным. Мышление и действия клиента, который приходит в ярость из-за недоступности терапевта по телефону во время отпуска, могут показаться неблагоразумными. Однако, когда терапевт погрузится в эту проблему глубже, он может обнаружить, что гнев клиента имеет защитную функцию. Возможно, клиент чувствует боль

и отвержение, когда терапевт отсутствует и недоступен, а гнев мотивирует клиента выразить недовольство этим, уменьшить эмоциональную уязвимость или дистанцироваться от человека, который не может быть надежным источником поддержки. В этом случае интенсивный гнев может быть понятным и может выполнять важные психологические функции. В то же время проявление гнева каждый раз, когда кто-то недоступен для поддержки, является дисфункциональным, и действия, связанные с гневом, могут нанести вред отношениям в терапии (например, крики, угрозы, критика, отказ перезванивать). Поддержание диалектической позиции предполагает, что терапевт внимательно наблюдает за ситуацией, видя обе стороны вопроса и передавая это “и-и” клиенту [Linehan, 1993a]. Чтобы сделать это, терапевт часто должен поставить себя на место клиента, увидеть мир его глазами, валидировать валидное (что гнев понятен в контексте истории обучения клиента и выполняет определенную функцию в настоящее время) и подчеркнуть невалидное (что интенсивность гнева и враждебное поведение являются проблематичными).

Другим аспектом диалектической позиции в отношении гнева является то, что терапевт может быть одновременно и привязанным к работе клиента над своим гневом, и в то же время готовым отпустить эту привязанность. Гневное поведение может вызывать отвращение и создавать проблемы в жизни клиента. В то же время терапевт принимает гнев клиента и отпускает необходимость изменить это. Когда гнев ведет к проблемам в терапевтических отношениях, это вызов. Для того чтобы терапия действовала эффективно, терапевт может попросить клиента уменьшить проявления гнева и при этом принимать то, что клиент гневлив и не желает это уменьшать. Ниже приведен пример того, как терапевт занимает диалектическую позицию в отношении гнева, будучи одновременно готовым и к переменам, и к тому, чтобы отпустить ситуацию.

**Терапевт.** Как мы уже говорили, похоже, этот гнев на самом деле не очень хорошо работает для вас. Чувство гнева на 10/10, когда кто-то дает вам конструктивную обратную связь на работе, мешает вашему мышлению, мешает учиться на обратной связи и уже привело к межличностным проблемам.

**Клиент.** Да, я знаю. Но людям на самом деле просто нужно перестать меня доставать. Я делаю лучшее из возможного со своей стороны, а они просто продолжают придирается к мелочам.

- Терапевт.** Я знаю, что вы делаете все возможное. Вы часто рассказывали мне, как усердно работаете. Тяжело получать такую обратную связь, когда и так уже очень стараешься. Дело в том, однако, что, боюсь, вы рискуете потерять работу, если не поработаете над гневом.
- Клиент.** Да, вы говорили. Я знаю, просто это так сложно. Почему я всегда должен быть тем, кто должен стараться и что-то менять? Я вовсе не хочу управлять своим гневом.
- Терапевт.** Ну, на самом деле, вы не обязаны. Никто этого не говорит. Вы могли бы продолжать испытывать гнев каждый раз, когда получаете оценку своих результатов. Это тоже вариант. Но если вы хотите работать над гневом, я здесь, чтобы помочь вам это сделать, и у меня есть несколько стратегий, которые, я думаю, действительно будут работать для вас. Но, конечно, решение остается за вами.

## Выбор мишеней, терапевтическая осознанность, оценка и валидация

Помимо описанных принципов, эффективное управление препятствующим терапии гневом также часто включает в себя выбор соответствующих мишеней терапии, терапевтическую осознанность, оценку проблемы гнева и валидацию. Что касается мишеней, терапевт прежде всего должен выявить проблему гнева и связанного с ним поведения и поставить на них высокий приоритет. Следующим шагом часто выступает осознанное наблюдение и описание терапевтом поведения клиента, предпосылок к нему и последствий, а также эмоциональных реакций самого психотерапевта на это поведение. Оценка и понимание сути проблемы, провоцирующей гневное состояние и поведение клиента, а также сосредоточение внимания на том, как работает поведение (и гнев), могут поспособствовать точной валидации и освещению направлений для терапевтического вмешательства.

### Выбор мишеней: выявление гнева, препятствующего терапии

Как обсуждалось в главе 3, один из первых шагов в управлении препятствующим терапии поведением (ПТП) заключается в выявлении

и распознавании поведения и рассмотрении того, почему и как это мешает терапии. Иногда проблема очевидна. Когда клиенты выпускают пар и кричат в течение продолжительного времени, угрожают или проявляют агрессивное поведение, такое гневное поведение явно может препятствовать терапии. В других случаях, однако, признаки того, что что-то не так, могут быть более тонкими, включая эмоциональные реакции со стороны терапевта, такие как опасение, страх или беспокойство по поводу предстоящей сессии; фрустрацию в отношении клиента во время сессии; или повторяющийся сценарий, где терапевт отступает или соглашается с влиянием обстоятельств, в то время как продолжение движения вперед в решении проблемы или другие подобные вмешательства были бы гораздо более полезными. Выбирая мишень, следует учитывать как форму проявления поведения, так и его влияние на процесс терапии.

### **Терапевтическая осознанность: наблюдать и описывать**

Еще один важный шаг в управлении ПТП, связанным с гневом, — это внимательное и неосуждающее наблюдение и описание терапевтом поведения клиента, его реакций и влияния поведения на лечение. Легко бывает осуждать гневное поведение, поскольку оно может быть отталкивающим, чрезмерным и сложным в управлении.

Терапевт может чувствовать угрозу — возможно, как в личном, так и профессиональном плане — а чувство угрозы может привести к осуждению источника угрозы. На самом деле это нормально, а иногда и адаптивно чувствовать тревогу, угрозу или страх в присутствии агрессивных и взбудораженных людей. Задача состоит в том, чтобы сохранить сострадание, самообладание и эффективность даже посреди этого шторма. Этот первый шаг — мысленное дистанцирование, наблюдение и безоценочное описание — может помочь уменьшить проявление тревоги и позволить терапевту реагировать мудро.

Например, одна из наших студенток встречалась с клиенткой, “Амандой”, которая, начиная от зала ожидания и идя по коридору до кабинета, кричала и ругала социальную несправедливость и плохое обращение матери с ней в прошлом. Попытки студентки вмешаться, определить тему сеанса или даже валидировать опыт клиентки часто ни к чему не приводили. Аманда продолжала кричать, перебивала терапевта, часто вставала со стула, ходила по комнате, и пару раз сбрасывала со стола чашку кофе. Студентка

чувствовала себя деморализованной, обеспокоенной тем, действительно ли она помогала клиентке, и боялась, что та сделает что-то, что причинит вред ей самой или другим.

Студентка впервые вынесла на обсуждение эту цепочку событий во время супервизионной сессии, и руководитель посоветовал ее начать с наблюдения и описания поведения клиентки, стараясь как можно точнее придерживаться фактов и избегая предположений или суждений. Студентка начала со слов: «Она просто хочет все время выпускать пар и не хочет на самом деле говорить о том, как улучшить свою жизнь». Хотя это только начало, важно помнить, что умение описывать включает в себя способность акцентировать внимание на фактах. Это означает, что предположения о том, что клиент «хочет» делать, запрещены. Более точным описанием было бы, например, следующее.

*Как только я приветствую ее, она начинает громко говорить, ругаться и заявлять, что правительство разрушило ее жизнь. Когда я говорю, она не замолкает или перебивает меня, кричит и делает заявления о правительстве и о том, что ее мать несет ответственность за ее занятие проституцией.*

Для терапевта также полезно наблюдать и описывать эффект такого поведения в отношении сеанса терапии: «Когда это происходит, мы проводим первые 25 минут в попытках начать, в первые 35 минут Аманда перестает кричать, и у нас часто остается мало времени для обращения к ее проблемам». Кроме того, терапевт может также описать свои реакции на ситуацию: «Когда это происходит, я чувствую себя «застравленной», фрустрированной и неэффективной, и я не уверена в том, что знаю, как вернуть Аманду в нужное русло или что сделать, чтобы помочь ей». Таким образом, имея дело с гневным поведением, первым шагом должно быть наблюдение и описание, четкое и без осуждения: а) поведения; б) влияния поведения на сеанс терапии; и в) собственной эмоциональной реакции и мыслей в ответ на такое поведение.

## Выделение и обсуждение поведения на сессии

Используя стратегии выделения, терапевт может донести описание определенного поведения до внимания клиента в ясной, поведенчески ориентированной и безоценочной манере. Мы рекомендуем, чтобы терапевт обсуждал поведение, связанное с гневом, в манере, схожей с тем, как

он обсуждал бы любое другое поведение — несвоевременное пробуждение, пропуск сеансов терапии, избегание общественных мест и так далее. Гневное поведение, каким бы возмутительным оно ни было, — это просто поведение. Один из способов попрактиковаться в этой стратегии — подумать о возмутительном или необычном поведении, которое вызывает осуждение и шок, а затем попрактиковаться в описании и выделении этого в ясной и ориентированной на факты манере. Если клиент, например, заявил: “Я начал практиковать сексуальные отношения с коровами”, терапевт может потренироваться в выделении или обсуждении этого поведения таким же образом, каким он будет обсуждать любое другое поведение. Описанное ниже — пример того, как терапевт акцентирует внимание клиентки на гневном поведении.

**Терапевт.** Я заметил, что ваши мышцы кажутся напряженными, ваши кулаки сжаты, и вы тяжело дышите. Кроме того, тон вашего голоса повышен и стал резким. Вы это тоже заметили?

**Клиентка.** Ну, да, но я действительно очень злюсь. Потому что вы сказали, что сможете видаться со мной каждую неделю, и что я прохожу через очень трудное время сейчас. Это худшее время, которое вы могли выбрать, чтобы просто взять и поехать в отпуск!

**Терапевт.** Я знаю, что это плохое время для вас, и вам нужно много помощи и поддержки во всем том, через что вы сейчас проходите (*клиентка теряет работу, и ей изменяет парень*). Я полностью понимаю ваш гнев. На самом деле гнев — это нормальная реакция, когда кто-то или что-то мешает вам удовлетворить ваши потребности. Но я немного обеспокоен тем, что если вы будете продолжать находиться в состоянии гнева, мне может быть трудно помочь вам.

**Клиентка.** Да, ну, я не знаю, как вы можете ожидать, что я справлюсь с этим в одиночку. Кажется, если бы вы действительно заботились обо мне, вы не стали бы так поступать.

**Терапевт.** Понимаю, эта мысль пронеслась у вас в голове. Как вы думаете, есть ли что-то еще, кроме гнева, что вы чувствуете прямо сейчас?

**Клиентка.** Я не знаю.



**Терапевт.** Я мог бы представить, что немного боялся бы, если бы оказался без основного источника помощи или поддержки. Может, вы тоже испытываете чувство страха из-за того, что не сможете справиться с ситуацией? Или, может быть, боль от того, что я вас ненадолго покидаю?

**Клиентка.** Мне, ну, я думаю, больно, да. Я не знаю, мне кажется, вам нет до меня дела, если вы готовы уйти (*слезливо, более мягким тоном*). Я, может быть, немного боюсь, что действительно потеряю контроль. Я так старалась, и чувствую, что будет достаточно малейшего повода, чтобы я действительно вышла из себя.

**Терапевт.** Я подумал, что, возможно, дело в этом. Я знаю, что это очень сложно для вас. Давайте поговорим о том, что мы можем сделать.

Иногда с гневом труднее всего справиться, и он наиболее разрушителен, когда направлен на терапевта — особенно в ответ на то, что он не желает или не может изменить. Выполнение описанных нами основных шагов поможет терапевту отрегулировать собственные эмоции, в то же время эффективно отвечая клиенту. В только что описанном примере терапевт начинает с наблюдения, а затем определенным образом описывает поведение клиентки. Терапевт моделирует именно тот тип поведения, которому, по его замыслу, должен научиться клиент: наблюдение, затем описание физических ощущений и выражение эмоций. Терапевт также использует валидацию, чтобы показать понимание беспокойства клиентки, а затем подчеркивает возможные последствия: если клиентка будет продолжать оставаться в гневе, то построить эффективную терапевтическую сессию может оказаться сложно.

Хотя это и не показано в этом клиническом примере, другой полезной стратегией может быть вопрос к клиенту, готов ли он работать над уменьшением гнева. Мы обнаружили, что предоставление клиенту выбора относительно работы над гневом часто помогает избежать борьбы за власть, которая может возникнуть, если клиент чувствует себя вынужденным регулировать или уменьшать гнев. Гнев — это активирующая эмоция, и когда люди, которые уже злы, чувствуют, что их свободу ограничивают, гневное поведение часто усиливается. Кроме того, клиенты, которые “заключили сделку”, согласившись работать над гневом, могут с большей вероятностью дойти до конца и принять позицию сотрудничества с терапевтом.

## Оценка и понимание сути проблемы

Следующим шагом после подчеркивания поведения часто является оценка и понимание сути проблемы. В случае гневного поведения цель терапевта состоит в том, чтобы понять, что провоцирует гнев, как он связан с гневным поведением, и воспринять полный клиентский эмоциональный опыт (часто с вовлечением других эмоций, кроме гнева, как видно в примере). Важно точно понимать, что провоцирует гнев клиента, и хорошей отправной точкой является осмысление гнева как многогранного: с учетом внешних побуждающих событий или триггеров для эмоций, оценок и интерпретаций — которые не только влияют на эмоции, но и находятся под их влиянием — биологических изменений, физических ощущений и выражения эмоций [Gross, 1998; Linehan, 1993a, 1993b, 2015]. Если психотерапевт понимает ландшафт переживаний и поведения клиента, его вмешательство может быть разноплановым, включая помощь клиенту в изменении его мыслей, действий, выражения эмоций и так далее.

Как обсуждалось в главе 3, одним из способов оценки ПТП, связанного с гневом, является функциональный анализ гневного поведения. Функциональный анализ может быть сосредоточен на гневе, как между сеансами, так и во время сеансов. Например, клиент может прийти на сессию с записью вспышки гнева со своим партнером, и функциональный анализ может фокусироваться на этом эпизоде. Когда дело доходит до гневного поведения во время сеанса, терапевт может, например, подчеркнуть, что клиент демонстрирует угрожающее или словесно агрессивное поведение, и использовать функциональный анализ, чтобы лучше понять, как это произошло и как можно вмешаться. Как правило, в таких случаях мы рекомендуем, чтобы терапевт начинал функциональный анализ после того, как гнев клиента уменьшится настолько, что его готовность к агрессивным действиям снизится и клиент будет более способным когнитивно фокусироваться на текущей задаче. Например, терапевт может сказать следующее:

*"Ранее на этой сессии вы сказали, что если я не напишу письмо для вашего университета, вы бросите терапию. Я думаю, что мы должны поговорить об этом немного, чтобы лучше понять, что привело к тому, что вы почувствовали себя настолько злым или разочарованным, что угрожали мне выходом из терапии. Своего рода цепочка (функционального) анализа того, что произошло совсем недавно. Хотите сделать это?"*

## **Четкое определение проблемного поведения**

Как обсуждалось в главе 3, важно привязывать функциональный анализ к конкретному случаю поведения, выделенного в качестве мишени терапии. Терапевт наблюдает и может описать поведение следующим образом: “У клиента были сжаты кулаки, его лицо покраснело, и он начал тяжело дышать. Он сказал громким голосом, что не может вынести моих вопросов о своем домашнем задании и хочет уйти”. Это поведение, выделенное для функционального анализа. Часто терапевты приходят в замешательство при его проведении, потому что они перемещаются туда-сюда между анализом общей модели поведения и конкретного случая. Потому важно помнить, что целью функционального анализа является конкретный эпизод в конкретный день в конкретное время.

## **Оценка событий, провоцирующих гнев**

Другая важная область оценки включает провоцирующие факторы, или триггеры для гнева. Это еще одна возможность для терапевта смоделировать ситуацию и помочь клиенту попрактиковаться в осознанном описании фактов — без суждений, выводов, предположений и так далее. Когда клиент выносит суждения, делает предположения, выводы, догадки и так далее вместо фактов, терапевту следует тренировать клиента придерживаться фактов. Следующий пример иллюстрирует некоторые из стратегий.

**Терапевт.** Итак, расскажите мне немного о том, что происходило, когда вы начали злиться.

**Клиент.** Ну, я действительно злюсь, потому что моей жене нет до меня дела настолько, чтобы даже поддержать мою терапию. Я имею в виду, что она не заинтересована в этом вообще и, кажется, просто хочет, чтобы я сходил туда и меня “починили”. Она понятия не имеет, как это тяжело!

**Терапевт.** Очень тяжело не чувствовать поддержки, когда проходишь через такую боль и стресс. Чтобы помочь вам с этим, я думаю, мне нужно прояснить факты — то есть что на самом деле происходит с вашей женой. Помните навык осознанного описания?

**Клиент.** Это где описываешь факты или называешь вещи?

- Терапевт.** Да, именно так: описание включает в себя констатацию фактов в процессе наблюдения за ними. Итак, если ваша жена вошла в комнату, сказала: “Привет” — и села, вы бы сказали: “Моя жена вошла в комнату, сказала: “Привет” — и села”. Только конкретные факты, без суждений, предположений, догадок, домыслов и так далее. Как вы думаете, вы могли бы сделать это с тем, что наблюдаете в отношении вашей жены?
- Клиент.** Да, наверное, но это сложно, она просто такая... Хорошо. Я думаю, перед тем как я пришел сегодня, я говорил с ней о чем-то, что действительно меня волновало. Кажется, о том, что мои коллеги приходят в какое-то возбуждение, когда я захожу в комнату, и у меня такое впечатление, что они до этого говорили обо мне. Я говорил ей об этом, а она сказала: “Ты просто снова слишком подозрительно относишься к этому, дорогой — я думаю, тебе надо поговорить об этом с терапевтом”.
- Терапевт.** О, понимаю. Позвольте угадать: вы бы предпочли, чтобы она на самом деле поговорила с вами об этом. Чего вы на самом деле хотели от нее?
- Клиент.** Я чувствую себя изгоем на работе, и хотел бы, чтобы кто-то меня слушал и, возможно, говорил мне, что я не фрик. Но она просто посылает меня к вам.
- Терапевт.** И какие эмоции вы испытывали? Что проносилось у вас в голове, когда это произошло?
- Клиент.** Думаю, сначала мне было больно. Я подумал: “Она просто безразлична, ей до меня нет никакого дела, она не хочет заниматься моими проблемами”. Потом я реально почувствовал злость. Я много для нее делаю, а она не желает делать даже этого!
- Терапевт.** Хорошо, позвольте прояснить. Вы были ранены этим и думали, что ей нет до вас дела, и вы разозлились, потому что вам кажется несправедливым, что вы так поддерживаете ее, а она не тратит время на то, чтобы слушать вас или помогать вам. Как будто это просто еще одна из ваших проблем психического здоровья, для которых вам нужно ходить к терапевту. Или по крайней мере вы так думаете.

## Оценка факторов уязвимости

Функциональный анализ гневного поведения также фокусируется на факторах, которые могли сделать клиента уязвимым для провоцирующего или побуждающего события. Что именно было в этот конкретный день и в это время такого, что привело к тому, что клиент отреагировал с таким сильным гневом или фрустрацией? Как получилось, что сегодня клиент прервал вспышку, в то время как в других случаях он этого не делал? Ключевая идея здесь — определить, что сделало клиента настолько чутким к событию, спровоцировавшему гнев. Общими факторами уязвимости для эпизодов гнева могут быть: хроническая боль, недавние стрессоры или межличностные конфликты, плохой сон, проблемное питание, употребление наркотиков или алкоголя, ежедневные проблемы и неудобства, или, возможно, навязчивые размышления о прошлых событиях. При изучении факторов уязвимости, как правило, целесообразно сосредоточиться на событиях, произошедших за последние день-два, но более долгосрочные факторы — такие как совладание с хронической болью в течение многих недель или месяцев, или более устойчивые, крупные жизненные стрессоры, такие как потери (например, отношений, рабочего места), переезд и так далее — также важно учитывать. Определение факторов уязвимости может помочь повысить осведомленность клиента о предупреждающих знаках и поощрить его участвовать в профилактике в будущем.

## Оценка и валидация эмоционального опыта клиента

Предыдущий клинический пример демонстрирует, как терапевт может внимательно оценить и валидировать эмоциональный опыт клиента. Произошел сдвиг от гнева и критики к описанию и объяснению клиентом чувств боли и страха таким образом, что это поспособствовало продолжительной работе. Как предлагается в других подходах (например, эмоционально-фокусированной терапии [Greenberg, 2010]), очерчивание как первичных (в этом случае, возможно, страха и боли или печали), так и вторичных эмоций (здесь это гнев) может облегчить эмоциональное переживание. Осмыслить пример помогло то, что клиент чувствовал страх и боль, а затем — злость как вторичную эмоциональную реакцию. Гнев — действительно, распространенная эмоциональная реакция на другие болезненные эмоции, физические ощущения (страх и боль или грусть) или угрозы (в данном случае — потеря поддержки). В некоторых случаях, как

только клиенты начинают осознавать первичные эмоции и внимательно относиться к ним, вторичные эмоции могут уменьшаться. Это, однако, не всегда так, и для терапевта важно избегать предположения, что гнев всегда является вторичной эмоцией; иногда это первичная эмоция.

## Оценка мыслей

Терапевт может также оценить интерпретации или мысли клиента. В примере у клиента была мысль: “Если ты действительно заботаешься обо мне, ты не будешь этого делать”. Как правило, в диалектической поведенческой терапии (ДБТ) сначала терапевт помогает клиенту идентифицировать это как мысль, как в примере, когда терапевт говорит: “Эта мысль пронеслась у вас в голове”. Другие шаблоны мышления могут включать мысли или правила, связанные с причиной или выражением гнева ([*Farmer & Chapman, 2016*]; например, “Когда я злюсь, я ничего не могу сделать для того, чтобы контролировать ситуацию”, “Когда я злюсь, в этом виноваты другие”). Краткие интервенции, которые ориентируют клиента на то, чтобы рассматривать свою мысль как мысль, при последовательном выполнении могут побудить клиента наблюдать за мыслями как за мыслями, а не фактами. Важно помнить, что когда люди очень злятся, когнитивные стратегии изменения могут быть неэффективными, потому что эмоциональное возбуждение часто препятствует обработке информации. Часто с клиентами, в частности с ПРЛ, когда они эмоционально потрясены, эпизодическая и интенсивная эмоциональная реактивность могут препятствовать их способности обрабатывать корректирующую информацию о шаблонах мышления, решать проблемы или контролировать импульсивное поведение [*Chapman, Dixon-Gordon, Layden, & Walters, 2010; Chapman, Leung, & Lynch, 2008*]. Таким образом, терапевт может подумать о том, чтобы принимать решение, когда или как обращаться к этим мыслям.

## Оценка последствий или функций гневного поведения

Важной областью для изучения являются события или последствия гневного поведения. Если гнев вспыхивает во время сеанса терапии, что происходит потом? Как психотерапевт меняет свое поведение в ответ на гневное поведение клиента? Какие происходят внутренние изменения с точки зрения эмоционального, физиологического состояния клиента или его мышления? Каковы краткосрочные и долгосрочные последствия

гневного поведения? В табл. 7.1 перечислены некоторые полезные способы направить клиента в сторону лучшего понимания последствий. Терапевт может использовать это как инструмент, помогающий клиенту понять кратковременные и долговременные эффекты гневного поведения, а также внутренние и внешние эффекты. Терапевт может объяснить роль последствий в гневном поведении следующим образом:

*“Любое поведение имеет последствия. Гневное поведение ничем не отличается. Когда вы выражаете гнев, вещи могут измениться внутренне, например, в части эмоционального состояния, мыслей, побуждений, желаний, могут произойти физиологические изменения в вашем теле. Также вещи меняются внешне. Люди могут реагировать на ваше гневное поведение различными способами: отступить; спросить, что не так; поменять тему; уйти; злиться и критиковать вас и так далее. Также внешне, если вы демонстрируете гневное поведение, могут измениться и другие вещи: например, если вы гневаетесь и едете быстро, вы можете попасть в аварию или же добраться домой или до работы быстрее. Если мы поймем последствия вашего гневного поведения, мы узнаем, как оно работает (или не работает) для вас. И если мы действительно поймем, как это работает, мы сможем найти способ заставить его проявляться меньше или заменить его чем-то другим”.*

**Таблица 7.1. Типы последствий гневного поведения**

<b>Область последствий</b>	<b>Позитивные</b>	<b>Негативные</b>
Внутренняя	Чувство заряженности, энергичности, силы	Чувство волнения. Страх сказать или сделать что-то не так
Внешняя	Люди делают то, что я хочу, быстрее, потому что не хотят меня разозлить. Люди перестают заставлять меня делать что-то	Изоляция, одиночество, люди избегают меня

## **Стратегии управления проблемами, связанными с гневом**

В этом разделе мы рассмотрим общие компоненты ориентированных на управление гневом интервенций, которые применяются в отношении препятствующего терапии поведения. К ним относятся: психообразование

и интервенции для повышения мотивации к изменению, самонаблюдение, стратегии для избегания провоцирующих гнев ситуаций, выявление альтернативных форм поведения для применения в моменты гнева, снижение физиологического возбуждения, ролевые и экспозиционно-ориентированные стратегии, отпускание обид и гнева в отношении прошлых событий и снижение уязвимости к негативным эмоциям [Farmer & Chapman, 2016; Kassino & Tafrate, 2002; Novaco & Jarvis, 2002]. И ДБТ, и КБТ-ориентированные интервенции ассоциированы с улучшениями — от умеренных до существенных — в проблемах, связанных с гневом, среди различных групп клиентов [Del Vecchio & O’Leary, 2004; DiGiuseppe & Tafrate, 2003; Sukhodolsky, Kassino, & Gorman, 2004], в частности, были получены данные о связанных с ДБТ улучшениях в части субъективного переживания гнева и снижения агрессии, направленной против себя [Cavanaugh, Solomon, & Gelles, 2011; Koons et al., 2001; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993; Linehan et al., 2006]. Кроме того, мы обнаружили, что эффекты этих стратегий могут распространяться за пределы терапии и терапевтических отношений на другие отношения и за пределы работы над гневом в сторону эффективного управления другими эмоциями.

## Психообразовательная работа с гневом

Как только будет определена связь гнева с ПТП, это может сыграть положительную роль в образовании клиента в плане изучения гнева. Говорить с клиентами открыто о гневe, нормализуя и внося ясность в вопрос, иногда может быть обезоруживающим и способствовать формированию отношения к проблемам, связанным с гневом, как еще к одной проблеме для совместного решения. Образование может обращаться к системной природе эмоций в более широком контексте; к тому факту, что гневные мысли и побуждения не означают, что гневные поступки неизбежны; к влиянию сильного гнева на способность клиента четко мыслить, решать проблемы и использовать навыки преодоления трудностей. Все эти пункты могут помочь клиенту лучше понять его гнев и определить момент начала работы над этой проблемой.

## Уменьшение уязвимости к гневу

Один из наборов навыков регуляции эмоций в ДБТ — это навыки АВС ЗАБОТА [Linehan, 2015], направленные на оказание помощи клиентам в снижении их уязвимости к отрицательным эмоциям. АВС означает:



А — Аккумулировать позитивные эмоции (участие в приятных занятиях); В — Вырабатывать мастерство (вовлечение в деятельность по повышению эффективности); и С — Справиться заранее (развитие и практика навыков в отношении будущих стрессовых ситуаций). Навыки ЗАБОТА включают в себя несколько стратегий для улучшения заботы о себе, таких как: эффективная профилактика физических заболеваний, балансирование в вопросах питания и сна, занятия спортом и избегания приема веществ, влияющих на настроение. Помимо ПРЛ, проблемы с гневом типичны для людей с биполярными расстройствами, где интервенции в том, что касается установления баланса образа жизни, режима дня и постоянного ритма, показали улучшения в отношении стабильности настроения и уменьшение уязвимости к гневу [Frank et al., 2005]. Может быть полезно периодически проверять с клиентами их планы ухода за собой, режим питания и сна и так далее, а также обращать внимание на факторы, повышающие эмоциональную уязвимость, такие как жизненные стрессоры. Последовательное использование навыков для уменьшения уязвимости и улучшения ухода за собой может со временем снизить количество эпизодов гнева.

В качестве примера одной из этих стратегий, применяемых к ПТП — стратегию Справиться заранее — можно использовать для планирования предотвращения гнева, связанного с ПТП. Например, одна из наших клиенток (“Джоан”) прибегла к словесным выпадам во время групповой сессии. На одном сеансе особенно тревожная клиентка, которая часто не хотела делиться своим опытом, практикуя новые навыки ДБТ, начала говорить больше, но все еще испытывала затруднения при формулировке — вероятно, из-за тревоги — и иногда говорила громче или дольше, чем это было социально приемлемо. В это время Джоан периодически хихикала вместе с сидящим рядом участником группы. Групповые терапевты и ее индивидуальный терапевт поговорили с ней об этом и помогли ей уменьшить проявления такого поведения в группе. Однако однажды, когда взволнованная клиентка говорила о своих трудностях со своим парнем, Джоан вдруг воскликнула: “Ты чертова шлюха!” Взволнованная клиентка и некоторые другие участники начали плакать, и двум лидерам групп пришлось “разделять и властвовать”, чтобы поговорить с несколькими клиентами индивидуально и помочь им отрегулировать свои эмоции. Лидер группы попросил Джоан уйти и поговорить с ее личным терапевтом. Впоследствии консультационная команда ДБТ собралась, чтобы обсудить ситуацию и решила,

что Джоан не будет позволено вернуться в эту группу, но будет разрешено “подать заявку”, на присоединение к одной из других доступных групп.

Подача заявки на участие включала работу Джоан со своим терапевтом, чтобы: а) разработать соответствующие поправки в отношении ее поведения; и б) придумать план, как Справиться заранее, чтобы это не повторилось в новой группе. Эти требования следовали поведенческому принципу сверхисправление ущерба, в соответствии с которым Джоан попросили написать письма-извинения группе и обиженной клиентке и неоднократно практиковать свой план, как Справиться заранее. План включал обращение внимания Джоан на признаки своего гнева. Она часто испытывала раздражение в отношении других членов группы, но не замечала его, пока оно не становилось слишком интенсивным для того, чтобы с ним можно было эффективно справляться. Значительная часть этой предварительной работы включала обращение к телесным ощущениям эмоционального возбуждения, путем использования навыка осознанности — “наблюдения”. Впоследствии Джоан практиковалась в дыхании, мышечном расслаблении и других стратегиях снижения возбуждения, которые могут быть использованы в групповом контексте, навыках отвлечения для перенаправления внимания от вызывающих гнев стимулов, а затем — в навыке Противоположного Действия [Linehan, 1993a, 1993b] для выработки сострадания к тем, кто ее раздражал. Джоан успешно претворила этот план в жизнь и, хотя она действительно периодически вовлекалась в дезорганизирующее поведение в группе, ее словесная агрессия прекратилась, и она “выпустилась” из группы через четыре месяца.

## Избегание провоцирующих гнев ситуаций

Одна типичная интервенция в подходах к управлению гневом включает обучение “устранению стимула”; эта стратегия также является одним из шагов в ДБТ-навыках противоположного действия в применении к гнев, который включает в себя “осторожное избегание” провоцирующих гнев людей или событий [Linehan, 1993b, 2015]. Клиент осторожно избегает провоцирующих гнев событий, например, мягко выходя из ситуации или используя тайм-аут при вовлечении в межличностный конфликт, избегая электронных писем или текстов, которые провоцируют гнев (временный отказ от электронных устройств), избегая людей, рядом с которыми он испытывает злость, и даже осторожно уходя от злых мыслей, маркируя такие мысли как гневные или навязчивые, и перенаправляя внимание на что-то

отвлекающее в настоящем моменте. Общая стратегия для пар — это побудить партнеров взять тайм-аут, когда гнев интенсивен до такой степени, что это мешает обсуждению. Два важных правила относительно тайм-аутов: а) оба партнера должны заранее договориться о времени ожидания; и б) они должны согласиться возобновить разговор, как только успокоятся и смогут эффективно разговаривать. Иногда триггеров трудно избежать, и в таких случаях клиентов часто учат делать отсрочки, прежде чем отвечать (например, считать до 20, прежде чем говорить или делать что-либо), временно уходить в другую часть дома или комнаты, или использовать стратегии ментального отвлечения для временного отключения внимания от вызывающей гнев ситуации или события.

Когда речь идет о связанном с гневом ПТП, эта стратегия может быть полезна, если клиент не может вести продуктивную дискуссию с терапевтом (из-за высокого уровня гнева), а попытки отрегулировать гнев оказались неудачными. Терапевт и клиент могут, например, применить стратегию тайм-аута, при которой клиент берет короткий перерыв, чтобы отрегулировать гнев, и затем возвращается к сеансу. Другая стратегия состоит в том, чтобы временно избежать обсуждения вызывающей гнев темы, с пониманием, что к этим темам они постепенно будут возвращаться позже. В групповом сеттинге клиент может временно уйти, попрактиковать стратегии регулирования эмоций, а затем вернуться в группу.

## **Уменьшение физиологического возбуждения**

Гнев может быть интенсивной, мотивирующей эмоцией, влияющей на внимание, мышление и умение клиента мягко общаться. В результате даже способные клиенты (или терапевты) могут оказаться неумелыми, когда злятся. Проблема состоит не в том, что клиент не может или не хочет общаться невраждебным образом; скорее, клиент слишком расстроен, чтобы здраво мыслить. Стратегии уменьшения возбуждения могут помочь клиенту довести эмоциональное возбуждение до степени, при которой он сможет мыслить ясно и действовать эффективно. Кроме того, гневное поведение иногда работает на то, чтобы подавить эмоциональное возбуждение (снизить напряжение, “выпустить пар”), и клиентам может быть полезно иметь в доступности альтернативные стратегии снижения возбуждения.

В ДБТ один из наборов физиологически ориентированных навыков, который может быть особенно эффективным для гнева — это навыки

ТРУД. Акроним ТРУД означает: Температура, Релаксация (прогрессивная мышечная релаксация), Упражнения и Дыхание [Linehan, 2015]. Навык Температура включает в себя стратегии, регулирующие возбуждение путем изменения температуры тела. Один из способов сделать это — погрузиться лицом в миску с ледяной водой: стратегия, призванная вызвать рефлекс ныряльщика и стимулировать активность в парасимпатической нервной системе (системе “отдыха и переваривания”). Другими стратегиями могут быть прикладывание к лицу пакетов со льдом, прием теплых ванночек для ног с ароматерапевтическими маслами (например, лавандой), теплый или холодный душ либо другие действия для изменения температуры тела. Расслабление мышц, в том числе прогрессивная мышечная релаксация, используются уже на протяжении десятилетий [Goldfried & Davison, 1976], чтобы помочь клиентам уменьшить нежелательное состояние возбуждения, и обычно предполагает последовательное напряжение изолированных мышц примерно до трех четвертей их возможного напряжения в течение 5–10 секунд, за чем следует снятие мышечного напряжения (расслабление) в течение примерно 20 секунд. Этот процесс обычно повторяется по два раза для каждой группы мышц. После многократного применения этого навыка клиент может также связать определенное слово (например, спокойствие или мир) с расслаблением, таким образом, что слово может, в конечном итоге запускать процесс расслабления в случаях, когда более формальная практика этого навыка была бы невозможна (например, собеседование). Эта стратегия называется стимульно контролируемой релаксацией. Упражнения — если они неагрессивные (то есть не включают удары кулаком, пинки или другие агрессивные упражнения), могут быть использованы для уменьшения вызванного гневом возбуждения. В дополнение к этому другие стратегии релаксации могут включать диафрагмальное [Hazlett-Stevens & Craske, 2008] или ритмичное Дыхание [Bornas et al., 2006].

Клиенты много раз тренировались использовать эти стратегии в группах и индивидуально, когда гнев являлся препятствующим терапии поведением. Мы часто описываем эти физические стратегии для клиентов как стратегии слишком-расстроено-чтобы-думать, используемые, когда гнев и другие эмоции слишком сильны для адаптивного решения проблем. Кроме того, полезно дать понять клиентам, что эти стратегии не решают проблем, приводящих к гневу, но они позволяют клиентам вернуться к проблемам позже с более ясным умом.

## Повышение эффективности общения

Одна из основных функций любого эмоционального поведения — это общение. Поэтому эффективные стратегии по снижению ПТП, связанного с гневом, часто включают обучение и тренировку клиента в использовании определенных навыков ассертивности для сообщения о своих потребностях. В следующем примере показано, как терапевт может тренировать клиента в конкретных межличностных навыках ДБТ — навыках под названием ПРОСИ\_ТАК [Linehan, 1993b, 2015].

**Клиентка.** *(Кажется сердитой, лицо красное, руки напряжены.)* Я думаю покинуть группу. Я больше не вижу смысла ходить туда.

**Терапевт.** Первый раз слышу подобное. Что случилось с группой?

**Клиентка.** Я ухожу каждую неделю после группы и пытаюсь сделать домашнее задание, и на самом деле понятия не имею, о чем вы, ребята, говорите. Затем, когда я не могу сделать домашнее задание, вы все спрашиваете меня почему — при всех. Это совершенно непрофессионально, и я не понимаю, почему я должна продолжать приходить.

**Терапевт.** ОК, мне кажется, что вы очень разочарованы этим. И я могу понять, что, по вашему мнению, мы даже не даем вам то, что нужно для выполнения домашнего задания, а потом спрашиваем, почему вы его не сделали. Это очень разочаровывает.

**Клиентка.** Ну, вот именно это и происходит. Как будто я даже не получаю шанс задать вопросы, а затем ухожу в полном замешательстве.

**Терапевт.** Я согласен, что это не рецепт успеха в группе. И я очень хочу, чтобы вы ходили в группу и изучали все навыки, которым мы пытаемся обучить вас. Итак, мы должны придумать способ, чтобы это для вас работало. На самом деле, если подумать, это может стать для вас отличной возможностью практики в навыках межличностной эффективности, о которой мы говорили пару недель назад.

**Клиентка.** Ну, наверное, но я не уверена, что понимаю, о чем вы говорите. Хорошо, так, а вы помните навыки ПРОСИ\_ТАК?

**Терапевт.** Я помню ПРОСИ\_ТАК, но у меня действительно не было возможности попрактиковаться в этом.

**Клиентка.** О, почему бы вам не попробовать сейчас, с моей помощью? Вот первая буква: П означает “Проговори факты”, а Р означает...

**Терапевт.** “Расскажи, что чувствуешь”. Помните?

**Клиентка.** Конечно.

**Терапевт.** Давайте начнем с этих двух, проговорим и расскажем. Почему бы вам не воспользоваться шансом и не начать. Я знаю, вы только что рассказали, почему расстроены, но я был бы рад, если бы вы могли использовать эту возможность попрактиковаться.

**Клиентка.** Хорошо, описать, да? Ну, я выхожу после группы в состоянии замешательства и непонимания навыков. Затем, когда я сажусь, чтобы сделать домашнее задание, я не знаю, что я делаю. Это очень разочаровывает!

**Терапевт.** ОК, у вас здорово получилось! Вы описали ситуацию и свои эмоциональные реакции действительно ясно и емко, и вы исключили оценочные суждения или раздражительные утверждения, о которых мы говорили в группе — это нелегко делать, когда расстроен или зол, правда?

**Клиентка.** Хорошо, ну, спасибо.

**Терапевт.** Следующая буква — это О, или “Объясни, что нужно”. Задумайтесь на мгновение о том, есть ли что-то, что вы хотели бы попросить меня делать по-другому. Я не могу обещать, что смогу сделать это наверняка, но вы можете спросить, и мы можем это обсудить.

**Клиентка.** ОК, но я на самом деле не очень сильна в просьбах. Хм, не могли бы вы переспрашивать меня или других участников группы, время от времени, чтобы удостовериться, что я понимаю, о чем вы говорите, и знаю, что должна делать дома? Я думаю, это помогло бы мне не уходить с занятий в замешательстве. Иногда я немного стесняюсь говорить и задавать вопросы.

**Терапевт.** Конечно, я мог бы это делать, и я скажу об этом Барб (*ведущей группы*) тоже, если вы не против, — чтобы она тоже могла это делать. Вы знаете, для того, кто говорит, что не разбирается в навыках, у вас очень хорошо получается! Вы попросили конкретно о том, чего хотите, и помимо этого, вы даже придумали возможное решение проблемы. Вы также использовали четвертую букву С, без моей просьбы. Вы помните, что означает С?

**Клиентка.** Сказать о награде или подкреплении, что-то вроде этого?

**Терапевт.** Точно. С — это “Упреждающая награда”. Это означает, что вы говорите человеку, в чем будет польза для него, если он сделает то, о чем вы просите. В нашем случае вы знаете, что я хочу, чтобы вы преуспели и освоили навыки. Я не хочу, чтобы вы уходили озадаченной. И вы даете мне знать, что я мог бы помочь с этим, делая то, что вы просите. И сразу я становлюсь гораздо больше замотивированным в том, чтобы выполнить вашу просьбу. Видите, насколько здорово это может работать, лучше, чем другая ваша стратегия — сказать, что мы непрофессиональны, — для получения того, что вы хотите?

## Построение эмпатии и перспективы

Одна из стратегий противоположного действия для гнева в ДБТ состоит во возвращении клиентом в себе чувства сострадания к человеку, на которого он злится [Linehan, 1993b, 2015]. Эта стратегия включает в себя принятие клиентом точки зрения другого человека, видение мира его глазами и попытку понять, что другой человек может чувствовать, думать или действовать определенным образом. Сочувствие и сострадание часто несовместимы с гневом и могут приводить к его снижению. В контексте ПТП, если клиент злится на терапевта, терапевт может предложить клиенту понять его точку зрения. Один из способов сделать это — буквально поменяться местами и сделать так, чтобы клиент притворился терапевтом. Еще одна стратегия для терапевта — занять позицию включенности и самораскрытия, где он сообщает о своих реакциях в данной ситуации, например, “Я понимаю, что вы чувствуете себя обиженным и злым из-за моего отсутствия на следующей неделе, и я также замечаю, что мне больно и немного страшно, когда вы повышаешь на меня голос”.

Часто клиенты, которые кажутся бессердечными и неинтересующимися чувствами других, становятся на удивление обеспокоенными, когда их терапевты выражают уязвимость таким образом. Одна из наших коллег недавно встречалась с пациенткой, которая неоднократно подвергала терапевта резкой критике, и когда терапевт заявила, что она чувствует себя обиженной, когда клиентка описывает свое мнение таким образом, клиентка немедленно отступила, попросила прощения и сказала, что она никогда не хотела никого обидеть.

## **Подходы, ориентированные на ролевую игру, и экспозиционные стратегии**

Хотя в краткосрочной перспективе может быть полезно поощрять клиентов избегать вызывающих гнев событий, в долгосрочной перспективе для них будет полезно узнать, как выдерживать эти события и последующие гневные реакции, не действуя дисфункционально. Это подводит нас к принципу (который мы обсуждали ранее) неудаления стимула. По сути, когда предоставляется выбор между избавлением от стимула, вызывающего эмоциональный стресс, и помощью клиенту в том, чтобы терпеть и эффективно справляться с этим, наиболее действенным может быть последнее, поскольку реальный мир полон стимулов для гнева. Этот подход согласуется с подходами к эмоциям, ориентированным на экспозицию и на принятие.

Интервенции, делающие акцент на экспозиции, оказались многообещающими в терапии гнева [Brondolo, DiGiuseppe, & Tafrate, 1997; Tafrate & Kassino, 1998]. Как сказано в главе 3, экспозиционные интервенции обычно включают в себя создание условий для столкновения клиента со стимулами, которые вызывают сильное эмоциональное возбуждение и следующее за эмоциями поведение. Цель экспозиционной терапии для клиента — обучиться построению новых ассоциаций в отношении провоцирующих событий так, чтобы ранее угрожающее событие (например, столкновение с пауком) имело более широкий спектр выученных ассоциаций [Abramowitz, 2013; Bouton, 1988]. В случае боязни пауков ассоциация их с угрожающими последствиями (например, быть укушенным, зараженным или пострадавшим) может сохраняться, но клиент при этом обучается “безопасным” ассоциациям.

Точно так же с гневом: экспозиционные интервенции направлены на то, чтобы помочь клиенту: а) выучить новые ассоциации с провоцирующими гнев событиями, уходить от угрозы, неудобства или вреда к относительной



безопасности; и б) уменьшить проблемное поведение, связанное с гневом. Экспозиционные вмешательства для гнева, как правило, включают в себя многократные экспозиции с событиями, провоцирующими гнев, наряду с ограничением вовлечения клиента в проявления или действия, следующие за гневом, и, как следствие, способствующие подкреплению этих действий [Tafrate & Kassinove, 1998]. Один из примеров такого подхода — словесные колкости или короткие заявления, которые вызывают гнев [Kassinove & Tafrate, 2002].

Другой подход, который включает элементы экспозиционной терапии и обучения навыкам — это участие в ролевых играх, вызывающих гнев. Терапевт берет на себя роль человека, который занимается провоцированием гневного поведения, обучая при этом клиента тому, как эффективно справляться с триггером (например, через снижение возбуждения, дыхание и другие навыки) и эффективно общаться в процессе гневной реакции. Такой подход, при котором терапевт побуждает клиента к умелому поведению, может послужить в качестве и стратегии оценки (чтобы лучше понять, какие именно факторы вызывают гнев и что испытывает клиент), и практики нового поведения для клиента. Терапевт также может моделировать эффективное поведение и тренировать клиента, обеспечивая ориентированную на поведение обратную связь [Farmer & Chapman, 2016].

## Отпускание гнева и обиды

Постоянное негодование или гнев в отношении прошлых событий, направленные на терапевта или других, могут препятствовать терапии. В этих случаях терапевту особенно важно оценить и понять функции и поддерживающие факторы постоянного гнева. Часто руминации, повторяющиеся мысли и удержание обиды в отношении прошлых событий работают на поддержание гнева в настоящем и усиливают уязвимость к гневному или агрессивному поведению. Постоянные гнев и обида также могут помочь клиенту избегать других эмоций, таких как стыд или грусть. В этих случаях стратегии осознанности могут помочь клиенту уменьшить руминации [Teasdale et al., 2000], обращать внимание на деятельность в настоящем моменте, а также испытывать и переживать первичные эмоции, заблокированные гневом. Интервенции, направленные на постоянный гнев, также включают отпускание клиентом обиды и желания возмездия, мести или справедливости и переход от оценки себя как жертвы — как к выжившему [Farmer & Chapman, 2016]. Кроме того, как упоминалось ранее, клиенту

может быть полезным посмотреть на ситуацию с позиции человека, на которого он злится, чтобы лучше понять его поведение и, возможно, взрастить в себе сочувствие или сострадание.

## **Стратегии, направленные на управление обуславливающими последствиями**

Другой полезный набор стратегий для ПТП, связанного с гневом, включает управление обуславливающими последствиями. Как уже говорилось в главе 3, первый шаг здесь — определение того, какое поведение следует увеличивать и какое — уменьшать. Иногда в случае с гневом поведение, которое требуется уменьшить, довольно очевидное — крики, угрозы, замалчивание проблемы, жалобы, критика и так далее. Чтобы определить поведение, которое необходимо увеличить, терапевт должен обратиться к функции гневного поведения. Работает ли гневное поведение клиента (например, крики, молчание, резкая критика) на то, чтобы вызвать подкрепление того терапевтического отношения, которое клиент не получает, когда общается по-другому?

Одним из способов использования управления обуславливающими последствиями является погашение гневного поведения и обеспечение дифференциального подкрепления другого или альтернативного поведения [Farmer & Chapman, 2016]. Иногда гневное поведение действует на то, чтобы направить обсуждение в другое русло или приостановить текущее решение проблемы или ее обсуждение. Когда это так, терапевт может осторожно игнорировать гневное поведение и возвращаться к текущей теме. Если клиент вовлекается во враждебное поведение во время сессии, терапевт может в значительной степени игнорировать это поведение, подкрепляя только появление более умелого, альтернативного поведения. Иногда это включает в себя выборочное обращение внимания и реагирование только на некоторые аспекты того, о чем говорит клиент. Например, клиент на групповой сессии может сказать: “Все эти навыки осознанности бесполезны! В этом нет никакого смысла, и я не знаю, почему мы продолжаем об этом говорить. Я просто ничего не понимаю, и это сводит меня с ума!” Один из вариантов для терапевта — обратить внимание на обоснованные эффективные аспекты коммуникации клиента (сообщение о том, что непонимание навыков сводит его или ее с ума) и в значительной степени игнорировать более резкие высказывания (например, что эти навыки бесполезны). Терапевт может сказать, например, следующее:

*“Вы не понимаете суть, и это действительно расстраивает. Я очень хорошо это понимаю. Могло бы помочь, если бы мы потратили немного больше времени на обсуждение того, что это за навыки и как они должны работать. Для начала, есть ли у вас какие-то конкретные вопросы?”*

Работая с клиентом, который угрожает показать какое-то поведение, приносящее ущерб, терапевту нужно найти баланс между управлением рисками и тем, чтобы избежать подкрепления такого рода экстремального поведения и угроз. В первое время, когда подкрепление исчезает, интенсивность или демонстрация разнообразных форм этого поведения может временно усилиться — это так называемая вспышка при угасании ответа [Miltenberger, 2011]. При попытке избежать подкрепления вспышки гнева у ребенка в продуктовом магазине, родитель может заметить, что ребенок на какое-то время увеличивает интенсивность своих реакций, совершает еще что-нибудь неприятное и так далее — до тех пор, пока не поймет, что вспышки гнева не работают (например, что он не получает печенье, которое ему запретили). В случаях, когда вспышка при угасании ответа может заключаться в серьезном самоповреждающем или суицидальном поведении, терапевт должен найти сложный баланс между избеганием усиления угрожающего поведения и эффективным управлением рисками. Примером может служить клиент, который заявляет: “Я убью себя, если вы не будете отвечать на мои звонки, пока находитесь в отпуске”. Поведение, которое здесь нужно уменьшить, — это угрозы самоубийства. Нет простого решения этой проблемы, но терапевт может оставаться сосредоточенным на поведении, которое он хочет видеть у клиента, — такое как эффективная передача мыслей и чувств о недоступности терапевта, а затем побудить к осуществлению этого поведения, например, заявляя следующее:

*“Можем ли мы немного перемотать назад? Я вижу, что для вас это действительно важно, но я хотел бы услышать, какие чувства это у вас вызывает, без угроз. Я готов выслушать вас и поговорить об этом, но не в том случае, если вы собираетесь угрожать убить себя. Давайте начнем сначала. Расскажите мне, как вы относитесь к тому, что я не буду доступен во время отъезда?”*

Эта ситуация предоставляет клиенту возможность научиться выражать и обсуждать свои чувства эффективно, без угроз самоубийства. При этом у терапевта, конечно, должен быть адекватный кризисный план, надежная оценка риска самоубийства и знание того, когда и как должны быть приняты дополнительные меры для обеспечения безопасности клиента.

## Управление агрессивным или угрожающим поведением во время сессии

Иногда гневное поведение может включать в себя агрессию, угрозы или другие подобные действия, которые должны быть немедленно прекращены для обеспечения безопасности или предотвращения дальнейшего повреждения. В этих случаях главные приоритеты терапевта — это: а) максимизировать безопасность клиента, терапевта и других клиентов, если требуется; б) прекратить и предотвратить продолжения; и в) выявить и усилить альтернативное поведение. Терапевт должен найти баланс между твердостью в сообщении, что такое поведение должно прекратиться, и сострадательной и неосуждающей позицией. Один из способов сделать это — сразу же подчеркнуть поведение (например, “Вы угрожаете причинить мне вред”, “Я вижу, что вы подняли кулаки”) и проинструктировать клиента, как остановиться (например, “Я бы хотел, чтобы вы опустили руки, положили их на колени и разжали ладони”, “Хорошо, начните сначала. Пожалуйста, скажите то, что хотите мне сказать, но пропустите часть о причинении мне вреда”). Еще один пример:

*“Хорошо, во-первых, нужно прекратить угрозы. Когда вы угрожаете причинить мне вред, я чувствую страх и разочарование, и в конечном итоге сосредотачиваюсь на том, как защитить себя, а не как помочь вам. Вы испытываете большую боль, и вам нужно, чтобы я сосредоточился на том, как вам помочь. Итак, давайте начнем сначала то, о чем вы говорили, без угроз, и если вам трудно донести это до меня, я помогу найти способ”.*

Предположим, что клиент прекратил угрожающее поведение — тогда далее роль терапевта будет заключаться в том, чтобы обучить клиента, как применять навыки для регулирования и выдерживания эмоций или более эффективно сообщать о своих потребностях. Как обсуждалось ранее, в идеале со своей стороны терапевт должен был бы обеспечить естественное положительное подкрепление того, что клиент стал вести себя более эффективно, например, проявлять повышенную теплоту, невербально сообщать о заинтересованности, кивать — в надежде, что это послужит подкреплению альтернативного поведения (для дополнительных примеров [Farmer & Chapman, 2008, 2016; Kohlenberg & Tsai, 1991]).

Также вероятно, что угрозы или словесная и физическая агрессия, из-за их крайности и возможной опасности для терапевта, могут перейти

допустимые границы для терапевта или предполагать, что клиенту понадобится уже иной уровень ухода. Один из наших коллег, например, встречался с клиенткой, которая с трудом справлялась с жизнью вне учреждений (как судебных, так и психиатрических). Она страдала от преходящих психотических симптомов, у нее было диагностировано ПРЛ, она неоднократно вовлекалась в серьезные попытки самоубийства и ранее имела историю нападения на специалиста, оказывающего помощь. В начале лечения врач провел тщательную оценку риска, просмотрел имеющиеся файлы, оценки и отчеты и обсудил свои ограничения в отношении физической и словесной агрессии. Терапевт и клиентка также разработали план того, что она может делать (и, в частности, какие навыки ей следует практиковать), если она будет чувствовать агрессивные побуждения во время групповых занятий (что часто случалось в прошлом). К сожалению, однажды клиентка пришла в замешательство по поводу взаимодействия с кем-то из медперсонала. Когда терапевт попытался помочь ей лучше понять ее эмоциональные реакции, она стала вести себя взволнованно, ерзать, смотреть в сторону, и сказала: “Почему вы продолжаете говорить это?!” Внезапно она встала и бросилась на терапевта, прижав его к креслу. Он вышел из ситуации, сообщил об этом сотрудникам, которые занимались уходом за ней, и объяснил клиентке, что он, возможно, не захочет продолжать видеть ее на лечении, но сначала обсудит ситуацию со своей командой. Команда оказала поддержку терапевту и помогла в обдумывании плюсов и минусов работы с этой клиенткой. Они также обсудили, какие факторы должны быть обеспечены, чтобы работа с этим человеком была безопасной и эффективной. В конечном итоге они все-таки решили, что ее потребности будут лучше удовлетворены в другой обстановке. Как в этом примере, мы настоятельно рекомендуем терапевтам, работающим с агрессивными клиентами, обращаться за поддержкой, консультацией и помощью к коллегам — как в отношении эмоциональной нагрузки, которой требует данный тип работы, так и в помощи в принятии взвешенных решений и в осуществлении наиболее эффективного плана действий.

Хотя это встречается довольно редко, иногда терапевты оказываются в ситуациях, когда клиент становится физически агрессивным — либо угрожает этим. В некоторых случаях таких ситуаций можно избежать, если терапевт замечает признаки усиления возбуждения по мере их возникновения. Ниже приведены несколько “подсказок” о том, как эффективно управлять клиентами, которые вовлекаются в угрожающее поведение.

- Используйте спокойный, но твердый тон голоса. Немного понизьте тон, чтобы клиент перестал кричать или демонстрировать другие схожие проявления, и оставайтесь твердым и решительным.
- Используйте имя клиента, чтобы привлечь его внимание, но избегайте чрезмерности или излишне успокаивающего или покровительственного тона.
- Примите уверенную прямую осанку и установите соответствующий визуальный контакт.
- Попросите клиента прекратить поведение и сразу же поспособствуйте новому альтернативному поведению.
- Перенаправьте клиента на другую — в идеале отвлекающую — тему или деятельность.
- Обеспечьте клиенту тренировку и помощь в том, как останавливаться, как выдерживать свой уровень напряжения и как демонстрировать альтернативное поведение. Стратегии релаксации, такие как прогрессивное расслабление мышц или диафрагмальное дыхание, а также самоуспокоение, могут помочь уменьшить гнев и возбуждение в ситуации. Кроме того, физические стратегии (такие как упражнения, пакет со льдом в руках или брызги холодной водой на лицо) также эффективны.
- Ориентируйте клиента на поведенческие навыки, которые он может использовать, чтобы регулировать и выдерживать напряжение, и активно способствуйте проявлению этого поведения в настоящем моменте.
- Если поведение клиента продолжается или обостряется, рассмотрите следующие варианты: а) попросить клиента уйти и попрактиковать навыки, чтобы отрегулировать эмоции, прежде чем возвращаться к разговору; б) создать пространство между клиентом и собой, используя предметы или мебель в комнате, если это необходимо; и в) выйти из комнаты и найти коллегу или охранника, с которым можно проконсультироваться.

## Особые стратегии для групповой терапии

Гневное поведение иногда встречается в группе и может производить деморализующий эффект как на членов группы, так и на терапевтов. В этой

части мы прокомментируем стратегии, которые терапевты используют для групп, похожих по целям и формату на группы обучения навыкам DBT [Linehan, 1993b, 2015]. Поведение в группе, связанное с гневом, может включать в себя отказ говорить, критику терапевтов или клиентов, уход из группы в бешенстве и просто выход из комнаты, использование словесной агрессии или осуждающих высказываний, физическую агрессию.

Есть несколько ключевых принципов, которые следует учитывать при подчеркивании гневного поведения в группах и управления им. Во-первых, в идеале акцент должен быть сделан в легкой форме, чтобы не вызвать стыд или смущение. Для этого подойдут провокативность, юмор, констатация неожиданности, использование осторожного тона голоса или выделение невербальным или менее очевидным образом.

Во-вторых, терапевт должен помнить иерархию лечения в применении к группам. В отличие от индивидуальной терапии, где опасное для жизни поведение является наивысшей приоритетной целью, в группах ДБТ главным приоритетом является разрушающее терапию поведение (когда это актуально), за которым следуют поведенческие навыки и поведение, препятствующее терапии. *Разрушающее терапию поведение* — это то, что препятствует эффективному функционированию группы. Это может быть словесная агрессия, крайне осуждающие утверждения или угрозы другим членам группы, непристойное или похотливое поведение, физическая агрессия по отношению к терапевту и так далее. Главным приоритетом в этих случаях является прекращение поведения; следовательно, терапевт будет использовать стратегии и советы, обсужденные ранее, и если поведение является серьезным или клиент не останавливается, он может попросить клиента покинуть комнату или группу. Если, однако, гневное поведение клиента мешает его лечению, но не угрожает процессу групповой терапии, терапевт может временно игнорировать поведение — в надежде, что это может прекратиться. Если этого не происходит, терапевту, возможно, придется принять клиента во время перерыва, чтобы обучить его стратегии лучшего управления гневом в группе. Также может быть полезно побудить клиента на занятиях с его индивидуальным терапевтом посвятить больше времени обучению тому, как проходить групповые занятия более эффективно.

В-третьих, для терапевта важно помнить, что основная цель обучения навыкам состоит в том, чтобы группа клиентов им научилась. Таким образом, если поведение клиента мешает другим освоить навыки или если оно вызывает серьезную фрустрацию или деморализацию у других клиентов

или терапевтов, такое поведение должно быть рассмотрено, и лучше раньше, чем позже. Предотвращение обострения проблем должно быть основной целью. Для обеспечения эффективной профилактики терапевт должен быть внимательным и наблюдательным в отношении поведения клиента и учитывать потенциальное долгосрочное воздействие такого поведения, если оно будет сохраняться или усугубляться. Ниже приведен пример поведения клиентки, делающей радикальные и гневные заявления (наряду со вздохами, закатыванием глаз и так далее) о навыках, которые она изучала в одной из наших групп.

**Терапевт.** Вы знаете, я могу сказать, что вам действительно трудно усвоить навыки осознанности, и я очень хочу помочь вам с этим. Проблема с моей стороны в том, что тот бурный способ, которым вы выражаете свое разочарование, может стать проблемой. Подумайте, каково было бы вам, если бы вы были в классе, и один ученик говорил профессору: “Этот материал — ну просто отстой! Я ничему не учусь!” Как бы вы начали себя чувствовать, будучи студентом?

**Клиентка.** Думаю, мне было бы тяжело, и я была бы раздражена этим человеком. Типа того, почему он не может просто оставить свои комментарии при себе или поговорить с профессором, или вроде того.

**Терапевт.** Точно. Я думаю, вам, вероятно, тоже будет нелегко сосредоточиться на занятии, когда кто-то так делает. Поэтому я беспокоюсь об этом в нашей группе. Нормально чувствовать себя разочарованным в том, что касается каких-то навыков; многие люди испытывают это, и поначалу им трудно понять осознанность. При этом я думаю, нам нужно поработать над тем, чтобы вы говорили об этом иначе. Как вы могли бы сказать это по-другому?

**Клиентка.** Я думаю, я просто расстроена, потому что я ждала этого лечения и, действительно, думала, что это может помочь мне, а я так мучаюсь. Просто это так сложно, я просто не могу получить пустой разум.

**Терапевт.** Я знаю, что вы так долго нуждались в помощи, и мысль, что вы даже не можете в полной мере воспользоваться этим,



должно быть, деморализует вас. Но, секундочку — вы сказали, что думали, что должны иметь пустой разум?

**Клиентка.** Да, я имею в виду разве не осознанность — это не про то?

**Терапевт.** ОК, я вижу, в чем здесь проблема. Я практикую осознанность в течение 15 лет и могу с уверенностью сказать, что моя голова крайне редко бывает пустой! Давайте поговорим о том, что такое осознанность на самом деле.

## Движемся вперед

При управлении ПТП, связанном с гневом, существует несколько важных принципов, которые следует помнить. Во-первых, может быть эффективным подходить к гневному поведению с позиции регулирования эмоций. Во-вторых, помните, что гневное поведение часто выполняет важные социальные и поведенческие функции. В-третьих, для терапевта важно поддерживать диалектическую позицию, следя за тем, чтобы удерживать баланс между принятием и изменением, признавать одновременную функциональность и дисфункциональность гневного поведения, вставать на место клиента и понимать его опыт, и поддерживать желание клиента работать над гневом и уметь отпускать это. Стратегии уменьшения связанного с гневом ПТП (и проблемы с гневом в широком смысле) часто включают в себя сначала наблюдение и описание терапевтом поведения — конкретно и без осуждения, с четким акцентированием и точной оценкой поведения (например, с помощью функционального анализа), поиском возможностей для поддержки эффективных аспектов реакции клиента. Тренировка навыков может помочь клиентам уменьшить уязвимость и физиологическое возбуждение, связанное с гневом, и заменить гневное поведение эффективной коммуникацией. Другие интервенции могут поощрять формирование перспективы, отпускание обид и терпимость или уменьшение гнева через экспозиционные подходы. Пристальное внимание к обуславливающим последствиям внутри и за пределами терапевтических отношений могут также способствовать эффективной работе над ПТП, связанным с гневом. И наконец, мы обсудили несколько стратегий управления агрессивным или угрожающим поведением, которые более специфичны для групповой терапии.

# 8

## Как противостоять препятствующему терапии поведению

“Вы не возражаете, если я выпью это пиво здесь?” Это были первые слова, которые услышал один из авторов в самом начале первой групповой психотерапевтической сессии, проведенной им в аспирантуре. Это была группа обучения навыкам диалектической поведенческой терапии (ДПТ), и клиент был одним из самых трудных для лечения людей, которых можно себе представить. “Алисия” была испаноязычной матерью-одиночкой в возрасте около 45 лет, она соответствовала полному набору диагностических критериев пограничного расстройства личности (ПРЛ), злоупотребления разными видами наркотиков, посттравматического стрессового расстройства и, как оказалось, диссоциативного расстройства личности. Она была ожесточена из-за непрекращающейся серии жизненных травм (сексуальных, физических, эмоциональных), с детства и на протяжении всей ее жизни. Когда вы слушали ее историю, возникало ощущение, что с ранних лет ее жизнь была безвозвратно омрачена, тьма следовала за ней по пятам, со временем лишь изменяя форму и размер, но никогда не оставляя ее одну. Она беспощадно подвергалась хроническому и безжалостному сексуальному насилию в детстве, эмоциональной инвалидации и частым избиениям со стороны отца, а также была изнасилована на протяжении ее юности и зрелости по меньшей мере дюжиной мужчин.

Во время всех этих страданий у Алисии не было выбора, кроме как адаптироваться, учиться избегать, хотя бы временно. Использование наркотических веществ, диссоциация, попытки самоубийства и суицидальное самоповреждение стали ее основными способами справиться с острым эмоциональным стрессом. Задолго до того дня, когда она попросила разрешения пить пиво в процессе групповой терапии, это стало ее стратегией выживания. С точки зрения ДПТ она, с одной стороны, делала

все возможное, учитывая все, что она вынесла, а с другой стороны, ей нужно было научиться более подходящим способам борьбы со стрессом.

Алисия была госпитализирована в психиатрические стационары бесчисленное количество раз, была известна сотрудникам отделения неотложной помощи всего региона из-за ее попыток получить обезболивающие препараты, была безработной, у нее было мало друзей, и она была существенно эмоционально лабильной и импульсивной. В любой момент во время психотерапии она могла быстро перейти от экспансивной эмоциональной бесвязности к диссоциативной неподвижности с каменным лицом или любому промежуточному варианту. Она могла быть как спокойной и серьезной, так и взволнованной, непредсказуемой или легкомысленной. Находясь в комнате с Алисией, можно было ощутить, что она просто может сказать или сделать все что угодно. Интересно, что, как бы ни мешали терапии ее действия, они никогда не казались преднамеренным. Было легко увидеть, что ее препятствующее терапии поведение (ПТП) имело смысл, каким бы вопиющим и ошеломляющим оно ни было.

Жизненный опыт Алисии, несомненно, повлиял на ее биологическое состояние. Повторяющиеся травматические переживания и инвалидация на протяжении всей жизни повлияли на основные процессы, необходимые для достойной жизни. Части центральной нервной системы, лежащие в основе ощущений, восприятия, внимания и эмоций, конечно, были видоизменены, и это означало, что можно ожидать ПТП непреднамеренного типа. Так было не потому, что она пыталась манипулировать, а потому что драматические события изменили особенности ее биологии и поведения. В рамках биосоциальной модели Линехан [Linehan, 1993a] ДПТ-терапевты гуманно воспринимают ее ПТП как случайные побочные продукты эмоциональной дисфункции, возникающей в результате всестороннего взаимодействия ее биологической уязвимости и инвалидирующей окружающей среды. Проблемы с регулированием эмоций мешали ей вести себя умело, что мешало миру хорошо на нее реагировать, что усугубило ее эмоциональную дисфункцию, что сделало еще более сложным удовлетворение потребностей в межличностных взаимодействиях и так далее, и так далее. Эти биологически и социально опосредованные влияния порождают друг друга бесконечно, и ее ПТП возникло попутно естественным образом.

Случай Алисии иллюстрирует, как можно безоценочно считать ПТП условной реакцией на раздражители, присущие процессу психотерапии.

Несмотря на то, что ее реакции являются экстремальным примером таких условных реакций, такой способ думать о ПТП позволяет терапевтам комфортно и сострадательно поговорить с клиентами об их ПТП. Она необязательно пыталась препятствовать процессу ее терапии, желая быть такой или этакой или целенаправленно поступая по-своему. Наоборот, один из способов понять, почему разные типы ПТП Алисии были очень вероятны, состоит в том, что ее способность чувствовать, понимать и реагировать на эмоционально заряженные стимулы была серьезно нарушена.

Разговор с ней об этом может быть следующим.

“Алисия, раз уж мы думаем о том, как мы можем совместно планировать способы помочь вам реже диссоциировать здесь, я хотел бы поделиться с вами тем, что я думаю об этом. Насколько я вас знаю, я не думаю, что вы стараетесь диссоциироваться здесь нарочно. Совсем нет. Я думаю, что более вероятно, когда некоторые вещи происходят здесь, вы оказываетесь застигнутой врасплох, и вам трудно понять, как поступить подходящим образом. Так, например, некоторые вещи, которые я говорю или делаю, могут вызвать автоматическую и незапланированную реакцию, которая заставит вас реагировать наилучшим известным вам образом, который может оказаться диссоциацией, побуждением причинить себе боль или другим способом ухода от реальности. Эти способы поведения, препятствующего терапии, имеют много смысла. Словно со временем в силу вашего опыта ваш мозг превратился в длинную антенну, настроенную на обнаружение опасности в вашем окружении. Эта антенна нужна, чтобы защитить вас, и когда она чувствует опасность, эмоциональный центр вашего мозга монополизировать другие части мозга. Это означает, что даже повседневные и неопасные сенсорные сигналы — то, что вы слышите, видите, трогаете, обоняете и пробуете на вкус, — могут быть обработаны как сигналы опасности, как ложные тревоги. Затем ваш мозг активирует свою схему выживания, чтобы защитить вас от вреда. Вот только, когда вы действительно в безопасности, как здесь, со мной, это означает, что ваша схема выживания перегружает некоторые из этих других частей мозга, отвечающих, например, за внимание, мышление и решение проблем. Когда эти части вашего мозга перегружены, вы подвержены риску говорить или делать вещи, которые в конечном итоге мешают терапии, например, диссоциировать. Наша совместная работа заключается в том, чтобы замечать, когда эти вещи происходят, так мы сможем на мгновение эту схему выживания остановить, чтобы уберечь от перегрузки те другие части вашего мозга, и со временем вы научитесь предсказывать эти вещи, и у вас появятся новые

*и более подходящие способы реагирования с использованием ваших навыков ДПТ. Если мы сделаем это хорошо, это будет означать, что поведение, мешающее терапии, такое как диссоциация, мы заметим и изменим здесь, и его будет меньше как во время наших сеансов, так и вне терапии.*

В рамках осмысления ПТП как условных реакций на стимулы, оцениваемые как вызывающие отвращение или опасные, просьбу Алисии пить алкоголь в процессе групповой психотерапии можно рассматривать как ПТП, так и как способ справиться с неприятными внутренними переживаниями, вызванными при входе в помещение с незнакомым терапевтом-мужчиной. Озадачивающий терапевтический ответ на ее вопрос был непочтительным: “Нет, вы не можете”. Но это привело к тому, что другие участники группы отвлеклись от разговора друг с другом. К счастью, более старший котерапевт взял на себя инициативу и начал практику осознанности, стандартный способ начать группу. Все быстро затихло. ПТП не столкнуло с рельсов групповой процесс.

В течение следующих нескольких лет ПТП Алисии в группе продолжалось. Оно было непредсказуемым, часто поражающим клиентов и котерапевтов своей интенсивностью и разбросом. Ее ПТП включало среди прочего мгновенное и, казалось бы, неспровоцированное беспокойство, невосприимчивость и диссоциацию, импульсивное поведение, безутешные рыдания и неадекватное обращение с границами других участников группы. Был исследован вопрос о том, не было ли это обусловлено культурой, было принято во внимание и то, что она американка мексиканского происхождения во втором поколении. Важно отметить, что Алисия была столь же симпатична, сколь и нарушена. Когда у нее был период просветления, она была неудержимо милой, нежной, благодарной за лечение и даже полной надежд. К сожалению, с ее точки зрения она не жила достойной жизнью. Алисия усвоила, что иногда физическое спасение от острых негативных эмоций — не выход. Частота таких мучительных моментов в раннем возрасте научила ее включать диссоциативный переключатель, чтобы уменьшить острый психологический стресс. Ее основное альтер эго, Энтони, развивался в основном, как ее защитник, как ее способ преодолевать ежедневное эмоциональное страдание, союзник, готовый помочь в случае непредсказуемого и неконтролируемого травматического события. Часто во время сеансов групповой терапии на лице Алисии были видны признаки надвигающейся диссоциации, которая продуцировала Энтони. Во-первых, ее глаза начинали смотреть, как будто сквозь стены клиники, куда-то вдаль. Затем ее

бесстрастное пустое выражение лица как будто резко сменялось на неистовое стаккато конвульсивного мигания. Это ПТП длилось от 10 до 20 секунд. Когда диссоциация приближалась, Алисия казалась воздушным шаром, который, будучи отвязанным, готов был поддаться ветру и уплыть, чтобы вернуться на землю где-то далеко. Когда это ПТП завершалось, все в ее поведенческом ассортименте было предсказуемо сдвинуто. Ее “другая личность”, Энтони, появлялся в комнате, чтобы продолжить сеанс терапии.

Энтони был мужчиной, который сидел прямо, стоял с гордо поднятой головой и смотрел людям прямо в глаза. Он вел себя как карикатура на мужественность, могущественный и доминирующий надо всеми в комнате, ответственный за процесс терапии, без учета чьих-либо планов или правил. Во время терапевтической сессии или вне ее он не терпел ничего такого, чего ему не хотелось бы. Энтони был конфрontiрующим, не желающим показывать уязвимость, как будто скрытым в закаленной и бескомпромиссной оболочке. В лечении Алисии труднее всего было управлять ПТП, когда Энтони находился в помещении.

Не каждый день средний врач сталкивается с такой частотой и тяжестью ПТП, как у Алисии. Рассматривая Алисию и ее принципиально отличающийся поведенческий репертуар, который она называла Энтони, какое ПТП должно было быть выбрано в качестве мишени? Когда? Как? Должно ли ПТП, связанное с диссоциацией и Энтони, быть более предпочтительной мишенью, нежели попытка помочь ей быть менее импульсивной и разрушительной в качестве Алисии в группе? Должны ли быть беспокойство и враждебность наиболее важными вещами, к которым надо обратиться в первую очередь, чтобы другие участники группы могли чувствовать себя в безопасности в помещении? Или ПТП, связанные с употреблением наркотических веществ, должны иметь приоритет над всем остальным? Может быть, если бы мы начали с нацеливания на предотвращение и сдерживание внезапных эмоциональных всплесков, то это могло бы безнадежно затянуться. Множество ПТП означает множество трудных решений для терапевта по поводу того, с чем конфронттировать и чего следует избегать, чему возражать и что игнорировать, что нужно изменить и что позволить и принять. Подобные решения обычно принимаются в психотерапевтических клиниках по всему миру терапевтами с клиентами, которые гораздо менее страдают, чем Алисия.

Оставшаяся часть этой главы призвана помочь лечащему персоналу разработать план и процесс противостояния ПТП, не упомянутым в других

главах. Как упоминалось в главе 2 и обсуждалось далее, часто первый шаг в таком плане состоит в том, чтобы использовать иерархию целей ДПТ, чтобы определить, какое ПТП на сессии нужно сделать мишенью и в какой момент. При заострении внимания на ПТП на сессии или конфронтации с этим ПТП еще одно соображение является важным: как использовать диалектическое мировоззрение для управления синтезом стратегий принятия (например, валидации) и ориентации на стратегии изменения (например, прямая конфронтация, решение проблем). Мы обсуждаем эти и другие шаги и стратегии далее.

## **Эффективный выбор мишеней препятствующего терапии поведения на сессии: что делать мишенью и когда**

Модель для управления ПТП в ДПТ разработана, чтобы помочь лечащим специалистам знать, что делать с очень сложными и тяжелыми мультидиагностическими клиентами. С такими клиентами, как Алисия, имеющими крайние нарушения, просто невозможно быть эффективным без какого-либо подхода к ПТП. Однако подход, используемый в ДПТ для того, чтобы уделять внимание и регулировать ПТП, не должен быть специально ограничен управлением непредсказуемым и драматическим поведением среди тех, кто соответствует диагностическим критериям пограничного расстройства личности или других расстройств личности. Подход также не должен ограничиваться теми примерами, которые подробно описаны в других главах этой книги. ПТП встречаются у разных клиентов, у терапевтов с различной терапевтической ориентацией и в разных клинических условиях.

Напомним, что в ДПТ структурная эвристика используется для обеспечения основы для терапевтических решений относительно того, на что в любой данный момент следует ориентироваться. Иерархия мишеней терапии диктует первый шаг в рассмотрении того, имеет ли смысл обращаться к любому ПТП во время сеанса психотерапии. Проще говоря, если есть проблемы, связанные с самоповреждением или причинением вреда другим, все формы ПТП, не связанные с причинением вреда можно игнорировать. Приоритетом в эти моменты является снижение риска причинения вреда себе или другим. Если присутствуют проблемы, связанные с причинением вреда себе или другим, и одновременно наблюдается ПТП, то оно

может рассматриваться как компонент снижения риска самоповреждения или вреда для других. Это может быть в том случае, если клиент сообщает об усилении суицидальных идей, связанном с окончанием отношений, и этим окончанием отношений объясняется пропуск клиентом последних сеансов терапии. Тогда в соответствии с иерархией мишеней лечения ДПТ основной мишенью может быть помощь терапевта в ослаблении суицидальных мыслей у клиента. В тоже самое время в рамках плана выживания и снижения риска самоповреждения терапевт может добиваться от клиента обязательства посещать сеансы терапии независимо от степени его расстройства из-за событий в течение недели.

В отсутствие каких-либо опасений, связанных с причинением вреда себе или другим, следующий уровень мишеней в иерархии лечения ДПТ включает в себя оказание помощи клиенту и работу с ним для уменьшения ПТП. Наиболее важно сделать мишенью те формы ПТП, которые разрушают терапию (их мы обсуждали в главе 7 и в других местах). Кроме того, как обсуждалось в главе 7, существуют важные соображения при выборе того, какое именно ПТП следует принимать во внимание, например, степень, в которой ПТП непосредственно мешает клиенту достичь своих целей лечения, жизненных целей и начать образ жизни, соответствующий его основным ценностям. Как только терапевт наблюдает ПТП и принимает решение сделать его своей мишенью, многие различные подходы в ДПТ могут дать информацию о том, что говорит или делает терапевт. Мы посвятили главы в этой книге определенным видам ПТП, в том числе таким, когда клиенты настаивают на том, чтобы психотерапевт выходил за свои пределы или границы (глава 4), опаздывают или пропускают приемы психотерапевта (глава 5), становятся злыми или враждебными (глава 7), избегают (глава 9) или ведут себя неуместно в сексуальном отношении (глава 10). В этой главе мы представим ключевые соображения, которые терапевты могут использовать для реакции на другие виды ПТП на сеансе психотерапии.

## **Не конфронтация, а сострадание, сотрудничество и заранее обдуманый выбор мишеней препятствующего терапии поведения**

Организирующий принцип ДПТ, который используют терапевты при управлении ПТП, заключается в том, что терапевт должен стремиться к эффективности. Терапевт держит в голове мишень, когда уделяет внимание



ПТП во время сессии, побуждая клиента в идеале преодолеть это ПТП, чтобы помочь приблизиться к целям его лечения. Эффективность как принцип прагматична по своей сути и сосредоточена на том, что терапевт ищет то, что работает и постепенно движется в соответствующем направлении. Это то, что философ науки Стивен Пеппер описал в 1942 году как контекстуалистский подход к истине. То, что работает в динамическом контексте момента, и является истинным. Быть правым возможно только в том случае, если это означает, что соблюдается контекстная истина — работоспособность, эффективность. Так обучают мыслить ДПТ-терапевтов. Это означает, что, поскольку терапевты наблюдают ПТП, они, вероятно, сразу же примут решение о том, следует ли и как именно следует эффективно ориентировать клиента и выбирать с ним в качестве мишени изменение этих типов поведения.

Гонка за эффективностью как критерием попадания в яблочко для управления ПТП означает, что терапевты должны определять, как ПТП явно связано с целями лечения клиента, и сообщать об этом. Иногда ПТП может служить примером того, что клиент хотел бы изменить, и это дает прямое объяснение того, почему такое поведение должно наблюдаться и рассматриваться во время сессии. Клиенты, которые хотели бы иметь лучшие отношения с другими, например, могут демонстрировать клинически значимое межличностное поведение во время сеанса (например, нежелание быть уязвимым или доверять), которое похоже на их поведение с другими, и которое затрудняет развитие или поддержание значимых отношений. Это общий клинический пример. В таких случаях ПТП является фактором, влияющим на качество жизни. Отсутствие внимания к этому может быть плохой услугой для клиента. Точно так же у клиентов, имеющих трудности с регуляцией эмоций, эта проблема будет возникать при регуляции эмоций во время психотерапии; у тех, кто импульсивен в принятии решений, будет проявляться высокая потребность в принятии быстрых решений на сессии и так далее.

Чтобы эффективно реагировать на большинство ПТП, ДПТ-терапевты стремятся использовать безоценочную терапевтическую рамку. В поисках того, что является валидным, а что нет в ПТП, обученный клиницист обычно реагирует с помощью валидации, прежде чем пытаться плавно ориентировать клиента на ПТП в качестве мишени для лечения. После наблюдения за ПТП в необоронительном стиле и выделения смысла произошедшего ПТП терапевт активно и прямо, обычно в вежливой манере, ориентирует клиента на способы, которыми можно обойтись с ПТП на сеансе терапии.

Содержание разговора может быть вскоре пересмотрено, но есть возможность сместить мишени в сторону процесса, происходящего на сессии, и возникающего ПТП.

Вместо того, чтобы отчаиваться или защищаться, ДПТ-терапевт действует с деликатной и успокаивающей точностью, чтобы обеспечить открытую реакцию клиента и заинтересованность. В других случаях терапевт откровенно и прямо говорит о необходимости рассмотреть вопрос об изменении фокуса сессии на несколько минут. И иногда эта ориентация и переориентирование сессии делается с энтузиазмом, волнением и демонстративным оптимизмом:

*“Я так рад, что это поведение, мешающее терапии, наконец-то случилось! Я знаю, как сильно вы хотите изменить свои отношения с людьми, и это один из тех моментов, когда у нас есть возможность напрямую работать над тем, что мешает вашим отношениям!”*

Это пример диалектической стратегии “делать лимонад из лимонов” [Linehan, 1993a]. Независимо от стиля межличностного общения, который использует терапевт, принципы ориентации клиента на ПТП-мишень включают в себя намеренную, безоценочную, сострадательную, совместную работу и прояснение, что должно быть мишенью, почему и чем это будет полезно.

Эту активную реакцию на ПТП можно противопоставить пассивности терапевта, affirmациям клиента или попыткам побудить клиента поделиться более подробной информацией о своем опыте, связанном с ПТП. Нет ничего изначально проблемного в реакции на ПТП с помощью того, что определяется как валидация уровня 2 (то есть отражение, перефразирование или обобщение того, что сказал клиент). Действительно, эти навыки микро-слушания необходимы для психотерапии и жизненно важны для неспецифических общих факторов, которые составляют большую часть успеха в психотерапии.

Однако, мы предлагаем, чтобы клиницисты, реагируя на ПТП, помнили, что эта конкретная стратегия часто действует, чтобы побудить клиента больше говорить о том, что может быть связано с наблюдаемым ПТП. Иногда побуждение клиентов больше говорить о том или ином ПТП является разумной стратегией, но в других случаях разговоры о ПТП не являются частью решения проблемы ПТП. Иногда проявлением ПТП может быть сам разговор о ПТП, например, когда клиент говорит вскользь или в избегающей манере. В других случаях клиенты не очень понимают,

о чем говорить, и излагают мысли непоследовательно или как будто ненамеренно. Их мыслительные процессы могут быть руминативными, дезорганизованными или параноидальными. Соответственно, усиление руминаций, дезорганизованного мышления или паранойи вряд ли будет полезным. Наоборот, возможно, что обучение идентификации и изменению ПТП может помочь клиентам получить некоторое облегчение и научиться изменять эти доминирующие психологические процессы. Суть в том, что для терапевтов было бы мудро использовать валидацию уровня 2 осознанно, а не как привычное правило. Необходимо обдумывать, вне зависимости от ПТП, возможность как пассивной, так и активной реакции. Пассивное реагирование может восприниматься как валидация, но не может привести к уменьшению ПТП. Однако активная реакция может включать как валидацию, так и ориентирование в направлении терапевтического изменения ПТП. В табл. 8.1 представлено несколько конкретных примеров того, как пассивные реакции на ПТП можно сравнить с более активными.

Во всех примерах в табл. 8.1 активная и прямая реакция на ПТП не является конфронтационной. На самом деле она мягкая, сердечная, валидирующая, а потом, и только потом, включает в себя ориентацию на ПТП. Все примеры связывают ПТП на сессии с проблемой, мешающей жизни клиента. Эта связь является секретом успеха в такие моменты.

В следующем протоколе мы более подробно рассмотрим, как может выглядеть одна из форм этого ПТП. В этом случае клиент — депрессивный и тревожный молодой человек, которому трудно справляться со стрессом в течение недели. Клиент боится, что его жена скоро бросит его, боится, что его уволят, и он не уверен, что хочет продолжать работать программистом. Он набожный христианин, его вера важна для него, все же он недоволен церковью, которую посещает уже два года с момента его переезда из другого штата.

**Клиент.** Итак, как я уже говорил, короче, я думаю об этом все эти дни. Я не знаю с чего начать. Эта последняя неделя была очень эмоциональной для меня. Моя жена даже не смотрит на меня, мои подчиненные на работе не прислушиваются ко мне, а мой начальник игнорирует меня. А потом я иду в свою церковь — помните, я рассказывал вам об этом на прошлой неделе, — и затем пастор произносит эту проповедь о надежде,

что вера есть надежда, дарованная Иисусом Христом. Как все мы должны позволить Ему быть частью нашей повседневной жизни с нашей верой, которой, как вы знаете, я живу, и что это путь к истинной надежде (*качая головой*). Я имею в виду, должен ли я рассказать вам больше об этом? Это то, о чем вы хотели, чтобы мы сегодня поговорили? Потому что это действительно, действительно то, из-за чего я переживаю, и я мог бы все время об этом говорить. Наверное, если мы поговорим об этом, то я стану себя чувствовать лучше. Правильно? Но сначала я должен вам рассказать о том, что моя жена сказала сегодня утром, потому что это было так невероятно обидно. Я понимаю, я тут разболтался немного.

**Таблица 8.1. Сравнение пассивных и активных терапевтических реакций на препятствующее терапии поведение**

Препятствующее терапии поведение	Пассивная реакция	Активная реакция (валидация + +ориентация)
Клиент с генерализованным тревожным расстройством ведет себя рассеянно, проверяет свой мобильный телефон и отправляет текстовые сообщения во время разговора на сессии	Терапевт игнорирует препятствующее терапии поведение (ПТП), сосредотачивается на содержании того, что говорит клиент, отражает, перефразирует, обобщает, убеждая клиента приходить на терапию, усердно работать или просит клиента “Расскажите мне больше”	Рауль, я не могу не заметить, что вы сегодня выглядите очень рассеянным. Я знаю, что многое происходит на работе и дома, и я предполагаю, что вы чувствуете беспокойство, что вам нужно угнаться за всем этим, даже здесь, на нашей сессии. Быть расфокусированным и отвлекаться — это, та проблема, которая препятствует терапии, мы говорили, что такое может случиться. И, возможно, вы помните, что тогда мы вместе договорились, что если это случится, то мы здесь обратим на это внимание и попытаемся изменить этот процесс. Если мы сможем сделать это здесь, это поможет вам быть менее напряженным и более сфокусированным в вашей жизни

*Продолжение табл. 8.1*

<b>Препятствующее терапии поведение</b>	<b>Пассивная реакция</b>	<b>Активная реакция (валидация + +ориентация)</b>
Депрессивный клиент не отвечает на вопросы, сидит и думает по несколько минут подряд	Терапевт сидит в тишине, наклоняясь в сторону клиента, делая заметки, кивая головой или показывая выражением лица, что он заинтересован	Раз уж вы думаете об этом, я хотел бы поделиться наблюдением. И я хочу, чтобы вы знали, что это потому, что я забочусь о вас. Я вижу, что вам трудно отвечать на вопросы, которые я задаю, и, с вашего разрешения, я хотел бы посмотреть, сможем ли мы переключить наше внимание на то, что мешает вам здесь. Возможно, если мы сможем решить эту проблему здесь, вы сумеете более подходящим образом взаимодействовать с вашей женой или начальником, когда они спрашивают вас о чем-то, а вы не знаете, как реагировать
Социально тревожный клиент во всем соглашается с терапевтом и предпочитает не говорить о своих нуждах или потребностях	Терапевт игнорирует ПТП, ждет и надеется, что со временем это изменится, так как клиент учится меньше беспокоиться из-за оценки окружающих	Прежде чем мы продолжим, давайте вместе осознаем, что происходит здесь. Я заметил, что вы так быстро откликнулись на мою просьбу, что я не уверен, что это связано с тем, что вы действительно этого хотите или нуждаетесь в этом. Исходя из всего, что я знаю о вас и нашей совместной работе, мне интересно, находясь здесь, со мной, чувствуете ли вы тревогу по поводу того, что я могу думать о вас, если вы мне откажете в какой-то моей просьбе. Это имело бы смысл, если бы вы чувствовали что-то подобное, потому что это то, над чем мы работаем вместе, похоже на то, что происходит у вас на работе и вызывает ваш ужас. Можем ли мы вместе сфокусироваться на этом, и сможем вернуться к тому, о чем только что говорили, через несколько минут? Хотели бы вы сделать это? И я не буду обижаться, если вы скажете "нет"

Окончание табл. 8.1

Препятствующее терапии поведение	Пассивная реакция	Активная реакция (валидация + +ориентация)
Расстроенный клиент с множественными диагнозами и множеством мишеней для лечения приходит на сессию и рассказывает поверхностно о событиях прошлой недели, настаивая на том, что терапевт должен услышать о том, что произошло, и описание этих событий занимает большую часть сессии	Терапевт слушает, валидируя желание клиента быть услышанным, периодически пытаюсь говорить на другие темы, а затем замолкая, так как клиент делится дополнительной информацией о различных событиях, которые были стрессовыми на прошлой неделе	Вы знаете, все эти вещи звучат очень огорчительно, и я вижу, как вы расстроены, когда говорите. Я думаю, что все, что вы только что рассказали, было бы очень огорчительно для большинства людей. Конечно, я был бы сам расстроен, если бы это случилось со мной. И вот прямо сейчас я хотел бы обратить внимание на следующее: у меня возникает мысль, что во всем, что вы мне рассказали, я понимаю фактическую сторону событий, но я не знаю, как вы себя сейчас чувствуете. Я ловлю себя на мысли, что нужно спросить вас об этом, чтобы проверить. И еще одна вещь: осознание своих эмоции в данный момент может быть для вас полезным инструментом для осознания своих эмоций и за пределами этой комнаты. Готовы ли вы уделить этому время, остановиться и осознать свои эмоции здесь и сейчас, а затем мы сможем вместе выбрать наиболее эффективный следующий шаг на сессии?

**Терапевт.** (Валидация.) Вы действительно чувствуете напряжение, и, кажется, есть о чем поговорить, и мне интересно, можем ли мы остановиться на мгновение, вдохнуть-выдохнуть, быть здесь и сейчас вместе и помнить о своих чувствах? Может быть, упражнение на осознанность было бы полезным для нас, прежде чем мы сегодня двинемся дальше?

**Клиент.** Я думаю, да. Конечно. Но, прежде чем мы это сделаем, могу ли я рассказать вам, что произошло сегодня утром? Я обещаю, что это будет быстро (клиент рассказывает историю

*о том, что произошло, и это занимает 10–15 минут).* Итак, вы можете в это поверить? Я даже не знаю, что с этим делать. Ох, и еще другое. Неужели я это еще не рассказал. Это нелепо. Вы не поверите.

**Терапевт.** *(Перебивает бережно, но решительно.)* То, что случилось с вашей женой сегодня утром, было важно, и важно то, как вы к этому относитесь. Я хотел бы предложить, чтобы мы сделали паузу и потратили минуту, чтобы обдумать, что мы могли бы сделать во время нашей сегодняшней встречи. Прежде чем мы это сделаем, скажите, готовы ли вы к практике осознанности?

**Клиент.** Я очень извиняюсь, вы попросили меня сделать это несколько минут назад, а теперь просите меня снова *(вздыхает)*. У меня так постоянно в эти дни. Я чувствую, что разочаровываю всех вокруг, и, кажется, никто не понимает, что я переживаю. Это приход старости, это чувство, что я терплю неудачу во всем, что делаю. Я очевидно проваливаюсь на работе. Я терплю неудачу с моим браком. Почему? Что я сделал, чтобы попасть в этот раздрай? Почему я в этом чертовом тупике? И знаете, что? Кажется, ничто не помогает мне чувствовать себя лучше. Дома ничего. Там как в морге. Она так холодна со мной, вы не представляете. Работа? Раньше мне нравилось то, что я делаю, знаете? Мои родители были правы, я не должен был получать эту степень. А теперь, как я говорил вам, этот пастор и эта церковь. Я всегда находил мир и утешение в моей вере. Даже это мне больше не помогает. Я думаю, что у меня кризис среднего возраста. Но я даже не такой старый, так ведь? Что значит “среднего возраста”? Вы знаете?

**Терапевт.** Много вопросов и много эмоций. Я хотел бы отметить, что мы находимся вместе в одном пространстве, крутимся вокруг да около того, что вы испытываете прямо сейчас. Для любого это было бы слишком. Слишком для того, чтобы сидеть и наблюдать. И я хотел бы, если вы желаете, помочь вам со всем этим прямо сейчас. Я предложил нам практиковать осознанность вместе, и вы сказали, что вы открыты для этого. Но каждый раз, когда это происходило в первой

половине нашей сессии, вы делились подробностями о том, что вас беспокоило.

**Клиент.** Разве это не то, что я должен делать здесь? Рассказывать о вещах, которые беспокоили меня? Извините, но я в замешательстве. Я просто разочаровываю вас, верно? Я сплошной кошмар.

**Терапевт.** Если я проанализирую, что я чувствую прямо сейчас, так это точно не осуждение по отношению к вам. На самом деле я чувствую большую грусть по поводу всей эмоциональной боли и страданий, которые вы испытываете. Я хочу помочь вам. И я думаю, что смогу, если вы сможете немного попрактиковать готовность и попробовать практику осознанности, чтобы оставаться в текущем моменте на несколько минут. Я действительно думаю, что это поможет вам закрепитесь в текущем моменте, а затем мы действительно сможем погрузиться в то, что для вас важно, и поработать над этим.

**Клиент.** ОК.

**Терапевт.** Понимаете, осознанность может привести вас в настоящий момент, чтобы (*позволить вам*) отойти от прошлого и забот о будущем, чтобы отпустить все мысли, которые крутятся в эмоциональном вихре вашего разума. И я думаю, что этот ураган мыслей, который бушует здесь, похож на то, что, как вы сказали, происходит вне терапии. Я думаю — и вы говорили мне, если я правильно понял, — что такого рода вещи случаются часто и что трудно жить нормально, когда вы перегружены всеми этими стрессовыми вещами и способами, которыми ваш ум пытается справиться со стрессом.

**Клиент.** Да, вы правы.

**Терапевт.** Итак, этот момент со всеми его горестями и страданиями является возможностью изменить свое восприятие себя и отношение к своим трудностям. Практика осознанности прямо сейчас может помочь вам отправить все эти расстраивающие мысли на задний план и может помочь нам использовать остальную часть нашей сессии эффективно.



**Клиент.** Вы не хотите, чтобы я рассказывал вам обо всем, что произошло на этой неделе?

**Терапевт.** Я хочу, чтобы мы изменили способ вашего восприятия ваших страданий, и я хочу, чтобы мы решили, над чем мы будем работать, чтобы после того, как вы уйдете отсюда через 15 минут, вы умели что-то делать с этим эмоциональным вихрем в голове, который может возникать между нашими сессиями в некоторые моменты вашей жизни, когда вы расстроены. Я уверен, что осознанность — это путь сюда, в настоящий момент, чтобы поймать ваш ум, наблюдать за ним, не увлекаясь им, и продвигать вас вперед к вашим жизненным целям. Разговор о прошлом является частью этого, но я хочу помочь вам научиться говорить о прошлом так, чтобы это было эффективно, умело, соответствовало вашим жизненным целям.

**Клиент.** Вы не хотите, чтобы я приходил сюда и высказывался? Я думал это то, что я должен был делать.

**Терапевт.** Хороший вопрос. С одной стороны, иногда здесь будет происходить снятие напряжения. Конечно. А с другой стороны, нет причин полагать, что снятие напряжения является решением для всех ваших проблем. Это может вам принести небольшое облегчение, пока вы здесь, и вы можете чувствовать, что кто-то понимает вас, что очень важно. Но дело в том, что есть и другие способы говорить о расстраивающих вас вещах, которые я могу показать вам, способы, которые не только служат для снятия напряжения, способы самоосознания, способы решения проблем, способы изменения того, как вы обрабатываете ваши мысли. Если бы снятие напряжения было решением, вы бы поправились давным-давно, потому что у вас есть люди, которым вы можете все рассказать, верно?

**Клиент.** Это правда. Хорошо, я думаю, что я понимаю, о чем вы говорите.

**Терапевт.** Так мы будем практиковать осознанность?

**Клиент.** Конечно.

## Некоторые формы препятствующего терапии поведения должны быть прямо конфронтированы

Хотя с большинством форм ПТП обращаются неконфронтационным образом, диалектическая антитеза заключается в том, что в некоторых случаях для терапевта вполне уместно и разумно конфронтировать с ПТП как с весьма проблемным. В таких случаях мы тоже начинаем с валидации валидного. И хотя в этой работе мы подчеркиваем значение того, что терапевты уделяют время валидации в процессе реагирования на ПТП и попыток помочь клиентам изменить ПТП, важно также отметить, что терапевты не всегда сначала валидируют. Это может быть намеренным или непреднамеренным. Терапевт может реагировать на ПТП, не задумываясь, признавая, что ПТП — это проблема, которую необходимо решить без предварительной валидации валидных аспектов ПТП. Это похоже на то, что происходит во время вождения автомобиля, когда мы понимаем, что давление в шинах начало падать. Первое, что нужно сделать, это признать, что есть проблема, но сразу после этого обычно наиболее разумно добраться до заправочной станции как можно быстрее, чтобы подкачать шины. После этого водитель внимательно следит за давлением воздуха, а шины могут оставаться надутыми в течение длительного времени, или нет, и водителю тогда придется снова посетить механика, или нет.

Когда терапевты реагируют на ПТП без предварительной валидации, это необходимо делать с позиции сострадания, безоценочности и открытости. Это означает, что сами слова могут быть прямыми и понятными, но общение должно иметь не уничижительную, а уважительную окраску и учитывать интересы клиента. В таких важно не столько то, помнил ли терапевт сразу о валидации, а то, был ли он в состоянии отреагировать на ПТП с любопытством, пытаясь найти зерно истины в опыте клиента, связанном с ПТП. Какие можно привести примеры ПТП, трудного для валидации? Представьте себе клиента, который после нескольких первых сессий предполагая, что вы не тот терапевт, который ему нужен, заявляет:

*“Без обид, но я думал, что вы будете экспертом, а не просто обычным мозго-правом. Можете ли вы предложить терапевта, который сумеет мне помочь? Мне нужна помощь, а я не вижу, как вы вообще сможете это сделать”.*

Представим в этом примере, что тон его высказывания является не добрым, а осуждающим и враждебным. Давайте также предположим, что это своего рода межличностная просьба, которой клиент научился, когда он

был младше, чтобы получать то, что ему необходимо от людей в его семье. Однако мало кто в нынешней жизни клиентаотреагирует на это поведение положительно. Должны ли вы ответить с теплотой или валидацией? Возможно, исходя из ваших теоретических установок, вы ответите на эти заявления с помощью ряда предположений, гипотез или интерпретаций, а также с теплотой и пониманием и отошлете клиента к другому врачу, или вы отразите то, что слышите, чтобы подтолкнуть его поделиться своими мыслями, почувствовать глубже свои чувства, возможно, выразить свои эмоции или научиться доверять вам, чтобы реагировать иным образом. В других случаях терапевты могут решить не принимать во внимание ПТП по веским соображениям, руководствуясь концептуализацией своего случая или теоретическими установками.

Реакция терапевтов на этот случай может состоять в том, чтобы непосредственно и основываясь на фактах направить внимание на ПТП. Терапевт может сказать:

*“Мы должны поговорить немного об этом. Я рад, что вы подняли этот вопрос. С одной стороны, я думаю, что это лечение может вам помочь. А с другой стороны, я готов помочь вам найти другого терапевта. С учетом этого я также хотел бы отметить, что умение просить других помочь вам подходящим образом — это то, о чем мы говорили в качестве одной из целей нашей работы”.*

В этом примере была подчеркнута диалектика того, насколько полезным будет лечение, и была сделана установка на сотрудничество клиента и терапевта. Поскольку клиент обратился за помощью неэффективным способом, терапевт ответил на вопрос напрямую, без явной валидации чего-либо, а затем сместил мишень на способ, которым был задан вопрос. Иными словами, терапевты могут напрямую и эффективно реагировать на ПТП без предварительной валидации. В табл. 8.2 представлено несколько примеров ПТП, которые могут не требовать высоких доз валидации; она также включает примеры возможных пассивных реакций терапевта и того, как терапевт может ответить напрямую. В дополнение к этим стратегиям важно указать, что терапевты иногда перенаправляют, намеренно прерывают или недвусмысленно блокируют ПТП, потому что это может быть эффективным для предотвращения специфического поведения (например, клиент начинает плакать и затем говорит: “Смотрите, я полный неудачник”), относящегося к типу поведения (например, декларации ненависти к себе), которое похоже на то, что клиент делает вне терапии (например, самоосуждение в присутствии близких людей), и это функционирует так, чтобы не дать ему

двигаться в направлении достойной жизни (например, окружающие огорчаются от этого и дистанцируются от него каждый раз, когда происходит приступ ненависти к себе). В этом примере терапевт может выбрать перенаправление клиента, предупредив его о переходе к другой теме для дискуссии, не связанной с предыдущей. Можно сделать это тонко, например, если бы терапевт проигнорировал ненависть к себе и сказал: “Знаете, я понял, что мы еще не говорили о вашем продвижении по службе. В прошлый раз, когда мы встретились, вы сказали, что нам нужно поговорить об этом. Я думаю, сейчас самое подходящее время”. В качестве альтернативы терапевт может прервать самоосуждение, как только оно начнется, и предложить вместо этого применить навыки.

**Таблица 8.2. Сравнение пассивных и прямых терапевтических реакций на препятствующее терапии поведение**

Препятствующее терапии поведение	Пассивная реакция	Прямая реакция
Клиент с опиоидной зависимостью засыпает	Терапевт просит клиента рассказать больше о его мыслях и чувствах	Можете ли вы собраться, пока мы разговариваем? Вы выглядите так, будто вмазались или очень устали. Вы вмазались? ( <i>Клиент подтверждает, а затем вздыхает</i> ) Что вы можете сделать прямо сейчас, чтобы быть более собранным и внимательным?
Клиент, обладающий нарциссическими чертами, очень неуважителен, когда озвучивает исключительно необоснованное требование к терапевту	Терапевт игнорирует препятствующее терапии поведение, капитулирует перед требованием клиента и решает поговорить о ПТП в другой раз	Я не готов согласиться с вашим требованием. Тем не менее у меня возникает мысль, что такого рода требование, хотя в тоже самое время оно кажется вам обоснованным, иногда приводит к проблемам с другими, потому что оно не воспринимается ими хорошо. Я, как и любой психотерапевт, не смогу ответить согласием на такое требование. Хотели бы вы вместе со мной взглянуть на то, что заставило вас задать мне этот вопрос, для того чтобы вы смогли понять, как устроен этот процесс? Я думаю, если мы сделаем это, мы могли бы найти способ помочь вам внести некоторые изменения, чтобы получить то, чего вы в конечном итоге хотите, то есть чтобы другие люди лучше вас понимали

Препятствующее терапии поведение	Пассивная реакция	Прямая реакция
Клиент с тяжелым обсессивно- компульсивным расстройством настойчиво повторяет, когда руминирует во время сеанса, что лечение проводится неправильно	Терапевт пытается удовлетворить клиента, периодически делая небольшие изменения в терапии	Я понимаю, что это лечение не всегда выглядит так, как вы ожидаете. Уверяю вас, это лечение. Мы можем взглянуть на лежащие в его основе исследования или посмотреть руководство по лечению на моей книжной полке. Я это не выдумал, и хотя это не то, что вы ожидаете, это подход, который был признан безопасным и эффективным. Это может работать. Могли бы вы заметить побуждение попросить меня изменить лечение на нашей сегодняшней сессии, и вместо того, чтобы действовать под влиянием этого побуждения, могли бы вы допустить, что вы могли бы наблюдать за мыслью, ничего не сказав? И я спрошу вас, готовы ли вы позволить идти всему своей чередой и довериться мне, чтобы я смог предоставить вам такое лечение

Это может произойти, если терапевт скажет:

*"Позвольте мне остановить вас, прежде чем вы погрузитесь в эту яму ненависти к себе. Я вижу, вы взяли лопату и копаете, но мы уже были здесь, поэтому я знаю, что будет происходить. Что вы скажете, если мы сломаем эту привычку, сделав что-то совершенно другое прямо сейчас? Как насчет использования навыка устойчивости к стрессу в течение нескольких минут? Тогда мы сможем вернуться к разговору об этом и посмотрим, насколько вы будете меньше осуждать себя".*

Еще один вариант реакции терапевта — полностью заблокировать это самоосуждающее ПТП. Это может произойти, если слова терапевта будут такими:

*"Видите ли, сегодня я бы не хотел позволить вам снова начать говорить о себе с самоосуждением. Я слишком беспокоюсь о вас и видел, как это случилось уже много раз, поэтому я не хочу дать этому случиться. Я, конечно,*

*не могу контролировать то, что вы думаете или чувствуете, но я сделаю все от меня зависящее, чтобы помешать вам говорить о себе так, чтобы это было самоосуждением”.*

При использовании этих прямых подходов тон должен быть сострадательным и ориентированным на клиента. Терапевт может наклониться и проявлять заботу и поддержку, все это время, четко давая понять, что такое поведение проблематично и будет предотвращено любым возможным способом ради оказания помощи клиенту в достижении его целей лечения.

## Внимание на процесс психотерапии

Сеансы психотерапии включают в себя много разговоров. Если вы спросите клиентов, которые никогда не проходили психотерапию, как, по их мнению, будет выглядеть процесс, почти все они скажут, что ожидают, что будут рассказывать о своих проблемах, а терапевт будет им помогать. Если вы спросите клиентов, которые ранее проходили терапию, об их ожиданиях, они скажут что-то подобное. Клиенты говорят, а терапевты слушают. Это соглашение действует в психотерапии почти везде в мире. Благодаря этому процессу клиент получает понимание и вскоре начинает вносить изменения в свою жизнь. И в процессе наблюдается ПТП. Терапевты работают с клиентами на ранних этапах лечения, чтобы сделать ПТП мишенью для лечения и выстроить конкретную связь между ПТП, которое проявляется на сессиях, с влияющими на качество жизни проблемами вне клиники. Но клиенты не приходят на сеанс, чтобы просто сказать терапевтам: “Сегодня мы будем работать над моим ПТП. Я злюсь на вас и рассматриваю возможность бросить терапию”; у обоих авторов этой книги были клиенты, которые так говорили раньше (хотя они были ДПТ-клиентами, так что это на самом деле не считается).

Более типичный процесс обращения к ПТП начинается с совместного определения в начале сессии нескольких мишеней для совместной работы. После определения того, что не существует мишеней более высокого порядка (самоповреждение или причинение вреда другим), происходит обсуждение различных тем, которые могут быть рассмотрены на сеансе терапии. Если какие-либо из этих тем связаны с ПТП, они имеют приоритет. Например, возможно, клиент думал о преждевременном прекращении терапии. Терапевт может оценить это, попросив клиента, как мы часто делаем в наших клиниках, оценить его побуждение прекратить терапию по шкале

от 0 до 10. Если это число баллов увеличивается от сессии к сессии, это может быть важной темой для обсуждения. Предположим, что терапевт и клиент начали сеанс, не выявив каких-либо четких ПТП, и было принято решение поговорить о событиях предыдущей недели, которые были стрессовыми. Клиент поделился тем, что произошло, и, продолжив сеанс, психотерапевт искал способы решения проблем с клиентом, чтобы можно было определить навыки, которые помогут справиться с недавними жизненными стрессами. Одна клиентка была подавлена и расстроена, чувствуя себя отвергаемой своим парнем. И клиентка, и терапевт решили потратить время на изучение автоматических мыслей, допущений и интерпретаций ситуации, приводящих к тому, что она чувствует себя отвергнутой. Когда это было сделано, клиентка начала говорить о чем-то совсем другом. Она продолжила эту новую дискуссию, сказав: “Мне действительно нужно рассказать вам еще кое-что”, — и продолжила в том же духе, усложняя для терапевта задачу наблюдать за изменением ПТП в разговоре, не прерывая новую рассказываемую историю. Мы думаем, что с этим сталкивается большинство терапевтов. Фрустрация в связи с дискомфортом, когда приходится прерывать клиента, — это самая распространенная причина, по которой обучаемые нами врачи, как они говорят нам, предпочитают не обращать внимания на ПТП. Но есть и много других причин. В приложении 8.1 представлены некоторые из распространенных причин, по которым клиницисты не обращаются к ПТП.

Теперь мы возьмем пару таких примеров и рассмотрим их далее, используя подходы, которые терапевты могут использовать для преодоления этих барьеров. Мы уже рассмотрели несколько ключевых принципов, лежащих в основе принятия терапевтами решений относительно того, стоит ли обращаться к ПТП и когда. Терапевт старается: а) осознавать ПТП, как только оно случается; б) сознательно выбирать в качестве мишени ПТП, принимая во внимание наличие других мишеней более высокого приоритета в иерархии лечения, которые должны быть рассмотрены в первую очередь; в) понимать чувства клиента, проявляя сострадание, заинтересованность и/или валидацию валидного, когда случается наблюдаемое ПТП; и в) понимать необходимость сострадания и сотрудничества при прямом ориентировании клиента на ПТП. Осознанный, заранее обдуманный, валидирующий, сострадательный и поддерживающий атмосферу сотрудничества — мы считаем, что можно смело утверждать, что ДПТ не имеет монополии на эти терапевтические подходы. Итак, если все эти шаги — это то, на что способны любые

терапевты в ответ на ПТП, и барьеры, перечисленные ранее, — это то, что мешает, что тогда предлагает ДПТ для помощи терапевтам?

Обученные ДПТ психотерапевты, стремясь быть эффективными в постоянно меняющемся контексте каждого момента, должны быть гибкими в своем мышлении. Все терапевты могут чувствовать себя дискомфортно, перебивая клиентов, когда те говорят о чем-то важном для них. ДПТ-терапевт готов проявлять гибкость в ситуации прерывания, если он в тот момент уверен, что это необходимо для эффективности. Это может быть в начале, посередине или ближе к концу психотерапевтической сессии. ДПТ-терапевт не ограничен правилами, запрещающими никогда не делать ремарок, не прерывать и не направлять клиентов. Если есть смысл сделать это, имея в виду четкую мишень, то может быть эффективным активное изменение направления работы на сессии.

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 8.1**

#### **Распространенные причины, по которым врачи не обращаются к препятствующему терапии поведению**

- Клиент не закончил говорить о чем-то важном для него, по его словам, и терапевт не хочет его прерывать.
- Это происходит в начале сессии, и терапевт боится, что вмешательство в препятствующее терапии поведение (ПТП), переведет сессию в русло, которое не является частью повестки дня.
- Это происходит в середине сессии, и обращение к ПТП может помешать клиенту и терапевту закончить то, о чем они начали говорить.
- Это происходит в конце сессии, и терапевт боится, что не хватит времени, чтобы поговорить о ПТП.
- Терапевт опасается, что разговор о ПТП расстроит клиента.
- Терапевт считает, что ПТП не имеет отношения к причине, по которой клиент находится на лечении.
- Терапевт опасается, что откровенные разговоры о ПТП приведут к тому, что клиент покинет сессию или вообще прекратит терапию.
- Терапевт опасается, что если говорить о ПТП напрямую, то клиент нанесет себе вред.



- Терапевт беспокоится о том, что клиент будет недоволен терапией или начнет хуже относиться к терапевту, если ПТП столкнется с противодействием или будет оспариваться.
- Терапевту не хватает навыков противостоять ПТП.
- Терапевт считает, что он слишком раздражен или расстроен, чтобы реагировать прямо на ПТП, и поэтому может производить впечатляющие оценивающие.

Не существует правила, что проблемы клиента должны решаться путем обсуждения любых тем или событий, о которых он пожелает поговорить. Конечно, верно и обратное: не существует правила, согласно которому проблемы с клиентом будут решаться терапевтом, всегда выбирающим, о чем поговорить. Эта диалектика разрешается ДПТ-терапевтом, ищущим пространство между крайностями в любой момент сессии, что, скорее всего, будет эффективным. Ниже приведен пример беседы, освещающей этот процесс, с участием терапевта обучаемого обращению с ПТП:

**Терапевт.** У меня проблема в том, что эта клиентка ходит на терапию долгое время и не поправляется. Она действительно расстроена этим, и я тоже. Что мне делать?

**Тренер.** Это действительно расстраивает. Я много раз сам находился в таких ситуациях. Позвольте спросить вас, что, по вашему мнению, является одной из основных причин, по которым ей не становится лучше?

**Терапевт.** Я не знаю, но она разговорчива. Вы знаете, она много говорит, и как только она начинает, ее трудно остановить. У нее всегда есть много примеров того, что ее расстраивает. Но ее трудно переключить.

**Тренер.** Что мешает ее переключить?

**Терапевт.** Ну, вы знаете, она рассказывает мне свою историю. Я не хочу перебивать ее.

**Тренер.** Как вы думаете, что может произойти, если вы прервете ее?

**Терапевт.** Я не знаю, я просто не считаю, что должен прерывать. Когда клиенты рассказывают свою историю, мне нравится слушать. Я думаю, что это помогает им чувствовать себя

в безопасности, чтобы они могли доверять мне. Я был обучен быть поддерживающим терапевтом, и я не чувствую себя комфортно, перебивая клиентов.

**Тренер.** Это имеет смысл — вам трудно прерывать, потому что вы верите, что не будете поддерживающим. Вы полагаете, что прерывание может уменьшить доверие клиента к вам.

**Терапевт.** Да, но я не уверен, потому что иногда она просто продолжается и не останавливается. Она начинает рассказ, затем следующий и так далее, и тогда я понимаю, что сессия почти закончена, а я не знаю, над чем мы работали.

**Тренер.** О, мне знаком этот опыт. Насколько я могу судить, это случается с большинством терапевтов. Итак, является ли это правило о прерывании ваших клиентов чем-то, в чем вы готовы проявить гибкость, может быть, чем-то, с чем вы можете быть готовы экспериментировать, ослабив правило, хотя бы чуть-чуть?

**Терапевт.** Что вы имеете в виду?

**Тренер.** Похоже, что ваша клиентка не поправляется, и одна из основных проблем, препятствующих терапии, — это то, что она много говорит, а вы не думаете о том, как это может замедлить ее прогресс. Таким образом, одна вещь, которую вы можете сделать, это рассмотреть диалектически противоположный подход к тому, что вы уже делаете. Теперь позвольте пояснить: я не предлагаю вам прерывать ее каждый раз, когда она говорит. Однако я говорю о том, что если вы будете мыслить диалектически, то вы будете более гибко относиться к своему правилу запрета на прерывания. Правило гласит, что прерывать — это плохо. Но, может быть, это только правило, а не правда с большой буквы? Может быть, иногда, в определенном понимании, прерывание может быть именно тем, что нужно? Я пойду еще дальше. Что, если умелое прерывание может быть наиболее благоприятной вещью, которую вы можете сделать? Что, если это именно то, что нужно, чтобы помочь ей еще больше доверять вам? Может ли быть так, что, если позволить ей говорить до хрипоты без

переключения, она в конечном итоге почувствует, что ее не поддерживают, и потеряет доверие к вашей способности помочь ей? Это был бы другой способ взглянуть на процесс, и я не знаю, что правильно, но я заинтересован в том, чтобы помочь вам быть более эффективным, проявив немного больше гибкости.

**Терапевт.** Вы знаете, я никогда не думал об этом таким образом. Вы говорите, что, как ни странно, от того, что я никогда не перебиваю ее, ей может быть хуже, и она может почувствовать себя без поддержки? Я надеюсь, что это не так.

**Тренер.** Я тоже, и я не знаю, что она чувствует. Но иногда, с некоторыми клиентами, терапевты должны выбрать сценарий терапевтической сессии. Слушание — это мощный эликсир, но одного только слушания иногда бывает недостаточно, чтобы помочь клиентам достичь того, чего они хотят в своей жизни.

## Движемся вперед

В этой главе мы исследовали способы, с помощью которых терапевты, не использующие ДПТ, могут применять стратегии и методы ДПТ для управления ПТП, которые подробно не описаны в других главах. Мы рассмотрели общие препятствия на пути готовности терапевта обращаться к ПТП. Примером может послужить случай с клиницистом, который считал, что у него недостаточно времени для обращения к ПТП, имел слишком много других тем для обсуждения и полагал, что клиенты не хотят говорить о ПТП. Ключевым моментом этой главы было то, что ДПТ-терапевты обращаются к ПТП и нацеливаются на них, не всегда в конфронтующей манере. Мы подчеркнули использование стратегий выбора мишеней и валидации в качестве принципов, которые дают конкретные методы, подходящие для этих сложных терапевтических сессий. В более общем плане мы рассмотрели способы выбора ПТП в качестве мишени на сессии, не позволяя этому выбору ПТП автоматически становиться центром сеанса. Цель состоит в том, чтобы эффективно обращаться с ПТП, не срывая сессию.

Мы надеемся, что эта глава поможет терапевтам научиться быть осознанными в наблюдении и сострадательно целенаправленно управлять процессом, препятствующим терапии. Этот акцент на размышлении о процессах,

препятствующих терапии, обращении внимания и умелом реагировании на них во время психотерапии предлагается в качестве подхода, который можно использовать независимо от теоретических установок, представления проблемы клиентом и содержания того, о чем идет речь на сессии. Этот процессориентированный подход не обесценивает важность повествовательного содержания психотерапевтической сессии. Напротив, готовность терапевта отпустить контроль над содержанием и вместо этого сосредоточиться на ПТП, которые возникают во время сессии, — это способ дать возможность клиентам ощутить чувство безопасности и уверенности, что они могут говорить о том, что для них важнее всего. Когда ПТП происходит во время этого процесса, терапевт выделяет, выбирает в качестве мишени и валидирует, прежде чем перейти к использованию других основных стратегий, таких как оценка, решение проблем, управление обуславливающими последствиями, обучение навыкам и использование стратегий коммитмента для повышения мотивации. ПТП может встречаться во многих формах, и, как указано в этой главе, терапевты могут делать выбор, чтобы вести себя обдуманно, прямо и активно, без снижения эмпатии. Терапевтические отношения, равно как и осознанное и сострадательное обращение к ПТП, имеют важное значение для оказания помощи клиенту.



# 9

## Помощь клиентам в преодолении избегания

Психотерапия — это эмоциональный контекст. Наши клиенты могут чувствовать разочарование, безнадежность, стыд, вину, злость, пустоту, одиночество и другие негативно окрашенные аффективные состояния. Конечно, они также чувствуют надежду, спокойствие, счастье, оживленность и другие позитивно окрашенные аффективные состояния. Между всем этим есть уязвимость и упертость, сомнение и азарт. Порой возникает значимая межличностная связь с терапевтом, иногда — взаимное восхищение. Однако иногда клиенты или терапевты могут испытывать недоверие и подозрение друг к другу. Со всеми этими эмоциями, которые приходят и уходят, терапия может быть непредсказуемым и изменчивым опытом для наших клиентов. Несмотря на то, что выгоды могут изменить жизнь, а именно надежда на перемены приводит наших клиентов в клинику, ощущаемые непредсказуемость и неконтролируемость психотерапии могут привести к беспокойству и избеганию. Приближение и избегание — это классическая дилемма амбивалентности. Когда дело доходит до психотерапии, амбивалентность является скорее правилом, чем исключением.

Психотерапия — это пространство для изучения новых способов относиться к себе и к другим. Это уникальный контекст, в котором уязвимость, готовность и искренность клиентов могут принести плоды в виде настоящих и доверительных отношений. Когда люди чувствуют, что скоро они могут оказаться в небезопасной ситуации, обязательно возникнет избегающее поведение. Неудивительно, что одним из самых распространенных типов препятствующего терапии поведения (ПТП), которое мы видим в психотерапии, является поведение избегания. Иными словами, контекст психотерапии вызывает эмоции и амбивалентное отношение к переживанию или выражению эмоций; в конечном счете, когда это случится, поведение избегания обязательно последует.

Большинство терапевтов наблюдали, как избегание мешает психотерапии. Мы видели много примеров за эти годы и ожидаем, что увидим их еще больше. Мы видели, как клиенты избегали говорить о вещах, которые для них наиболее важны, и только спустя много лет обнаружили, что наступили неблагоприятные последствия, отчасти потому, что они не хотели решать проблемы на более раннем этапе жизни. Мы видели, как психотерапия длилась много лет, принося мало улучшений, отчасти из-за того, что клиенты избегали обсуждать с нами вопрос о том, почему они не могут воспользоваться ключевыми элементами лечения. Мы видели, как клиенты тихо старались из всех сил, так никогда и не раскрыв нам того, чего они иногда хотели бы, их стыд подавлял важные для них темы месяцами или годами. Иногда эти вещи так и не раскрываются до окончания терапии. В других случаях у нас были клиенты, которые заканчивали терапию только для того, чтобы вернуться через несколько лет и признать, что все время они тайно хотели, чтобы мы смогли поговорить о каком-то особом переживании в их жизни.

Например, я (Зак Розенталь) давно лечил социально изолированного молодого человека, который был в депрессии. В дополнение к давним проблемам, связанным с депрессией, у “Билла” также были навязчивые идеи, касающиеся причинения вреда другим. Он стал одержим массовыми убийствами после бойни в школе Колумбайн. Чувствуя себя лишенным гражданских прав по сравнению с теми, кого он называл “нормальными людьми”, Билл открыто говорил о своем желании отплатить всем за то, как они обращались с ним. Он был полон обиды, но не психотичен или озлоблен, и был склонен к разработке фантазий о том, как он убьет других. Естественно, лечение сделало своей мишенью эти навязчивые идеи, а также симптомы депрессии, и после почти года диалектической поведенческой терапии (ДПТ) Билл был менее подавлен и успешно научился справляться со своей тягой причинять вред другим. Фантазии были концептуализированы как реакция избегания, и он научился новым способам регулирования своего аффекта, вместо того чтобы заикливаться на том, чтобы причинять боль другим. Он оставил идею совершения массового убийства. Было осторожно признано, что мысли о нанесении вреда другим не имеют твердого намерения, четкого плана, и не предпринято никаких шагов под их влиянием. На фоне того, что Билл не сообщал о причинении вреда другим людям или насилия в прошлом, а также находился под постоянным клиническим наблюдением, было сделано заключение, что не

было необходимости сообщать куда-либо о его мыслях о нанесении вреда другим. Лечение прошло успешно.

За исключением того, что все это время Билл ждал, чтобы раскрыть секрет, который он скрывал на протяжении всей терапии. Это было то, по поводу чего он чувствовал глубокий стыд, что-то, чего он никогда никому не говорил, что-то, что, по его мнению, было гротескным и свидетельствовало о том, что он в корне испорчен как человек. Билл испытывал сексуальное возбуждение от садистских и мазохистских действий. Он отрицал, что когда-либо действовал таким образом, говорил, что никогда не причинял вреда себе или другим, а вместо этого фантазировал об этом сексуальном опыте. Из-за этого влечения он нагромождал стыд и бесчеловечное чувство отвращения к себе. Он держал это в тайне, пока не почувствовал себя в безопасности. После года психотерапии со свинцовыми гирями на ногах его подвижки в лечении и возможные улучшения замедлились, но не прекратились. Он избегал раскрытия своего секрета, но когда он это сделал, то сказал, что чувствует себя разрешившимся от бремени и освобожденным от своих добровольных эмоциональных цепей. Избегание Билла было тайным и невербальным до того самого момента, когда он решил, что пришло время, и выразил свою ненависть непосредственно. Иной раз избегание обнаружить немного легче.

Избегание — это сиамский близнец амбивалентности в отношении получения психотерапии. Во всех видах психотерапии должно учитываться избегание. С одной стороны, клиенты хотят перемен и нуждаются в них, иногда отчаянно. С другой стороны, они могут бояться, смущаться или испытывать другие эмоции, которые мешают возможности полностью участвовать в лечении, как Билл. Они могут видеть пункт назначения в психотерапии как остров в поле их зрения за водоемом, но путешествие требует, чтобы они пересекли пролив между сушей и этим островом надежды. Даже когда клиенты заходят в воду, даже когда они делают большие шаги, то, что плавает в воде рядом с ними, может быть пугающим. В пути перспектива изменений совсем другая. Представлять, что вы пересекаете этот канал, больше не является интеллектуальным упражнением. Теперь линии видимости покачиваются вверх и вниз, остров во время плавания выглядит иначе, соленая вода попадает в глаза, кажется, что прогресс происходит медленнее, чем ожидалось. Все это приводит к тому, что клиент с большой вероятностью будет избегать или сбежит, вернувшись на сушу, или перейдет к другому подходу. Прогресс может иметь место, но до тех пор, пока



этот остров не будет достигнут, клиент может чувствовать себя истощенным и скептически настроенным или, что еще хуже, может чувствовать себя неудачником и быть парализованным безнадежностью и тревожными размышлениями. В этой главе мы обсудим, как концептуализировать избегание в контексте ПТП, и предложим стратегии, которые терапевты могут использовать, чтобы помочь клиентам продолжать ориентироваться в этом путешествии.

## Концептуализация избегания как препятствующего терапии поведения

В контексте психотерапии избегание имеет смысл, и может быть понято как набор вариантов поведения, связанных с нейробиологией человека. Нейробиологически некоторые из процессов, присущих психотерапии, могут вызывать реакции в эмоциональном центре нашего мозга, лимбической системе, которая инициирует последующие эффекты в форме наблюдаемого поведения. Так, например, когда клиент беспокоится о том, что будет происходить на следующем сеансе терапии, вечером перед визитом в клинику напоминание о назначенном визите может сработать так, что вызовет нервную активность в миндалине и других невральных субстратах того, что Джозеф Э. Леду [*LeDoux*, 2003] и другие назвали нашей схемой страха или схемой выживания, запускающей каскад сложных событий в центральной и периферической нервной системе, завершающийся поведенческим избеганием вызывающих тревогу сигналов (то есть не приходиться вовремя, если вообще приходиться на психотерапевтическую сессию). Защитные мотивационные реакции могут возникать, когда люди — все люди, независимо от того, являются ли они клиентами, — сталкиваются с сигналами, которые вызывают отрицательный аффект. Эти реакции могут активировать то, что Джон Грей [*Gray*, 1987] назвал системой поведенческого торможения, заstopорить попытки рисковать или что-то менять. Это избегание, когда оно усиливается с течением времени, может стать тем, что клиент делает в разных контекстах, тем, что соответствует личностному изменению, называемому избеганием вреда [*Cloninger*, 1986], и может стать фактором риска возникновения проблем с психическим здоровьем.

Избегание и бегство связаны, но это разные виды поведения. Избегание происходит, когда клиент делает все, что работает, чтобы предотвратить столкновение с аверсивным стимулом. Стимул может быть внутренним

(например, мысли, эмоции) или внешним (то есть что-то наблюдаемое) и часто воспринимается как аверсивный из-за прямого обусловливания. Например, одна клиентка, “Холли”, сказала в начале терапии, что она искала активного и директивного терапевта после того, как в прошлом у нее был разочаровывающий опыт с терапевтами, которые предлагали мало прямого руководства и молчали во время сеансов. Холли дала понять, что ей нужно как можно скорее уменьшить количество панических атак, и что ей нужна терапия, предлагающая решения. Казалось бы, легко отреагировать на просьбу Холли, используя когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) для паники, в данном случае эмпирически усиленную терапию контроля паники, разработанную Барлоу и коллегами [Craske & Barlow, 2007]. Это подход с использованием руководства, который работает для многих людей с паническим расстройством и с агорафобией, или без нее. Как и в случае с любой когнитивно-поведенческой терапией, он может быть подан поддерживающим способом, но его лучше не определять как поддерживающую терапию. После нескольких диагностических сессий Холли расстроилась, сказав, что это ничем не отличается от того, что у нее происходило раньше с ее предыдущими терапевтами, которые оказывали поддержку, но не помогли ей уменьшить непосредственно приступы паники. После внимательного рассмотрения этой тревоги стало ясно, что беспокойство Холли по этому поводу было вызвано именно теми моментами в терапии, которые были менее директивными. Когда задавали открытый вопрос, или поощряли больше делиться в рефлексивном ключе, или кратко суммировали, Холли все более раздражалась. Этот пример иллюстрирует, как вопросы терапевта и акцент на поддержке напоминали Холли о предыдущих неэффективных методах лечения. Определенные типы поведения психотерапевта стали условными стимулами для ее условных реакций, в данном случае ее воспоминаний о предыдущей терапии и связанных с ней тревогах.

Иногда избегание происходит из-за прямого классического обусловливания, как в этом примере. Тем не менее в других случаях избегание происходит, когда клиент реагирует на сигналы на сеансах психотерапии, которые никогда не были напрямую связаны с тем же поведением терапевта в прошлом. Это может происходить, например, когда клиенты избегают говорить на определенные темы, потому что эти темы, хотя и не связаны напрямую с негативными последствиями, функционально аналогичны другим темам, которые были связаны с негативными последствиями. Одна клиентка, Анника, как-то сказала одному из нас, что никогда не хотела бы говорить о своей работе. Она

продолжала говорить: “Все идет очень хорошо”, а затем меняла темы. В конце концов она поняла, что ее работа идет так хорошо, что она боится говорить об этом, поскольку это вызывает у нее чувство беспокойства о том, что она не сможет продолжать долго работать так же хорошо. То, что было успешно для нее в прошлом, включая отношения с мужчинами, резко ухудшалось, как только она начинала чувствовать себя комфортно. Анника выработала функциональную реакцию — избегать разговоров об успехе на работе из-за словесной ассоциации с успехом в других контекстах и последующими серьезными проблемами. Не имело значения то, что она всегда была успешной на работе. Она не хотела говорить вообще о чем-либо, что складывается удачно, потому что этот класс событий был связан у нее с негативными последствиями. Этот тип выработанной вербальной реакции может иногда объяснять избегание клиента на психотерапевтических сессиях и быть полезным способом осмыслить избегание как ПТП.

Избегание в психотерапии может быть обусловлено классически или происходить через выработанную вербальную реакцию [Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996]. Кроме того, избегание может быть когнитивным (например, не слушать терапевта, мечтать, диссоциироваться) или поведенческим (например, просить терапевта не говорить на определенную тему до того, как об этом пойдет речь, опаздывать, не соблюдать правила терапии).

Если избегание функционирует, чтобы дистанцироваться от надвигающейся аверсивной стимуляции, то бегство является поведенческим процессом, при котором человек дистанцируется от аверсивного стимула, когда он уже присутствует. Наряду с избеганием клиенты используют бегство. Это, например, смена темы, когда эмоции слишком болезненны, переключение разговора и тому подобное. Поведение бегства также может быть когнитивным или поведенческим, может запускаться автоматически через классически обусловленные реакции с сознательным намерением или без него либо может быть вызвано выработанными вербальными связями между репликами на психотерапевтической сессии и тем, что существует в истории клиента. Вообще говоря, аналогичные стратегии ДПТ могут использоваться для управления избеганием и бегством как ПТП. В табл. 9.1 приведено несколько распространенных примеров того, как клиенты избегают неприятных стимулов в процессе психотерапии, используя стандартный сценарий, по которому клиенты не очень-то много говорят об огорчительных событиях своего прошлого. В этой таблице рассмотрим

сценарий, по которому клиент намекнул вам, что нечто неприятное произошло несколько месяцев назад, а избегание становится очевидным, когда клиента просят поделиться более подробной информацией, и он не желает этого делать. Этот вопрос сигнализирует клиенту о том, что негативные эмоции могут приближаться, и функция избегания снижает вероятность возникновения аверсивной реакции.

**Таблица 9.1. Распространенные способы избегания, которыми пользуются клиенты в процессе психотерапии в ответ на вопрос о неприятном жизненном событии**

	Когнитивный	Поведенческий
Вызванный автоматически	Неспособность вспомнить неприятные события из-за расстройства после того, как терапевт попросил вспомнить эти события. (Например, “Я не помню многое из того, что произошло”).	Обусловленные эмоциональные реакции (например, гнев, стыд), когда задан конкретный вопрос, что приводит к эмоциональной дисрегуляции и изменению темы на далекую от вопроса о неприятном жизненном событии
Осознанно выбранный	Принятие решения не говорить о неприятном жизненном событии, абстрагировавшись, игнорируя или вообще не слушая терапевта, чтобы уменьшить шансы расстроиться	Настаивание на том, что терапевт должен услышать много подробностей о других событиях, для задержки ответа на вопрос терапевта о неприятном событии

## Стратегии работы с препятствующими терапии бегством и избеганием

В этом разделе мы предлагаем и описываем способы, с помощью которых терапевты, не относящиеся к диалектико-поведенческому направлению, могут обращаться с поведением избегания и бегства, которые препятствуют терапии. Мы концентрируемся на различных стратегиях и навыках, включая диалектические стратегии, осознанность, навыки межличностной эффективности, навыки регуляции эмоций, техники экспозиции и внушения для работы с избеганием, когда оно мешает терапии в контексте групповой психотерапии.

## Использование диалектических стратегий для вовлечения клиентов и повышения их коммитмента по отношению к изменениям

Крайне важной задачей для любой психотерапии является необходимость преодоления избегания коммитмента и действий, которые могут помочь клиентам создать жизнь, которую они будут ценить, и не случайно они обратились к вам, чтобы вы помогли им это сделать. Когда клиентам трудно заниматься психотерапией, эти подходы могут использоваться для повышения мотивации клиента к изменениям.

Все усилия по повышению мотивации прямо связаны с несколькими вещами: а) мотивация — это побуждение к действию, о чем свидетельствует поведение, а не то, о чем говорят сами клиенты; б) клиенты имеют неотъемлемую способность меняться, хотя им часто нужна помощь в том, чтобы эти изменения произошли; в) навыки ДПТ могут помочь клиентам внести изменения; и г) изменение поведения у клиентов происходит через те же базовые процессы, которые лежат в основе изменения поведения у не-клиентов. В табл. 9.2 приведены способы, с помощью которых эти стратегии ДПТ могут помочь регулировать избегание как ПТП.

**Таблица 9.2. Способы, которыми диалектические стратегии могут помочь управлять избеганием как препятствующим терапии поведением**

Избегающее препятствующее терапии поведение	Диалектические стратегии	Примеры
Не хотеть пробовать использовать навыки осознанности	Нога в двери	Я вижу, что пробовать осознанность — это что-то новое для вас, и что это не похоже на то, к чему вы чувствуете себя особенно открытым. Я видел такое раньше, и я хорошо понимаю, как это бывает. Мне интересно, может быть, вы будете готовы хотя бы один раз на этой неделе, всего 5 минут, использовать практику осознанности? Может быть, вы даже хотите попробовать здесь, со мной 1-2 минуты, чтобы понять, о чем я говорю? Это то, к чему вы могли бы быть открыты?

Окончание табл. 9.2

Избегающее препятствующее терапии поведение	Диалектические стратегии	Примеры
Сдаваться в начале терапии, говоря, что это безнадежно, и он никогда не сможет измениться	Дверь в лицо	Я понял. Вы были на терапии раньше, и это нелегко для вас. Будет трудно сделать эти изменения. И есть часть вас, которая продолжает говорить, что перемены никогда не произойдут. Однако позвольте мне спросить вас кое о чем, поскольку мы находимся в самом начале терапии: готовы ли вы взять на себя обязательство не причинять себе вреда, пока мы работаем вместе?
Пропускать встречи, отказываться делать домашние задания, постоянно демонстрировать поведение, показывающее, что терапия будет трудной	Приготовление лимонада из лимонов	Я знаю, вы пропустили некоторые встречи, и все еще учитесь использовать полученные навыки. Нам предстоит много работы. Тем не менее я с вами. Я готов помочь вам. И знаете, давайте посмотрим, что вы сделали. Вы находитесь сегодня здесь, хотя могли бы никогда больше не приходить. Вы пытались использовать новые навыки, о которых узнали в прошлый раз, когда мы виделись. Так что же не было сделано идеально? Я хочу сказать, что я очень рад видеть вас снова, и что вы пытаетесь делать эту терапию. Я никогда не видел, чтобы кто-нибудь делал эту терапию идеально, это трудно для всех, так что знайте, что мы именно там, где должны быть. Можем ли мы договориться, что попробуем решить проблему с пропуском встреч? Мы можем разобраться в этом. Я уверен. И хотя решение проблемы может показаться мучительным и неприятным, когда мы разберемся в этом, мы сможем найти решения для вашей жизни вне терапии, чтобы помочь вам в положенное время работать, быть дома с подругой, когда она ждет вас, и лучше справляться со всеми вашими обязательствами. Мы сможем сделать лимонад из этих лимонов!

## **Использование практик осознанности для уменьшения избегания**

Практика осознанности является противоядием от избегания внутреннего опыта. Многие из наших клиентов разработали невосприимчивые к контексту паттерны избегания своих мыслей, чувств и физических ощущений. Они стараются не иметь внутренних переживаний, которые у них есть; избегают эмоций. Нежелательные мысли и мысли, причиняющие беспокойство, также избегаются. Разве кто-то хочет иметь неприятные физические ощущения дистресса, когда можно избежать их? ДПТ не имеет патента на осознанность; действительно, практикам осознанной медитации уже тысячи лет. Сегодня они оформлены ДПТ и другими современными методами КБТ как часть эмпирически обоснованных методов лечения. Однако осознанная медитация — это то, что любой клиницист может использовать в своей практике. Вам, конечно, необязательно быть ДПТ-терапевтом, чтобы использовать осознанность для помощи вашим клиентам, чтобы они перестали избегать внутреннего опыта.

Что может сделать осознанность, чтобы помочь с избеганием? В ДПТ практики осознанности являются стандартными в начале и/или в конце каждой сессии группы обучения навыкам. Практика осознанности обычно занимает не более 10 минут, она следует после краткой ориентации на конкретную практику и заканчивается тем, что члены группы наблюдают и описывают свой опыт во время практики. Эти наблюдения конкретно касаются того, что было замечено во время практики, и не включают рассказывание историй, обработку своего опыта, когда кто-то другой описывает свой опыт или что-то еще. Чтобы непосредственно сформировать навык наблюдения и описания ощущений такими, какие они есть, а не того, о чем говорит оценочный ум путем интерпретаций и оценок, постпрактика обмена опытом преднамеренно описательна и сфокусирована на настоящем.

## **Выделение и выбор избегания как мишени с помощью навыков межличностной эффективности**

Одна из стратегий, которую используют ДПТ-терапевты для предотвращения поведения избегания или реагирования на него, заключается в использовании навыков межличностной эффективности, которые клиенты

изучают при групповом обучении навыкам. Ряд навыков межличностного общения может быть использован для управления ПТП, связанного с избеганием. Например, один из наших фаворитов, который может быть чрезвычайно полезным, — ПРОСИ\_ТАК (табл. 9.3) [Linehan, 1993b, 2015]. Это аббревиатура для набора навыков, используемых для эффективной просьбы о чем-либо или отказа в удовлетворении просьбы. Это основной инструмент для обучения клиентов тому, как сделать, чтобы другие относились к ним серьезно, без необходимости быть пассивными или агрессивными. Это способ достижения цели в межличностной ситуации, когда достижение этой цели является приоритетом, определенным в этом контексте. Используя общий пример избегания самого сеанса терапии в качестве ПТП, посмотрите на табл. 9.3 и затем прочитайте следующую расшифровку того, как терапевт может реагировать на пропущенные сеансы терапии как ПТП избегания.

**Таблица 9.3. Использование навыков эффективности достижения результата (ПРОСИ\_ТАК) для управления пропусками сеансов терапии как связанным с избеганием препятствующим терапии поведением**

Шаг в ПРОСИ_ТАК	Описание	Как терапевт мог бы использовать ПРОСИ_ТАК
Проговорите факты	Кратко опишите ситуацию, которая имеет непосредственное отношение к избегающему поведению, без каких-либо оценок или интерпретаций	За год терапии мы прошли долгий путь вместе. В прошлый раз, когда мы встретились, вы сказали мне, что боитесь, что мы можем начать говорить о полученной вами в молодости травме. И с тех пор в течение последних 3 недель вы не приходили на приемы
Расскажите об эмоциях	Выразите чувства и/или мнения о ситуации в доступной форме	Я задавался вопросом, что изменилось, потому что в течение многих месяцев вы были здесь каждую неделю, как часы. Я надеюсь, что мы сможем поговорить об этом сегодня, чтобы мы могли понять, что изменилось, и вернуть вас в нужное русло



Шаг в ПРОСИ_ТАК	Описание	Как терапевт мог бы использовать ПРОСИ_ТАК
Озвучьте свою точку зрения	Просите то, что хотите, или скажите четкое “нет” с выразительностью, соответствующей ситуации	Я хотел бы поговорить с вами сегодня о том, что мешало вам приходить на наши встречи
Сообщите о взаимной выгоде	Четко укажите, какую выгоду получит другой человек от выполнения запроса	Я уверен, что, говоря об этом, мы сможем выяснить, что нам нужно делать здесь, чтобы мы двигались к вашим терапевтическим целям
Игнорируйте все постороннее, осознанно взаимодействуйте с собеседником	Оставайтесь осознанно сфокусированными на целевом запросе, несмотря на отвлекающие факторы	<i>(Если клиент отклоняется от запроса, говоря о чем-то еще)</i> . Да. Это звучит как то, о чем мы можем поговорить. Но, прежде чем мы это сделаем, думаю, вы не будете возражать, если мы поговорим о том, что мешало вашему посещению терапии в последние три недели?
Твердо и уверенно держитесь	Говорите и ведите себя уверенно	Терапевт смотрит в глаза клиента, сидит прямо, говорит доброжелательно и без обиняков
Активно договаривайтесь	Если человек не соглашается, попробуйте вести переговоры эффективным способом. Будьте готовы пройти навстречу свою половину пути, отдать, чтобы получить	Тогда ОК. Давайте поговорим о том, что случилось с вами на работе, и потом мы непременно поговорим о том, что мешало вам прийти на терапию. Возможно, эти две вещи связаны, и я подумаю, как мы можем поступить

**Терапевт.** Вы знаете, когда я слушаю, как вы рассказываете мне о том, что произошло на прошлой неделе с вашим парнем, то должен сказать, что я не только расстроен этим расставанием, но и осознаю, как тяжело это должно быть для вас. Я хотел

бы еще поговорить об этом. Но вот в чем дело: мы говорили в первой половине нашей встречи об этом действительно печальном разрыве отношений, и, как бы это ни было для вас важно, я бы хотел, чтобы вы заметили, что мы НЕ говорили о том, что прошло уже три недели с тех пор, как вы последний раз приходили на терапию.

**Клиентка.** Я знаю, я знаю. Я действительно хотела приехать сюда, но все было так...

**Терапевт.** Я рад слышать, что вы хотели быть здесь. Мы проделали много действительно хорошей совместной работы за последние несколько месяцев. И вы сделали несколько довольно изумительных изменений в своей жизни.

**Клиентка.** Спасибо. Я просто не знаю, что делать со своим парнем. Или я думаю, теперь он мой бывший парень (*начинает плакать*).

**Терапевт.** (*Пауза, осознанно уделяет внимание эмоциям.*) Есть многое, о чем можно поговорить, чтобы попытаться понять это, и много эмоций, в которых нужно разобраться. Совершенно очевидно, что вы чувствуете себя такой унылой и расстроенной. Давайте вернемся к тому, как вы себя чувствуете, через минуту, хорошо? Я бы хотел вас кое о чем спросить.

**Клиентка.** ОК.

**Терапевт.** (*Начинает использовать навыки ПРОСИ\_ТАК, делая мишенью избегание терапевтических сессий.*) Прошло три недели, с тех пор как вы в последний раз были на терапии, и вы не приходили еженедельно на прием. За эти три недели ваши отношения с парнем рассыпались в прах. Когда я вас видел в последний раз, насколько я помню, казалось, что с ним все в порядке (*ПРОГОВАРИВАЕТ ФАКТЫ*).

**Клиентка.** Это правда, но, оглядываясь назад, я думаю, что все было не так.

**Терапевт.** Это может быть правдой. Но что-то действительно начало меняться в последние несколько недель, верно?

**Клиентка.** Да, я имею в виду, я говорила вам, что узнала, что он изменил мне несколько недель назад, и что он хочет, чтобы у нас

сейчас были открытые отношения. Я не знала, что делать. Я люблю его и хочу быть с ним, но я не хочу быть близкой с кем-либо еще, только с ним! Эта идея у меня вызывает такое отвращение. Зачем ему это нужно?

**Терапевт.** Да. Я понимаю. Вы любите его и никогда не хотели иметь открытых отношений. Он просит то, что противоречит вашим ценностям (*утвердительно кивает головой*).

Когда вы не появлялись на приеме в последние три недели, зная, насколько вы были раньше последовательны в посещениях, я действительно начал беспокоиться, что что-то помешало вам быть здесь (*РАССКАЗЫВАЕТ ОБ ЭМОЦИЯХ*).

Все в порядке. Я так рад, что вы сегодня здесь (*ОЗВУЧИВАЕТ СВОЮ ТОЧКУ ЗРЕНИЯ*). Можем ли мы немного поговорить о том, что помешало вам прийти на наши встречи? (*СООБЩАЕТ О ВЗАИМНОЙ ВЫГОДЕ*.) Я думаю, что если мы поймем это, мы сможем выяснить, что сделать, чтобы убедиться, что, когда у вас не все в порядке, вы все еще можете и готовы прийти на наши сеансы терапии. Когда дела обстоят хуже всего, это может быть безопасное место, где вы можете получить помощь. Это как укрытие от внезапного и сильного ливня, место, где можно остыть, когда солнце жарит вас летом.

**Клиентка.** Я знаю. И мне так плохо, что я пропустила наши сессии. Но это было просто ... с ним все стало так безумно. Я ненавижу себя за то, что я сделала. Я не могла показаться здесь. Я не могла.

**Терапевт.** Вы чувствовали смущение или стыд?

**Клиентка.** Я бы не хотела говорить об этом.

**Терапевт.** Об этом трудно говорить. (*Терапевт ИГНОРИРУЕТ ПОСТОРОННЕЕ И ОСТАЕТСЯ ОСОЗНАННЫМ.*) И мы могли бы не говорить об этом, чтобы сейчас вы чувствовали себя менее несчастной. Но, с другой стороны, если мы поговорим об этом, это может помочь нам понять, как получилось, что в невероятно трудное для вас время — буря эмоций — вы не приходили на наши сеансы терапии, чтобы продолжать работу, которую вы делали.

**Клиентка.** Я сделала несколько ужасных вещей. Я сдалась. Я позволила ему поступать по-своему, и это было ужасно. Я сделала это для него, потому что это то, что ты должен делать, если любишь кого-то. Я не могла прийти сюда и поговорить о том, что происходит. Это позорно, унижительно.

**Терапевт.** Я так рад, что вы рассказываете мне об этом, и о том, как вы себя чувствуете. Вероятно, то, что вы чувствуете, что делаете сейчас, вызывает у вас сильный внутренний протест. Видимо, когда вам стало стыдно, вы перестали приходить на наши встречи, что вполне понятно, потому что именно так поступают люди, когда им стыдно, — они прячутся от других, уходят в свою пещеру. И это то, что вы сделали, если я правильно вас понял?

**Клиентка.** Да, именно так. Можем ли мы поговорить о чем-то другом? Разговор об этом просто заставляет меня чувствовать себя такой грязной, такой плохой.

**Терапевт.** Похоже, вы сейчас чувствуете стыд.

**Клиентка.** Безуловно!

**Терапевт.** Вы делаете большую работу, не избегая своих эмоций прямо сейчас. Продолжайте, и мы справимся вместе (*АКТИВНО ТОРГУЕТСЯ*). У нас осталось около 15 минут. Давайте поговорим еще несколько минут о том, что мы можем сделать для того, чтобы вы сумели прийти на наши встречи, когда вам стыдно или когда дела хуже некуда. Это время, когда приход сюда может помочь больше всего. Давайте подумаем, сможем ли мы что-то сделать для того, чтобы быть уверенными в том, что даже когда дела пойдут хуже всего, вы захотите приехать сюда. Мы можем поговорить об этом в течение нескольких минут, а затем провести остаток времени, говоря о чем-то совершенно ином. Вы согласны?

**Клиентка.** ОК.

В этом примере есть несколько ключевых моментов, на которые следует обратить внимание. Во-первых, терапевт не использует навыки ПРОСИ\_ТАК одним махом. П, затем Р, О, С и так далее не должны выполняться

без прерывания. Вместо этого терапевт может быть терпеливым и использовать каждый элемент в транзакционном потоке диалога. В этом случае терапевт часто использовал валидацию, и, что важно, валидация использовалась до того, как терапевт попросил клиента. Валидация предшествовала шагам “Озвучивать точку зрения” и “Сообщать о взаимной выгоде”, а также предшествовала шагам “Игнорировать, Быть осознанным” и “Активно договариваться”. Валидация была краткой, точной, и была немедленно связана с шагами ПРОСИ\_ТАК. Эта последовательность шагов является частью искусства использования ПРОСИ\_ТАК и других стратегий изменений для управления ПТП. Валидация обнадеживает и утешает; клиент может чувствовать себя услышанным и понятым и, в результате, может стать более открытым для вопроса о том, что мешало ему прийти на терапию в предыдущие три недели.

Кратко говоря, навык ПРОСИ\_ТАК используется, чтобы помочь клиентам, которые сталкиваются с серьезными проблемами, чтобы попросить то, чего они хотят, или эффективно отказать другим. Мы думаем, что это навык, в результате использования которого клиницисты всех терапевтических направлений могут получить преимущество в виде способа предотвращения избегания клиента или реагирования на него. В данном случае речь шла о пропущенных сеансах терапии, и поскольку это легко реализовать, ПРОСИ\_ТАК можно использовать для широкого спектра клиентских ПТП, которые функционируют как избегание: опоздание на сессию, настойчивый разговор о проблемах не по теме, пустая болтовня, невыполнение домашних заданий и так далее. ПРОСИ\_ТАК — эффективный инструмент, который терапевты могут использовать, чтобы убедить клиентов прекратить избегать терапию. ПРОСИ\_ТАК может использоваться, чтобы блокировать избегание и поощрять готовность приблизиться к эмоционально трудным вещам, которые являются фундаментальными для терапевтического успеха. Клиницисты, использующие ПРОСИ\_ТАК, могут улучшить клиентские результаты, помогая клиентам делать более быстрые изменения. ПРОСИ\_ТАК — это просто акроним для использования базовых навыков убеждения. Не только терапевты, но и все остальные люди используют это каждый день, чтобы получить то, что они хотят, выполнить свои задачи и сделать то, что им нужно. Если вы не уверены в эффективности этого навыка, попробуйте его несколько раз вне терапии. Попробуйте его в своей личной жизни и убедитесь, насколько это просто. Затем используйте его с вашими клиентами, чтобы управлять избеганием

как ПТП. Если вы проницательный наблюдатель, вероятно, вы поняли, что в этом последнем абзаце мы применили ПРОСИ\_ТАК к вам. Наша цель — побудить вас подумать об использовании ПРОСИ\_ТАК.

## Использование навыков регуляции эмоций для уменьшения избегания

В дополнение к навыкам межличностной эффективности ДПТ-терапевты используют навыки регуляции эмоций, чтобы управлять избеганием как ПТП. Навыки регуляции эмоций могут быть основаны на принятии или изменении. Интервенции, основанные на принятии, помогают клиентам испытывать свои эмоции, без избегания, бегства или неэффективного реагирования на них. Навыки регуляции эмоций, основанные на изменении, помогают клиентам изменить восприятие или выражение эмоций. Все это — когнитивные и поведенческие навыки, способы регулирования аффекта, чтобы клиент был эффективным в данный момент, таким образом приближаясь к достойной жизни. В ДПТ клиенты изучают эти навыки в группах по обучению навыкам, но эти навыки могут использоваться и вне ДПТ терапевтами, не практикующими навыки ДПТ. Итак, читая следующие примеры, подумайте, как вы можете применить эти навыки в собственном терапевтическом подходе. Подумайте, как примеры навыков регуляции эмоций, которые терапевты могут использовать для управления избеганием, могут быть применимы в вашей практике.

### Ориентированные на принятие навыки регуляции эмоций

Навыки регуляции эмоций, основанные на принятии, призваны помочь клиенту быть готовым испытывать неприятные эмоции во время их подъемов и спадов без попыток изменить форму или частоту этих переживаний. Такие навыки могут быть различными по форме и могут применяться во многих контекстах в терапии, вызывая избегание. Рассмотрим следующий простой и широко распространенный пример. Терапия обычно вызывает негативные эмоции, и клиенты, как правило, чаще других, могут совершать бегство или избегать неприятных эмоциональных переживаний. Стивен С. Хейс и соавторы [Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996] назвали это общее явление избеганием опыта и описали его как обычный, а не патологический по характеру, результат того, как люди обращаются со своими

мыслями и личными эмоциональными переживаниями. Психотерапевты всех теоретических направлений, вероятно, могут согласиться с тем, что тенденция избегать внутреннего опыта повсеместна в связи с многими проблемами психического здоровья во всех видах психотерапии. Избегание опыта может помочь клиенту получить временное облегчение, удерживая его в стороне от чего-то неприятного или неудобного для восприятия. Избегаемое переживание может быть негативным аффективным состоянием — стыд, вина, грусть и так далее, — или оно может быть положительным аффективным состоянием, таким как надежда, радость или любовь. Поведение избегания и поведение побега принимают различные формы и негативно подкрепляются, что делает вероятным их повторение в подобных терапевтических контекстах в будущем. Клиенты отвлекаются, меняя тему, они реагируют на стыд, выражая гнев, и они избегают грусти и боли, говоря о незначительных ежедневных неприятностях. Клиенты со всеми видами возникающих проблем и психиатрическими диагнозами демонстрируют избегание опыта в терапии. Исследования по избеганию опыта позволили предположить, что это может быть основным признаком, характерным для широкого спектра проблем психического здоровья, включая расстройства настроения, личности, пищевого поведения, тревожные расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ [Hayes et al., 1996].

Когда клиент избегает опыта на терапевтической сессии, у терапевта есть много вариантов. Должен ли он молчать, слушать и позволять клиенту придерживаться выбранного им направления? Или терапевт должен перенаправить клиента в сторону того, что он избегает? Что если терапевт боится, что попытки перенаправления могут восприниматься клиентом как аверсивные? Что произойдет, если лучшие терапевтические намерения приведут к тому, что клиент будет расстроен? Что должен делать терапевт, когда он обеспокоен тем, что клиент будет огорчен, если ему помочь приблизиться к избегаемому и испытать это? По нашему опыту, этот страх привести клиента к неприятным чувствам — самая распространенная причина, по которой терапевты не говорят напрямую об избегающем поведении клиента в терапии или не управляют этим поведением. Мы хотим помочь клиницистам научиться преодолевать этот барьер без ущерба для отношений. Более того, использование навыков регуляции эмоций для управления избеганием как ПТП может не только предотвратить избегание, но также может помочь улучшить качество терапевтических отношений. Эти конкретные техники

могут работать для усиления общих факторов терапевтического процесса, в том числе доверия, внимания, уважения и понимания клиента.

Одним из примеров стратегии, основанной на принятии эмоций, которую ДПТ-терапевты используют для блокирования избегания, является осознанность. Эмоции, вызывающие избегание, могут быть опасными, рискованными или болезненными для клиента. Эти эмоции могут спровоцировать наших клиентов, и, как внезапно пойманная рыба, клиент может автоматически и рефлекторно отскочить в противоположном от опасности направлении.

Осознанность эмоций позволяет клиентам научиться наблюдать и описывать, чувствовать и испытывать те эмоциональные переживания, которые уже есть. В качестве способа удержать клиента от бегства, чтобы помочь ему переобучить свой мозг и изменить поведенческие реакции, чтобы не отвлекаться от эмоций, ДПТ-терапевты используют практики осознанности во время терапевтических сессий. В табл. 9.4 приведены способы этих практик.

**Таблица 9.4. Способы использования осознанности для управления избеганием как препятствующим терапии поведением**

Избегание клиента	Навык осознанности	Пример использования осознанности терапевтом
Клиент начинает терапевтическую сессию с разговора на поверхностные или эмоционально отстраненные темы, что занимает много времени	Упражнение на осознанность в начале сессии	Прежде чем углубиться в нашу сессию, позвольте начать с практики осознанности. Мы можем сделать это кратко, чтобы потом мы с вами в этой комнате в следующие 45 минут полностью сконцентрировались на том, о чем нам нужно поговорить, чтобы помочь вам. Практика поможет нам обоим отпустить мысли о том, что произошло до этого момента, до этой сессии, а также мысли о том, что может произойти после этого момента, позже в этот день и так далее. Практика осознанности поможет нам оставаться в текущем моменте и осознавать происходящее здесь и сейчас, чтобы мы могли делать сегодня нашу работу наилучшим образом



*Продолжение табл. 9.4*

Избегание клиента	Навык осознанности	Пример использования осознанности терапевтом
Клиент расстраивается во время сессии и избегает темы, которая вызвала его чувства	Осознанность текущих эмоций, мыслей или действий	Я, конечно, понимаю, почему вы не хотите говорить об этом. Это огорчает. И зачем вообще вы должны говорить о чем-то, что заставляет вас так себя чувствовать? Я это понимаю. А что если бы вы вместо этого, потратив немного времени, смогли вместе со мной понаблюдать за мыслями, эмоциями и побуждениями, которые вы испытываете, когда так себя чувствуете? Давайте на пару минут погрузимся в эмоциональную боль этого момента, прежде чем начнем говорить о чем-то еще. Если вы готовы, я попрошу вас закрыть глаза и начинать вдохи и выдохи, сконцентрировав внимание на наблюдении за своим дыханием. Теперь представте, как вы наблюдаете любые внутренние переживания, как будто стоя на мосту, и смотрите, как машины проезжают мимо вас на оживленной городской улице. Наблюдайте за каждой мыслью как за мыслью, за каждой эмоцией как за эмоцией, за каждым побуждением сделать или сказать что-то, как за побуждением

*Продолжение табл. 9.4*

Избегание клиента	Навык осознанности	Пример использования осознанности терапевтом
Клиент становится раздраженным или злым после разговора о чем-то, что вызвало грусть, печаль или стыд	Осознанность первичной эмоции	<p>Вы расстроены и, кажется, чувствуете гнев или раздражение. Хотя, знаете что? Я заметил, что всего минуту назад вы находились в другом эмоциональном пространстве, ощущали то, что казалось грустью, а затем после этой грусти внезапно вас охватило что-то другое. Это важный процесс. Могли бы вы обратить ваше внимание, на данный момент, на эмоции, которые вы сейчас испытываете? Вы можете закрыть глаза и наблюдать за ощущениями в своем теле. Начните с ног и медленно скользите лучом своего сознания по всему телу до макушки головы. Отмечайте любые телесные ощущения. Эти ощущения могут дать нам подсказку о том, какие эмоции вы испытываете в глубине, глубже гнева. Наблюдайте за этими телесными ощущениями здесь и сейчас, и если появятся какие-либо мысли, которые отвлекают ваше внимание, пожалуйста, перенаправьте ваше внимание обратно на ваше тело. Делайте это в течение минуты, а затем мы можем продолжить</p>

Избегание клиента	Навык осознанности	Пример использования осознанности терапевтом
Клиент одержим самоосуждением или критикой, вместо того чтобы искать способы решения проблемы	Терапевт осознанно наблюдает за этим процессом и помогает клиенту не цепляться за правду этих мыслей	Когда вы заметите самоосуждающую мысль, прежде чем произнести ее вслух, можете ли вы сообщить мне, что есть такая мысль? Вы можете сказать “осуждающая мысль”, а затем продолжать говорить, хорошо? Навык состоит в том, чтобы поймать себя на осуждении и отметить его, чтобы оно не проходило незамеченным. Это мысль, которая есть, когда вы замечаете ее такой, какая она есть, но это не правда, а просто осуждающая мысль. Вы готовы сделать это прямо сейчас? И мы можем продолжать говорить
Клиент избегает пробовать новые навыки вне сессии	Планирование использования осознанности вне терапии	То, что мы пробуем делать, — это сложные вещи. Одно дело практиковать эти навыки здесь, со мной. И вы умеете это делать. Но другое дело — использовать их в самый острый момент вашей жизни за пределами этого кабинета, особенно когда вам нужно наиболее полно использовать эти навыки в стрессовые моменты. Я думаю, что практики осознанности в течение дня могут вам помочь. Это может быть на работе или дома, и это может быть очень короткая практика. Я думаю, что практики осознанности за пределами кабинета могут действительно помочь вам сделать следующий шаг в умении работать с вашим партнером. Можем ли мы поговорить об этом минуту?

## Навыки регуляции эмоций, ориентированные на изменения

Стратегии регуляции эмоций в ДПТ также включают способы управления избеганием как ПТП с помощью прямого изменения своих эмоций. Классический навык ДПТ, помогающий таким образом, называется противоположным действием. Навык противоположного действия основан на исследованиях, согласно которым эмоции могут быть изменены посредством приближения к стимулу, который вызывает эмоцию. Этот навык помогает клиентам понять, что эмоции не всегда являются сигналом реальной опасности. Как и в случае экспозиционной терапии, противоположное действие позволяет клиенту научиться отличать истинные тревоги от ложных и сигналы опасности от неприятного, но безвредного шума. Противоположное действие всегда должно выполняться безопасно и соответствовать целям и ценностям клиента, о которых нельзя забывать ни на минуту.

Основанные на экспозиции методы лечения, которые являются золотым стандартом поведенческой терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), обсессивно-компульсивного расстройства и тревожных расстройств, используют принципы, аналогичные тем, которые используют ДПТ-терапевты в противоположном действии. Какая бы эмоция у клиента не возникала (например, гнев на кого-либо), с этой эмоцией связано стремление к действию (например, кричать на этого человека). У этого стремления к действию есть функция (например, человек, на которого кричат, просит прощения), и в результате действие с этим стремлением усиливает вероятность связи эмоция–реакция в будущем. Напротив, действие, противоположное стремлению к действию (например, проявление доброты к другим, когда вы злитесь, или осторожное избегание человека, вызвавшего гнев), нарушает этот цикл подкрепления. Это может привести к тому, что клиент узнает в каждом конкретном случае, что определенный условный стимул не всегда предсказывает ранее обусловленные реакции.

Применяя противоположное действие, можно связать сигналы из контекста психотерапии (и в естественной среде, когда противоположное действие практикуется *in vivo*) с уменьшенной вероятностью авersive реакций. Возьмем в качестве примера использование противоположного действия в качестве стратегии для уменьшения избегания на сессии того, что вызывает грусть. Постоянно и сознательно делая выбор затрагивать тему, которая в прошлом вызывала грусть, несмотря на стремление избегать разговоров на эту тему, клиент может уменьшить интенсивность будущих побуждений избегать этой или других тем, вызывающих грусть.

Кроме того, в следующий раз, когда клиент заговорит на эту же тему, интенсивность грусти может быть немного меньше, или же может несколько уменьшиться ее продолжительность.

Как это может работать? Одна возможность состоит в том, что сигналы на психотерапевтической сессии, непосредственно связанные с наличием условных стимулов (например, вопросы, вызывающие в памяти эмоционально заряженные события), но без предварительно обусловленной аверсивной реакции (например, отрицательных эмоций), могут способствовать ингибиторному научению. Обстановка на терапии сигнализирует о том, что ранее избегаемые обусловленные реакции менее вероятны, клиент чувствует, что это безопасное место для доверия и для того, чтобы быть эмоционально уязвимым, и темы, связанные с грустью, можно исследовать с меньшим избеганием. В более общем плане этот процесс обусловленного торможения, лежащий в основе противоположного действия, может объяснить, почему этот метод может помочь клиенту в будущем с большей готовностью подходить к избегаемому условному стимулу (например, вопросы о семейной истории, которые могут быть заданы на свидании или при встрече с новыми людьми). Эта повышенная готовность подходить к сигналам, объективно связанным с аверсивно обусловленными реакциями, впоследствии увеличивает шансы на то, что клиент научится на опыте, что такие условные стимулы редко приводят к аверсивным реакциям. В результате клиент учится новому и более здоровому способу реагировать на сигналы, вызывающие эмоциональные воспоминания, и обладает более широким репертуаром реакций на вещи, которые в прошлом вызывали эмоции и реакции избегания или бегства. Это приводит к усилению мотивации и готовности меньше избегать, а взамен приближаться к большему количеству людей, мест и вещей, связанных с его жизненными ценностями и целями. В табл. 9.5 представлены примеры эмоций, нормативных тенденций к действию, связанных с этими эмоциями способов, которыми эти эмоции и тенденции к действию могут функционировать как избегание в психотерапии.

Давайте воспользуемся этими примерами эмоций и их последующими тенденциями к действиям во время психотерапии и представим, как терапевт, не практикующий ДПТ, может применить навык противоположного действия. В состоянии грусти побуждение клиента к действию может заключаться в том, чтобы избегать других, что приводит к пропуску назначенных сессий терапии. Побуждение к действию в сочетании с грустью — избегать людей.

Противоположное действие — сближаться с людьми. Таким образом, если цель состоит в том, чтобы использовать противоположное действие, чтобы помочь уменьшить пропуски терапевтических сессий, опоздания на сеансы или избегание психотерапии любым другим способом, терапевт может попытаться использовать действие, противоположное грусти. Клиента могут попросить обращаться к другим людям в качестве использования навыка противоположного действия, когда он испытывает грусть в течение недели. Когда грустно, клиента просят позвонить, отправить электронное письмо, текстовое сообщение или мгновенное сообщение кому-либо. Или клиент мог бы физически обратиться к другим, когда он чувствует грусть, вместо того, чтобы остаться дома одному, замкнуться в своей безопасной скорлупе. Противоположное действие — это, основанный на принципах навык, который используется для эффективного подхода к социальному контексту в соответствии с целями и ценностями клиента.

**Таблица 9.5. Эмоции, тенденции к действию и избегание как препятствующее терапии поведение**

Эмоции	Общие тенденции к действию	Избегание как препятствующее терапии поведение
Грусть	Социальная изоляция, плач, размышления о событиях, вызывающих грусть	Пропуски сеансов терапии, чрезмерные размышления о жизненных событиях, вызывающих грусть, не позволяющие обсуждать способы улучшения функционирования или уменьшения грусти
Гнев	Конфронтация или бегство	Выражение враждебности в ходе сессии, которая помогает избежать обсуждения определенных тем
Страх или тревога	Бегство или замораживание реакций	Обусловленные диссоциативные реакции на сигналы во время психотерапии, такие как действия терапевта или мысли, воспоминания, ощущения или эмоции клиента
Стыд или вина	Стремление спрятаться, скрыться или вести себя примирительно	Нежелание смотреть на терапевта, невосприятие вопросов терапевта или чрезмерная покладистость

В случае гнева тенденция к действию состоит в том, чтобы либо вообще избегать вызывающего гнев сигнала, либо нападать в направлении этого сигнала. Если клиент злится на то, что кто-то препятствует достижению важной для него цели, гнев является ожидаемой эмоцией. Если гнев выражается во время психотерапии и работает как избегание, как это часто случается, когда клиент выражает враждебность, сбрасывая напряжение во время сессии, но не решая проблемы, терапевт может попытаться использовать противоположное действие, чтобы изменить это поведение избегания и помочь клиенту научиться чувствовать себя менее злым и более способным управлять своим гневом. Например, клиенту может быть предложено сделать что-то, противоположное катарсическому выражению враждебности. Терапевт может мягко спросить клиента, желает ли он воздействовать на гнев в этот момент, выполняя противоположное действие. Затем терапевт может попросить клиента попробовать различные варианты поведения, противоположного его тенденции к действию, связанной с гневом. Это может быть попытка увидеть мир глазами человека, на которого он сердится (сострадание и сочувствие часто несовместимы с гневом и могут его подавлять), или говорить или делать что-то доброе или приятное для кого-то другого, даже не для объекта гнева клиента. Во всех этих ответах терапевт блокирует проявление клиентом враждебности, которая действует как избегание и, вероятно, не помогает клиенту.

Противоположное действие страху или тревоге, когда на сеансе терапии присутствует избегание сигналов, вызывающих эти эмоции, может быть облегчено тем, что терапевт просит клиента проявить готовность приблизиться и побыть в контакте с этими сигналами. Вместо того чтобы менять тему, когда тревога вызвана вопросом терапевта, терапевт может подтолкнуть клиента вернуться к теме, побыть с мыслями, связанными с темой, и отбросить веру в то, что эти мысли точно являются правдой, но позволять им существовать. Психологически связывая переживания, которые на практике вызывают избегающие реакции на сигналы тревоги, психотерапевт напрямую тренирует клиента учиться на собственном опыте, а не просто дает инструкцию становиться более психологически гибким. Избегание как реакция проблематично, когда оно контекстно-нечувствительное, жесткое и является привычным автоматическим реагированием на сигналы страха или тревоги. В терапии избегание опыта можно изменить, оставаясь в контакте, приближаясь или иным образом позволяя клиенту оставаться в психологическом контакте с аспектами контекста, вызывающими избегание.

В случае со стыдом или чувством вины противоположные действия могут быть использованы для управления избеганием как ПТП, помогая клиентам остановиться и подумать, оправданы ли эти эмоции, и как их можно немедленно изменить. Стыд и вина — это схожие моральные эмоции. Однако стыд часто считается эмоцией, для которой характерно негативное восприятие себя (например, “я плохой человек”), в то время как чувство вины характеризуется действиями или бездействием, которые оцениваются как негативные (например, “я поступил плохо” [Tangney & Dearing, 2002]). Чувство вины оправданно, если клиент демонстрировал поведение, несовместимое с его ценностями, тогда как стыд будет оправданным в том случае, если клиент был бы отвергнут важным лицом или группой, когда его поведение стало бы известно этим лицам. Стыд на сеансе терапии может быть оправданным, если клиент обманул своего партнера, и партнер рассматривает вопрос о разводе (то есть клиент фактически отвергнут важным лицом). Однако клиенту может быть стыдно рассказывать об этом терапевту, и если бы это было так, стыд не был бы оправданным, так как терапевт вряд ли отвергнет клиента за то, что он обманул своего партнера. В этом случае, поскольку эмоция оправданна по отношению к партнеру, умение избегать избегания может быть стратегией, основанной на принятии, такой как навык радикального принятия, связанный с осознанностью или устойчивостью к стрессу. Еще одна стратегия, которую следует использовать, когда эмоции оправданны, — это решение проблем (см. главу 3 для шагов по решению проблем), при котором клиент и терапевт активно подходят к обсуждению проблемы (что идет вразрез с избеганием) и рассматривают варианты, чтобы уменьшить ее влияние или решить ее. Клиент не может изменить тот факт, что обман произошел, но он может предпринять шаги, чтобы примириться с партнером, снизить напряжение в отношениях или, по крайней мере, дружески расстаться. Что касается стыда в контексте терапевтических отношений, стратегия противоположного действия может быть более уместной, потому что стыд является неоправданным, и, если клиент открыто рассказывает о том, что произошло, не стыдясь, это может помочь противодействовать тенденциям избегания (например, утаивание, умалчивание), связанным со стыдом.

Когда стыд и вина не являются оправданными, как это часто бывает, полезно противоположное действие. Когда эти эмоции не являются оправданными? Если основываться на применении того же принципа, который изложен ранее, то клиенты чувствуют эти неоправданные эмоции даже



после того, как они ведут себя в соответствии с их ценностями, не нарушают никаких законов, правил или этических норм и вряд ли двигаются к тому, что их отвергнут другие. Неоправданная вина или стыд возникают в психотерапии, когда клиенты особенно легко соглашаются с психотерапевтами, используют примирительный тон, приносят извинения за вещи, которые имеют второстепенное значение для психотерапевта, и тому подобное. Когда стыд и чувство вины неоправданны, клиенты могут часто включаться в избегающие действия как во время сессии, так и вне ее. Навык противоположного действия состоит в том, чтобы помочь клиенту снова и снова делать именно то, по поводу чего, он чувствует неоправданные, неуместные чувства вины или стыда, пока эти эмоции не пойдут на спад.

Прежде чем исследовать более детально, как это делать, давайте рассмотрим простой пример. “Мартину” охватывает жгучий стыд каждый раз, когда она изредка и немного (менее чем на 1 минуту) опаздывает на терапевтическую сессию. Она закрывает голову руками и затем погружается в стыдливые руминации таким образом, что это мешает движению к важным и согласованным терапевтическим целям. Это может быть или не быть запланированным, стратегическим, преднамеренным избеганием, но это и не так важно. Если поведение действует как избегание и это избегание препятствует процессу или получению результатов от терапии, его можно рассматривать как ПТП. Противоположное действие в этом примере может содержать просьбу терапевта о том, чтобы Мартина пришла с опозданием на несколько следующих терапевтических сессий, с целью помочь ей с состраданием и сотрудничеством усвоить то, что в этом случае не будет никаких неблагоприятных последствий и что быть несовершенной нормально, что это допустимо, даже обыкновенно. В долгосрочной перспективе с помощью этой намеренной практики, клиентка и терапевт могут работать вместе, чтобы напрямую клиентка научилась чувствовать меньше стыда или вины в ситуациях, когда случается такая форма поведения. Стыд и вина угаснут, если они неоправданы и с ними неоднократно контактируют. Когда это ПТП уходит, то у клиентки и терапевта становится больше времени на сессии, чтобы вместе работать над улучшением ее жизни.

Более нюансированным примером может быть то, что Мартине стыдно за себя каждый раз, когда она говорит во время терапии о невозможности выполнить некоторую задачу на работе. Она чувствует себя неудачницей по жизни, и в последнее время на работе она чувствует стыд особенно сильно. Всякий раз, упоминая о работе, она опускает голову, теряет

зрительный контакт и говорит так тихо, что ее едва слышно. Используя противоположное действие, чтобы изменить это поведение под действием стыда, терапевт может мягко попросить Мартину сесть в свое кресло, посмотреть терапевту в глаза и поддерживать зрительный контакт, в то же время более четко рассказывать о том, что происходит на работе. Все эти виды поведения, связанные с разговором, когда чувствуешь стыд, являются способами действовать противоположно тенденциям действия, связанным со стыдом. В этом примере то, что терапевт просит делать Мартину снова и снова, происходит не на ее работе, а вместо этого противоположное действие содержит раскрытие Мартиной себя в такой манере, которая не связана со стыдом.

## **Использование методов экспозиции для снижения избегания**

Как упоминалось в главе 3, вмешательства, основанные на экспозиции, могут быть эффективными, когда движущими силами ПТП являются страх, побег и избегание. Во многих случаях противоположное действие подобно техникам, используемым в методах лечения, основанных на экспозиции. Когда клиента подвергают воздействию сигналов, связанных с негативными эмоциями и реакциями избегания, клиент учится вырабатывать более широкий репертуар реакций на эти сигналы и эмоции. Вместо того чтобы избегать, клиенты могут научиться другим реакциям, которые в любой момент будут более эффективными и помогут им двигаться в направлении жизни, соответствующей их ценностям. В ДПТ методы экспозиции используются, чтобы помочь уменьшить вероятность поведения избегания, помочь клиентам научиться более гибко думать о своем прошлом, настоящем и будущем и быстрее восстанавливаться после проявления эмоций.<sup>d</sup>

Обычно основанная на экспозиции терапия для лечения ПТСР используется после завершения первой стадии ДПТ. Это зачастую означает, что для клиента с пограничным расстройством личности и ПТСР экспозиционная терапия, нацеленная непосредственно на ПТСР, начинается после того, как закончено изучение всех модулей навыков в группе ДПТ, больше нет вопиющего и неконтролируемого поведения, связанного с причинением вреда себе или другим, и больше нет значительного ПТП или серьезных проблем с качеством жизни. До того, как эти вещи произойдут, клиент все еще находится на первой стадии ДПТ, и экспозиционная терапия вряд ли

будет проводиться, потому что может случиться так, что этот клиент не освоил достаточно навыков для управления психологическим стрессом, который является неотъемлемой частью проработки травматических событий прошлого (хотя проводились предварительные исследования по применению экспозиции к ПТСР в контексте ДПТ с сильно суицидальными клиентами [Harned, Korslund, & Linehan, 2014]).

Экспозиционная терапия в качестве основанного на протоколе эмпирически поддерживаемого подхода к различным расстройствам не эквивалентна использованию методов экспозиционной терапии для уменьшения вероятности избегания в виде ПТП. Другими словами, клиенты не должны получать экспозиционную терапию как таковую, терапевтам нужно использовать принципы и методы экспозиционной терапии для управления ПТП, связанного с избеганием. Краткая экспозиция мыслей, эмоций или ощущений может быть использована терапевтом в сотрудничестве с клиентом во время консультации и с предварительной ориентацией на этот подход, чтобы уменьшить вероятность избегания как ПТП.

Краткая экспозиция для терапевта, не практикующего ДПТ, может иметь место, когда он делает следующее: а) наблюдает за поведением, которое препятствует терапии; б) описывает ПТП и спрашивает клиента, желает ли он поработать над ним; в) связывает ПТП с проблемой, мешающей клиенту достичь целей, ценностей и/или целей лечения; г) с разрешения и при готовности клиента продолжает сеанс, ориентируясь, в частности, на мишень, которой избегают; д) в течение нескольких минут или дольше проводит практику переживания мыслей, эмоций и ощущений, позволяя им приходиться и уходить естественным путем, не пытаясь что-либо с этим сделать; е) оценивает изменения в состоянии стресса, стремления к избеганию или другие клинически значимые мишени в результате воздействия избегаемой мишени; и ж) обсуждает любые изменения, которые естественным образом произошли в опыте клиента, такие как изменения интенсивности эмоций, недавно наблюдаемые когнитивные атрибуции, предположения, интерпретации и оценки, или изменения в телесных ощущениях, которые произошли во время кратких экспозиций. Когда что-то избегается во время сеанса, и к этому можно безопасно приблизиться, вместо того чтобы говорить об этом, терапевты, не практикующие ДПТ, могут попытаться использовать краткие экспозиции, чтобы помочь клиентам непосредственно обучиться новым реакциям на избегаемые сигналы.

## Использование поддержки, валидации и взаимности без подкрепления избегания

Иногда усилия терапевта по оказанию поддержки могут подкреплять избегание клиента. Это проблема, которую можно предотвратить, используя стратегии для уменьшения вероятности избегания как ПТП. Прежде чем исследовать, как это сделать, целесообразно выделить основной барьер, с которым сталкиваются терапевты, когда им приходится решать проблему избегания как ПТП. Это связано с тем, что клиницисты являются поддерживающими, или, точнее, клиницисты беспокоятся о том, чтобы не быть неподдерживающими. Этот страх быть неподдерживающими может привести к тому, что терапевты будут непреднамеренно усиливать избегающие виды ПТП.

Одна из наиболее интересных вещей, с которыми оба автора сталкиваются, обучая клиницистов, заключается в том, что терапевты часто не хотят напрямую ориентироваться на избегание клиентов как на мишень. Это имеет смысл. Клиницисты ценят поддержку, доброту, сострадание и мягкость, и они постоянно беспокоятся о том, что отношение к избеганию, как к ПТП, может показаться неподдерживающим и означать нехватку сострадания и нечувствительность к опыту клиента. Внесем ясность в этот вопрос: мы поддерживаем всех клиницистов, оказывающих поддержку. Бережное слушание, активное слушание, слушание, помогающее выявить изменения в поведении, и умелое слушание — это основной процесс поддержки, который вызывает доверие, необходимое для успешной психотерапии.

В ДПТ терапевтические отношения строятся на прочной основе поддерживающего слушания. Поддерживающая, теплая отзывчивость часто является тем, что мы называем в ДПТ терапевтической взаимностью, что важно для терапевтических отношений. Действительно, многие из наиболее эмоционально насыщенных и межличностно лечебных моментов ДПТ проявляются в той форме, когда терапевты ведут себя по-роджерсиански клиент-центрированно. Почти все сессии ДПТ, по крайней мере те, которые строго направлены на лечение, включают значительное количество поддерживающего и ориентированного на клиента слушания. Вспомним, что основной функцией отдельных сеансов терапии ДБТ является мотивирование клиента к изменениям. ДПТ-терапевты мотивируют клиентов менять давние и трудноизменяемые паттерны, используя диалектическое

мышление, стратегии коммитмента и большие дозы валидации. Это включает в себя поддержку и учет ценностей, целей, желаний, потребностей, ограничений клиента и тому подобного. Вы не можете быть эффективным ДПТ-терапевтом, не будучи опытным в поддерживающей терапии. Кто более чувствителен к переживанию отказа, отвержения, неудачи или чувства отчужденности и/или нежелательности, чем те, для кого была разработана ДПТ? ДПТ-терапевтам необходима способность оказывать сильную поддержку, но этого недостаточно, чтобы помочь клиентам измениться. С одной стороны, ДПТ является высоко поддерживающей терапией, а с другой стороны, как обсуждается далее, ДПТ-терапевты, нацеленные на снижение поведения избегания, иногда предоставляют поддержку в форме, помогающей клиенту научиться избегать избегания.

Иногда терапевтические реакции на стресс клиентов, предназначенные для того, чтобы показать, насколько поддерживающим является терапевт, могут непреднамеренно привести к избеганию важных терапевтических процессов. Примером этого является случай, когда терапевт лечит клиента с социальной фобией и запланировал лечение с использованием вмешательств, основанных на экспозиции. Клиент выражает двойственное отношение к научению приближаться к вызывающим тревогу стимулам, с целью научиться новым и адаптивным реакциям на эти сигналы. Когда начинаются первые несколько сессий, терапевт спрашивает клиента: “Как у вас дела сегодня?” И клиент отвечает, рассказывая о серии недавних событий, размышляя и расстраиваясь; в свою очередь психотерапевт призывает клиента рассказать больше о своих чувствах. Затем клиент ведет сбивчивый рассказ в течение большей части сессии, возможно, происходит частичное решение проблем, и затем сессия заканчивается. Этот процесс повторяется каждую сессию, но социальная фобия не ослабевает. После ряда подобных сессий клиент начинает понимать, что, после рассказов о различных недавних событиях, размышлений и выражения страдания терапия экспозицией продолжает тянуться. Это никак не начинается по-настоящему, и в итоге клиент прекращает лечение, ссылаясь на ту или иную причину. Мы неоднократно видели такую же модель поведения у слушателей и студентов, а также у наших клиентов. Практически всегда терапевт рационализирует свои действия, говоря, что клиент не был готов к экспозиционной терапии, сначала нуждался в поддерживающей терапии или у него был бы риск прекратить лечение, если бы экспозиционная терапия началась слишком рано.

Как ДПТ-терапевты пытаются избежать этой проблемы? Во-первых, они стараются быть поддерживающими, не будучи ригидными и привычно пассивными или молчаливыми. Хитрость заключается в том, чтобы помнить, что поддержка — это функциональное поведение, а не формальное. Речь идет о поддержке клиента в движении к важным целям и ценностям, а не о конкретных формах поведения, таких как сидение со скрещенными ногами, кивание головой или мягкое побуждение клиента рассказать больше о своих чувствах, и это не просто быть сочувствующим и добрым. Поддержка может происходить во многих формах. Так, например, когда клиент не отвечает на попытки поговорить на болезненно эмоциональную тему, поддержка должна заключаться не только в том, что терапевт молча слушает, перефразирует, размышляет или использует другие навыки микрослушания. В конце концов, когда клиент движется в избегающем направлении, какую реакцию вы можете ожидать, если попросите его “рассказать больше об этом” или ответите “у вас есть другие проблемы, о которых вы хотите со мной поговорить?” Эти способы поддержки способствуют дальнейшей выработке избегания и часто имеют неприятные последствия, вызывая дополнительное избегание.

Терапевты, не практикующие ДПТ, могут обращаться с избеганием как с ПТП поддерживающим способом, не усиливая избегание и связанное с ним дисфункциональное научение, когда: а) ведут себя с состраданием и искренне выражают свое намерение помочь клиенту; б) безоценочно наблюдают и описывают избегание как ПТП; в) осторожно разъясняют, что это, связанное с избеганием ПТП, может быть или не быть проблемой, которая должна быть немедленно выбрана в качестве мишени; г) вовлекают клиента в совместное и осознанное обдумывание того, что избегается, и обсуждение того, является ли это ПТП; д) ищут четкую связь и простое объяснение того, как это избегание влияет на проблемы в терапии; е) поощряют новые реакции, основанные на приближении, а не избегании; ж) помогают клиенту проявить готовность и затем приблизиться к тому, что избегается; и/или з) подкрепляют эти варианты реагирования приближением и избеганием избегающего ПТП за счет того, что ведут себя особенно тепло, с воодушевлением или иным образом демонстрируют подлинные положительные чувства. В целом с течением времени этот процесс со многими различными вариантами ПТП избегания может быть воспринят как очень поддерживающий и полезный. В табл. 9.6 приведены несколько примеров ПТП избегания и способы, которыми терапевты

могли бы поддерживающим образом реагировать, а также ожидаемый результат, который совместно согласовывается с клиентом. Многие терапевты боятся того, что может произойти, если ониотреагируют на избегание клиента без поддержки. Терапевты могут опасаться, что активные усилия по сокращению избегания будут слишком прямыми, будут неуважительными по отношению к тому, что хочет клиент, или не удовлетворят клиента в том состоянии, в котором он находится в данный момент. Несмотря на эти опасения, можно с уверенностью сказать, что обращение к избеганию как к ПТП, просто не приводит к тому, что клиенты чувствуют себя обесцененными, рассерженными или более расстроенными, и не наносит ущерб терапевтическим отношениям. Это может произойти, если терапевты крайне нечувствительны, грубы или неуважительны. Ирония заключается в том, что те психотерапевты, которые больше всего боятся пойти этим путем, обычно не оказывают поддержки. Чрезвычайно добрые и ласковые, самые теплые и приятные клиницисты нашего профиля, которые больше всего боятся быть неподдерживающими и которым, в конечном итоге, труднее всего избежать избегания как ПТП, — это люди, которые, вероятно, могут быть самыми умелыми в использовании навыков ДПТ для управления избеганием.

**Таблица 9.6. Способы уменьшения избегающего препятствующего терапии поведения в поддерживающем стиле без усиления дисфункции**

Избегающее препятствующее терапии поведение	Пример реагирования, основанного на диалектико-поведенческой терапии	Ожидаемый результат
Смена темы разговора	Наблюдайте за поведением без осуждения, валидируйте то, что валидно (например, присутствующие эмоции), затем, не меняя тему, и поддерживая атмосферу сотрудничества, ориентируйте на наиболее эффективную мишень для сессии	Усиление осознанности, рациональное использование времени для выбранного в качестве мишени согласованного процесса или результата на сессии

Окончание табл. 9.6

<b>Избегающее препятствующее терапии поведение</b>	<b>Пример реагирования, основанного на диалектико-поведенческой терапии</b>	<b>Ожидаемый результат</b>
Выражение гнева или многословные руминации	Что касается эмоционального отклика, валидации того, что является нормальным или имеет смысл с учетом истории клиента, сразу же окажите помощь в том, чтобы обозначать эмоции и связанное с ними побуждение к действию, оценивая эффективность действия под влиянием этого побуждения либо продолжение выражения (гнева) или руминации	Мягкий поворот внимания и поведения клиента от выражения (гнева) или руминаций в сторону стремления к эффективному регулированию этого аффекта и осознанности действий, которые могли бы быть результатом этих эмоций
Пререкание с терапевтом до хрипоты по поводу деталей конкретного решения	Наблюдайте за процессом безо всякой оценочности, моделируя осознанность, валидируя валидное в отношении клиента и делая мишенью эффективное решение на основе заявленных ценностей и целей клиента, добиваясь коммитмента к изменению определенного поведения в контексте	Применение диалектических стратегий для достижения коммитмента с параллельным обозначением причины препятствующего терапии поведения, связанного с другими мешающими жизненными проблемами
Реагирование на попытки отработать новый навык на сессии озвучиванием причин, по которым навык не поможет	Примените диалектические мыслительные действия и разрешение видимых противоречий с помощью работоспособного синтеза и искреннего стремления найти решение	Открытость к новому опыту, чтобы научиться новым решениям знакомых проблем без обращения к причинам, препятствующим научению



## Управление избеганием в групповой психотерапии

Групповая психотерапия влечет за собой некоторые уникальные ПТП. Избегание в группе может быть особенно сложной задачей для групповых терапевтов, особенно если есть только один групповой терапевт. Даже двум клиницистам-терапевтам может быть трудно, когда случается непредсказуемое или драматическое поведение избегания. В групповой психотерапии — будь то терапевтическая или психообразовательная группа, когнитивно-поведенческая группа по обучению навыкам, группа по борьбе с злоупотреблением психоактивными веществами или любая другая — поведение избегания встречается часто, и им трудно управлять. В табл. 9.7 рассматривается типовое поведение избегания, которое мешает терапии в различных видах групповой психотерапии.

**Таблица 9.7. Типовое избегающее поведение в групповой психотерапии**

Тип группы	Типовое препятствующее терапии поведение	Что избегается?
Психообразовательная	Болтать, рассказывать истории	Прослушивание новой информации и решений для проблемного поведения
По обучению навыкам	Быть невнимательными вести, катарсические разговоры о проблемах	Обучение практике новых навыков, чтобы помочь с трудными жизненными проблемами
Групповой процесс	Не разговаривать, вести себя так, как будто занят или увлечен чем-то, сосредотачивать внимание на других участниках группы	Наблюдение за своими мыслями и чувствами по поводу того, что происходит в групповом процессе
Для злоупотребляющих психоактивными веществами	Говорить другим в группе, что делать, используя гиперболу и банальности, которые упрощают вещи	Идентификация с уязвимостью в том, что касается собственных потребностей и следующих шагов в лечении зависимости

Какие стратегии могут извлечь клиницисты из ДПТ, чтобы эффективно управлять ПТП избегания в группе? Одна из них, предлагаемая нами, состоит в том, чтобы рассмотреть, как проводимая групповая терапия может концептуализировать избегание. Если в терапии есть какое-то объяснение того, почему избегание важно, можно использовать ориентацию, чтобы обсудить это и сообщить, что групповые терапевты будут заниматься избеганием. С самого начала у каждого члена группы можно наблюдать и исследовать избегание в любой форме, подходящей для этой теоретической модели. Другими словами, групповые терапевты могут в объяснении использовать обоснование, соответствующее той терапевтической модели, к которой относится групповая терапия, привлекать внимание клиентов и поощрять их попытки уменьшить поведение избегания, когда оно мешает групповому процессу. После ориентации на это, членов группы можно попросить взять на себя обязательство не избегать, насколько это возможно, и быть готовыми говорить об избегании, когда оно присутствует и препятствует групповому процессу. После того, как будет заложена эта основа, для клиентов не будет сюрпризом, когда групповой терапевт будет наблюдать избегание как ПТП и работать с клиентами, чтобы обойти или смягчить последствия такого избегания. Как в индивидуальной, так и в групповой психотерапии вам необязательно быть ДПТ-терапевтом, чтобы выбрать мишенью и уменьшить влияние избегания как ПТП.

## **Движемся вперед**

В этой главе мы описали, как ДПТ-терапевты, и терапевты, не практикующие ДПТ, могут использовать принципы и стратегии ДПТ чтобы помочь клиентам уменьшить или предотвратить избегание как ПТП. Основная предпосылка заключалась в том, что избегающее поведение — это нормальная реакция на эмоционально провоцирующий контекст, такой как психотерапия. Из этого следует, что многие из наших клиентов в рамках различных диагностических представлений и методов лечения научились бежать от неприятных эмоций или пытаться их избежать. А поскольку терапия сама по себе является эмоционально насыщенным и динамичным контекстом, следует ожидать, что наши клиенты будут избегать эмоций во время терапевтического процесса. Существует много способов, с помощью которых избегание занимает центральное место в терапии, и мы рассказали, как терапевты пытаются преодолеть проблему избегания.



# 10

## Реагирование на поведение, связанное с сексуальностью

Во время клинического обучения часто говорят, что самый простой способ потерять лицензию на практику — это вступить в романтические или сексуальные интимные отношения с вашим клиентом. Правило простое: если вы хотите продолжать иметь лицензию на психотерапию, не спите со своими клиентами, не трогайте своих клиентов ненадлежащим образом, соблюдайте четкие границы и так далее. Это правило следует соблюдать также в течение некоторого времени после окончания терапии. Список людей, с которыми можно иметь романтические отношения, длинный, но по понятным и важным причинам в этот список не входят ваши нынешние или бывшие психотерапевтические клиенты.

Ставки высоки, когда дело доходит до сексуального поведения с психотерапевтическими клиентами. Обращения в адрес лицензирующего совета о ненадлежащем сексуальном поведении со стороны терапевта, даже если терапевт не участвовал в таком поведении, могут иметь неблагоприятные последствия для клинициста в его клинике, агентстве или учреждении. Кроме того, клиенты могут инициировать гражданский судебный процесс в таких обстоятельствах. Обычно в индивидуальной психотерапии нет свидетелей, что делает такие заявления сложными для опровержения. Помимо этой уязвимости, характер процесса терапии, особенно с определенными клиентами, может привести к тому, что клиент чувствует глубокое и значимое чувство интимной связи с терапевтом. Ни сексуальные, ни романтические, а терапевтические отношения приносят моменты, которые воспринимаются как особенные, а иногда могут восприниматься как глубоко интимные. Иногда некоторыми клиентами чувство доверия, валидация, поддержка и сочувствие могут восприниматься как любовь. Для таких клиентов с обедненным опытом чувства близости, понимания и интереса со стороны других — или любви — терапевтическая близость может быть несколько новым опытом, который может вызвать чувство привязанности

или любви к терапевту. Многие клиницисты обучены придерживаться выпущенных Американской психологической ассоциацией “Этических принципов психологов и кодекса поведения” (2010 г.) и хорошо понимают этические требования не причинять вреда клиентам. В самом деле, участие в любом поведении, которое может быть истолковано как часть нетерапевтических отношений, может потенциально помешать объективности психолога или нести риск эксплуатации клиента или причинения ему вреда. Учитывая все это в качестве фона для психотерапии, терапевты конечно могут волноваться из-за непреднамеренного поведения, которое наши клиенты могут считать неуместным.

В этой главе мы рассмотрим несколько принципов и методов диалектической поведенческой терапии (ДПТ), которые могут помочь клиницистам реагировать на сексуальное поведение клиента. Мы обсудим, как использовать поведенческие принципы (например, подкрепление, наказание, формирование, управление обуславливающими последствиями), когнитивное принятие и изменение, валидацию и непочтительность для обращения с сексуальным поведением клиентов и уменьшения такого поведения. Кроме того, мы проиллюстрируем способы открыто и честно поговорить с клиентами об их чувствах, связанных с интимностью в терапии. Мы также заострим внимание на том, как игнорировать, когда это может быть эффективно, поведение клиента, которое может быть истолковано как сексуальное. В этой главе мы выделим способы, которыми терапевты могут использовать осознанность как набор ДПТ-навыков, для умелого реагирования на сексуальное поведение клиентов.

## **Наблюдение и определение связанного с сексуальностью препятствующего терапии поведения**

Часто сексуальное препятствующее терапии поведение (ПТП) очевидно, но иногда оно может быть более тонким и его трудно обнаружить. Очевидные примеры включают сексуальные предложения, обсуждение сексуальных отношений после окончания терапии, физические домогательства, интимные вопросы о сексуальной жизни психотерапевта и так далее. Другими, менее очевидными, примерами может быть ношение провокационной одежды клиентом, сидение в необычной или провокационной позе,

демонстрация отсутствия нормативной скромности в отношении своего тела, частые разговоры о сексуальных проблемах и так далее.

С точки зрения ДПТ-терапевта, не существует такого понятия, как связанное с сексуальностью поведение; есть только поведение. Некое поведение связано с романтической близостью или сексуальностью. Это означает, что какое-то поведение клиента может показаться сексуальным для одного терапевта, но не для другого. Спросить терапевта, заинтересован ли он в романтических отношениях, или открыто помогать половому акту на сессии, — отчетливые примеры такого поведения. Но спрошу вас как терапевта или консультанта, сколько раз клиент был настолько прямым с сексуальным предложением? Если вы похожи на большинство психотерапевтов и не выглядите как кинозвезда, вряд ли это случалось с вами. Это не значит, что этого не произойдет. Дело в том, что связанное с сексуальностью ПТП является более широким классом поведения, чем эти наиболее вопиющие примеры.

Как категория, тип, вид или класс связанное с сексуальностью ПТП — это больше, чем список конкретных примеров. Как уже говорилось ранее, этот класс поведения является функциональным, а не формальным, что означает, что многие по форме различные виды поведения могут функционировать как сексуальные. Реальный вопрос заключается в том, мешает ли данное поведение терапевтическому процессу. Если да, то это поведение является ПТП. Ключевым моментом является то, что поведение является ПТП, когда оно работает, чтобы нарушить процесс терапии, даже если поверхностно оно не выглядит как связанное с сексуальностью ПТП. Ниже приведены некоторые примеры из нашего опыта, которые иллюстрируют иногда очевидную, а иногда неоднозначную природу сексуальных ПТП.

## Мишель и Джейн

Несколько лет назад один из авторов лечил клиентку, которая работала стриптизершей в местных клубах. “Мишель” была 23-летней женщиной, которая лечилась от проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ. Она использовала кокаин и опиаты в течение предыдущих пяти лет и с 15 лет пила и курила травку. Она пришла на лечение не только из-за своей зависимости, а потому что ее жизнь быстро выходила из-под контроля. Мишель также полностью соответствовала диагностическим критериям для серьезного депрессивного расстройства и пограничного расстройства

личности (ПРЛ). Даже когда она не была под кайфом, она была социально тревожной, импульсивной и агрессивной в личном общении. Резкие взрывы негативного аффекта часто поражали ее и были интенсивными. Они приходили со всех сторон и изнуляли ее почти каждый день. Независимо от того, какие это были эмоции — стыд, грусть, страх или тревога, — ее наиболее вероятным ответом был гнев. Ее негативные эмоции с годами стали сопровождаться последующими гневом и враждебностью. Мишель описала ощущение, что почти всегда она чувствовала себя как животное в клетке, принявшее боевую стойку и готовое в любой момент наброситься. Это сделало ее в целом капризной, колючей в общении, с историей насилия и записью об аресте. У нее также был длинный список жизненных проблем: отсутствие постоянной работы, а часто и какой-либо работы вообще, образования в колледже, профессиональных навыков, пребывание на испытательном сроке, воспитание в одиночку двух дочерей и так далее. Не было недостатка в мишенях для лечения. Используя ДПТ, мы быстро установили иерархию лечения, чтобы организовать и определить структуру того, что мы хотели бы изменить, когда и как.

Мишель была привлекательной женщиной, которая уверенно вошла в комнату. Она вела себя так, что на нее невозможно было не обратить внимание. Бурная и игривая, в вестибюле клиники Мишель громко и быстро говорила с сильным акцентом Северной Каролины. Много раз ее восторженность и обаяние заставляли персонал клиники смеяться. Но это очевидно уверенное публичное предъявление себя противоречило глубокой внутренней паранойе и недоверию.

Мишель зарабатывала много денег в прошлом, соблазнительно снимая одежду перед людьми. Последствия, обусловленные ее историей научения, сформировали ее навыки использования своего внешнего вида для привлечения внимания других. Без высшего образования и технических навыков, с дорогостоящей привычкой употребления разнообразных субстанций, она выработала способы поведения с мужчинами не только для привлечения внимания, но и денег. Однако, хотя она, возможно, и научилась ловить взгляды и доллары мужчин, она не доверяла им. Поэтому было как-то странно, что Мишель сразу же открыто поделилась своей историей опыта экзотической танцовщицы в начале лечения. Зная ее историю, специалисту-психологу не потребовалось выдвигать гипотезу о том, что может произойти сексуально неприемлемое ПТП. В консультационной команде ДПТ эта возможность обсуждалась с самого начала лечения. Много

времени было потрачено на выяснение того, следует ли оставлять дверь открытой на каждом сеансе, можно ли ее поведение интерпретировать как кокетливое, а также о плюсах и минусах работы с ней работает терапевта-мужчины и терапевта-женщины. Все сеансы психотерапии были записаны на видео. Команда строила предположения относительно того, как ее ПТП может повлиять на индивидуальную и на групповую терапию. Все были склонны считать, что сексуально значимое ПТП может часто возникать на протяжении всего лечения. Консультативная команда была готова к какому-либо сексуальному поведению, хотя было не совсем понятно, как оно будет проявляться.

Мишель обычно приходила на занятия, одетая удобно и обыденно, в джинсах и толстовке с капюшоном. временами она одевалась более вызывающе — в облегающие рубашки и брюки. Иногда она сидела в шортах, скрестив ноги, или сворачивалась калачиком в терапевтическом кресле, уютно и комфортно, так, как будто сидит дома на диване перед телевизором или камином. Раз или два ее рубашка могла соскользнуть, обнажив верхнюю часть плеча или бретельку бюстгальтера. В целом ее манера держаться в процессе терапии отличалась от манеры типичного клиента. Если бы 100 терапевтов посмотрели видеозапись ее индивидуальных ДПТ-сессий с выключенным звуком, то, можно с уверенностью сказать, большинство из них прокомментировали бы ее поведение как сексуально провокационное.

Было ясно, что история работы Мишель в индустрии стриптиза сформировала ее в целом кокетливый стиль межличностного общения. Мы все являемся продуктами нашей истории научения, и она не стала исключением. Но более интересной особенностью Мишель было то, что этот класс поведения никогда не имел функции кокетства или соблазнения. Поведение часто имело место, но оно никогда не воспринималось как манипулятивное, стратегическое или намеренное. Напротив, то, что могло бы быть уничижительно обозначено как сексуальное, кокетливое или соблазнительное, на самом деле казалось заученным, автоматическим и непреднамеренным поведением. Как и поведение любого класса, поведение этого класса — привычки, автоматические реакции и межличностные причуды, — было обусловлено и со временем обобщалось в разных контекстах. Было ли это ПТП? Давайте рассмотрим другой пример для сравнения.

Другая клиентка, с которой работал один из авторов, обратилась к терапии, чтобы ей помогли справиться с межличностными проблемами и депрессией. “Джейн” было около 55 лет, она развелась с мужем и не имела



детей. Она была яркой, умной и образованной. Будучи хорошо обеспеченной в материальном плане, Джейн долгое время не работала. Она проводила дни за чтением, покупками в интернете и в попытках развить новые увлечения. Хотя она ранее была в психотерапии, ее никогда не лечил терапевт-мужчина. На одной из первых сессий Джейн признала свою амбивалентность в отношении участия в процессе терапии. Она проникновенно подчеркнула, что ей было бы довольно трудно быть уязвимой и искренней, чтобы делиться своим внутренним и наиболее болезненным эмоциональным опытом с мужчиной, находящимся во властной позиции. Конечно, это имело смысл: здесь был молодой терапевт-мужчина, который предлагал принятие, валидацию и вселял надежду одинокой клиентке. Понимание ее нынешней эмоциональной боли и внимание к ней, в сопоставлении с эмоциональным насилием и пренебрежением, с которым она сталкивалась со стороны мужчин в прошлом, породило лабильную амбивалентность в отношении открытости и, делающего ее уязвимой, вступления в терапевтические отношения.

Основные проблемы Джейн были связаны с ее межличностным взаимодействием. Какое-то время она была милой и эмпатичной, а в следующую минуту — враждебной. Во время сессий она быстро переходила от того, чтобы быть милой и вежливой, к тому, чтобы быть непривлекательной и отчужденной. В одно мгновение она могла превратиться из искренней и открытой в угрюмую, застенчивую или могла выдвигать ультиматум о том, как должна проходить терапия в определенных аспектах. К сожалению, неверный муж и длительный развод оставили ее безвозвратно лишённой стремления к интимности. Каждый раз, когда процесс терапии вызывал ощущение близости, связи или чувство привязанности, Джейн раздражалась пассивно-агрессивным поведением. Уязвимая терапевтическая близость была триггером взрывного межличностного поведения, которое работало на то, чтобы дистанцировать других от Джейн. Когда другие уходили, это подтверждало убеждение Джейн в том, что она не способна найти близость. Она объявила о своем поражении в этом процессе, однажды на сеансе терапии заявив, что никогда больше не будет любить, никогда не будет любимой и никогда не позволит себе стать достаточно эмоционально близкой к кому-либо, чтобы не быть обиженной им.

Проблема заключалась в том, что ее отказ от любви к другим был совершенно несовместим с глубиной и богатством эмоций, которые она испытывала в глубине души. Джейн была страстной женщиной, которая отчаянно

хотела быть любимой, и ее сердце было полно любви, которой можно было поделиться с другими. Во многих отношениях Джейн была похожа на клиентов, которые часто встречаются в частной практике. Она была подавлена и одинока, горевала об утрате межличностных отношений, изо всех сил пытаясь приспособиться к новой фазе своей жизни. Она не была суицидальной или психотической. Она никогда не была жестокой и не употребляла наркотики. Ей было трудно ладить в контексте, требующем доверия, но она знала, как быть совершенно, даже чрезвычайно, приятной в других социальных ситуациях.

Как и Мишель, Джейн была привлекательной женщиной; когда она вошла в комнату, стало понятно, что она обладает даром привлекать внимание окружающих — распушенные блестящие черные волосы, большие карие глаза, деликатный макияж. Публичное поведение Джейн было осторожным, но изысканным. Она ступала медленно и неспешно, мельком наблюдая за другими и любезно кивая. Она не вела себя открыто сексуально. Она одевалась консервативно, скрывая свою фигуру в мешковатых одеждах больших размеров. Она носила золотое распятие на цепочке на шее и у нее лежала Библия в сумочке, она убежденно рассказывала незнакомцам о своей вере и подчинении высшей силе. Джейн публично вела себя, как персона викторианских времен, но, когда дверь закрылась, и началась терапия, ее стиль поведения изменился.

Джейн много раз демонстрировала связанное с сексуальностью ПТП во время терапии. Пытаясь работать над увеличением частоты использования навыков или уменьшением других проявлений ПТП, она могла внезапно начать размышлять о том, почему психотерапевтические клиенты когда-либо могли бы иметь отношения со своим терапевтом вне терапевтического контекста. Она могла перечислять все причины, по которым она никогда не захочет иметь сексуальные отношения с терапевтом, или задавать вопросы о том, что произойдет, если клиенты будут заниматься сексом со своими терапевтами. Примечательно, что ее ПТП начиналось в моменты, требующие от нее уязвимости, или во время разговоров об изменениях, или в процессе решения проблем. Например, разбираясь в эмоциональных барьерах, лежащих в основе ее невыполнения домашних заданий, она могла заявить, что больше не может продолжать разговор, потому что для этого ей потребуется стать более эмоционально близкой и что она не готова перейти на “следующий уровень”. Без каких-либо поводов могло случиться так, что она с гневом и стыдом осуждала идею отношений с терапевтом вне терапии

как нечто, что она никогда не будет обсуждать. Это было ПТП, потому что оно работало на то, чтобы отклонить терапевтическую сессию от целей и мишеней сессии, уводя в сторону и замедляя процесс терапии.

Некоторые виды поведения Джейн были явно связанными с сексуальностью формами ПТП. Джейн мимоходом раскрыла свои любимые сексуальные позиции и способы, которыми ее бывшие эгоистичные сексуальные партнеры не смогли удовлетворить ее. Во время сессии она, задыхаясь, в слезах просила, чтобы ее поняли как женщину, которая нуждается в романтической близости, чтобы чувствовать себя удовлетворенной. Она задавала вопросы, нарушающие пределы терапевта, о тонкостях его ухаживаний и его романтической истории. Не было никаких прямых предложений близости и никаких неуместных прикосновений.

К сожалению, история отношений Джейн и ее эмоциональная дисрегуляция привели ко многим сложным связанным с сексуальностью ПТП. Она была поймана в ловушку своей историей, прямо застряла в ней. Ее ПТП в терапии было как будто вершиной айсберга — того, что мешало ей постоянно жить в рамках ее самых важных ценностей: значимых и близких отношений.

Ключевая диалектика принятия и изменения имеет основополагающее значение для понимания того, как реагировать на связанное с сексуальностью ПТП, такое, как описанное в этих примерах. Является ли ПТП чем-то, что нужно заметить, или чем-то, что терапевт должен терпеть, не останавливая процесса терапии на сессии? Или ПТП должно быть немедленно рассмотрено и превращено в мишень для изменения? Что нужно изменить в этом случае: поведение клиентов или, возможно, их ожидания, допущения или убеждения? Базовая предпосылка в ДПТ состоит в том, что, детально пытаясь разобраться в поведении, препятствующем терапии, терапевт также помогает клиенту научиться изменять то, что можно изменить. В атмосфере сотрудничества терапевт и клиент вместе определяют, что имеет смысл и является валидным, что следует воспринять без изменений, и какое ПТП на сессии можно изменить, чтобы улучшить жизнь клиента. В одни моменты для терапевта имеет смысл осознанно наблюдать и отпускать любые мысли, связанные с ПТП. А иногда терапевту и клиенту, возможно, придется сделать мишенью способы, которыми клиент может изменить то, как он реагирует на определенные триггеры, связанные с возникновением связанного с сексуальностью ПТП, такие, как желание позаботиться, благодарность или влечение к терапевту.

Все это требует от терапевта прежде всего осознанности в его реакции на определенные виды поведения клиента. Например, если вызванная реакция связана с близостью, любовью или сексуальным возбуждением, терапевт должен дополнительно обдумать, не является ли это ПТП. Сейчас, давайте предположим, что такое ПТП имеет место, и клиент уже был ориентирован на это как на проблему, которую необходимо затрагивать в процессе лечения. Давайте предположим, что клиент согласен с тем, что достижение большей эффективности в межличностном общении подходит в качестве цели лечения, и что развитие реальных и длительных близких отношений является важной ценностью. В этом контексте мы рассмотрим, что может сделать терапевт, если возникнет связанное с сексуальностью ПТП.

## **Обращение с сексуальным препятствующим терапии поведением**

Несколько стратегий могут помочь терапевтам ориентироваться в щекотливой области связанного с сексуальностью ПТП. Как и в случае с большинством других ПТП, для терапевта важно начать с наблюдения, описания и определения того, где и когда поведение попадает в область иерархии мишеней. Ключевой вопрос заключается в том, является ли явным образом связанное с сексуальностью поведение в действительности ПТП. Второй важный шаг — подчеркнуть это поведение или обратить на него внимание клиента, чтобы можно было провести совместное обсуждение и оценку. Делая оценку, важно понимать, как и почему поведение функционирует как ПТП, и как связанные с сексуальностью действия проявляются внутри и вне контекста терапии.

### **Наблюдение, определение и выбор в качестве приоритетной мишени сексуального препятствующего терапии поведения**

Одним из первых шагов в обращении с сексуальным ПТП является оценка и лучшее понимание того, как оно функционирует в терапевтическом контексте и вне его. Поведение этого класса, даже если оно не мешает лечению в клинике во время терапии, может вызывать различные реакции у людей в окружении вне терапии. Для Мишель важно было подчеркнуть, что ее внешне сексуальное поведение имело смысл в терапевтическом

контексте, но что оно могло быть неэффективным в других контекстах. Критическая проблема состояла в том, что у нее было много форм ПТП, и сексуально релевантное поведение не было главной мишенью. Вспомните, что она была агрессивна по отношению к другим, импульсивна, подавлена, взволнована, употребляла наркотики, страдала из-за отсутствия работы и так далее. Она также хронически опаздывала или не появлялась на терапевтических приемах, находилась на грани неприютности, периодически лгала и не выполняла домашнюю работу в рамках психотерапии. Иерархия лечения ДПТ направляет терапевта на ПТП, но в ДПТ именно терапевт и его консультационная команда должны определить, к какому из различных форм ПТП следует обращаться на каждой конкретной сессии.

Первое соображение, которое появляется у терапевта, когда демонстрируется потенциально относящееся к сексуальности поведение, заключается в том, работает ли поведение как ПТП. Помните, Мишель была стриптизершей, которая вела себя провокационно, хотя внешне сексуальное поведение не функционировало как ПТП. Его легко было игнорировать и говорить с ней о чем-то другом. Казалось, она не понимала, что она кокетливо взаимодействует с другими. Она не говорила о своей внешности, никогда не заводила разговоров о своей сексуальности и, в отличие от Джейн, никогда не говорила о своих романтических или интимных потребностях. Кроме того, Мишель, казалось, не догадывалась, что ее нечаянные словечки “дорогой” или “милый”, часто произносимые в адрес ее терапевта или сотрудников клиники при прощании, могут быть истолкованы как сексуальные. Важно отметить, что обширный список мишеней для лечения означал, что у Мишель и ее терапевта были дела поважней, чем тратить время на обсуждение того, что ее поведение может восприниматься другими как кокетливое. Не попадать в тюрьму, приходить на терапию, делать домашнее задание по терапии, уменьшать зависимость и беспокойство, искать работу и стабильный доход — все это было выше в иерархии терапевтических мишеней. Относящееся к сексуальности потенциальное ПТП не мешало лечению этих более приоритетных мишеней. Хотя форма поведения Мишель часто была сексуальной, как функция это не мешало терапии. С Джейн все обстояло совершенно противоположным образом.

Ключевым моментом является то, что форма не всегда является функцией, когда речь идет о потенциально связанном с сексуальностью ПТП. Рассмотрим другой распространенный в психотерапии пример: клиент, зевая, поднимает руки вверх и обнажает часть живота. Важно ли, что

клиент обнажил свое тело, или это случайность, не имеющая смысла? Это связанное с сексуальностью ПТП? Ответ зависит от теоретической ориентации; даже в ДПТ это может быть или быть концептуализировано как ПТП. Чтобы определить, следует ли рассматривать это как ПТП, терапевт должен понять влияние поведения на терапевта. Это отвлекает терапевта, заставляет менять тему или приводит к избеганию эмоционально сложных разговоров? Работает ли это поведение на то, чтобы вызвать поведение клиента, связанное со стыдом или ненавистью к себе? Возможно, такое поведение способствует повышению заботливости терапевта (например, “Что-то вы выглядите усталой. Вы высыпаетесь в последнее время?”). В качестве эвристики приложение 10.1 может помочь клиницистам определить, как реагировать на связанное с сексуальностью потенциальное ПТП.

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 10.1**

#### **Шаги для понимания того, необходимо ли обращаться со связанным с сексуальностью поведением как с ПТП**

- Как влияет поведение на терапевта? Это поведение нарушает, замедляет или иным образом мешает процессу или достижению результатов лечения?
- Является ли поведение частью более широкого класса поведения, которое мешает жизни клиента? Например, работает ли поведение на то, чтобы другие чаще отстранялись?
- Функционирует ли поведение так, чтобы препятствовать процессу терапии, и имеет ли отношение к терапевтической мишени в жизни клиента, в то время как клиент и терапевт совместно решили, что эта мишень является важной для лечения?
- Если ответ на второй и третий вопрос положительны, то это препятствующее терапии поведение, которое необходимо устранить.

### **Как выделить и обсуждать с клиентами связанное с сексуальностью препятствующее терапии поведение**

Ориентация на касающееся сексуальности поведение как возможное ПТП требует относиться к клиенту с максимальной осторожностью, но не воспринимать его как нечто хрупкое. В ДПТ терапевт старается быть деликатным

по отношению к этому виду ПТП, не будучи чрезмерно осторожным и заискивающим. В то же время терапевт должен иметь возможность открыто и непочтительно говорить о сексуальном ПТП, никоим образом не осуждая клиента. Это сложный баланс; это все равно что быть гимнастом на трапеции под порывами ветра. Клиент может расстроиться, когда терапевт наблюдает и описывает сексуальное ПТП, но защита клиента от негативных эмоций и смущения — только одна из нескольких конкурирующих целей в такие моменты. Стиль общения без экивоков играет важную роль в таком обсуждении, позволяя терапевту говорить о вещах, о которых другие боятся говорить с клиентом (например, о непристойности или неуместности), и наблюдать за поведением, которое предыдущие терапевты могли заметить, но предпочли не обсуждать. В табл. 10.1 представлена диалектика, связанная с ориентацией клиента на сексуальное ПТП, когда это актуально.

**Таблица 10.1. Диалектика в процессе ориентации клиентов на связанное с сексуальностью препятствующее терапии поведение**

<b>Мягко</b>	<b>Сухо, практично, с опорой на факты</b>
Неуничижительно	Оцените, было ли это проблемой в прошлом
Осторожно наблюдая поведение	Нормализуйте препятствующее терапии поведение в контексте терапии
Будучи готовым ошибаться, искренне сострадаая	Свяжите с проблемным поведением в жизни клиента
	Наблюдайте пределы терапевта

Обмен репликами в следующей расшифровке стенограммы произошел со стажером, которого курировал один из авторов. Клиентом был молодой афроамериканец в возрасте чуть более 20 лет, который был холост и имел историю коротких романтических отношений. Он был подавлен, обеспокоен и крайне амбивалентен по поводу начала терапии. На второй сессии выяснилось, что у него было влечение к женщине-терапевту, которая обучалась ДПТ. В стенограмме обратите внимание на то, как психотерапевт балансирует между состраданием и мягкостью, с одной стороны, и опорой на факты — с другой. Она не избегает темы и не говорит ничего, что могло бы поставить под угрозу терапию. Вместо этого она ориентирует клиента на это как на возможную проблему, к которой они могут вернуться по мере необходимости, продолжая работать вместе.

**Клиент.** Я не знаю, смогу ли я проходить это лечение.

**Терапевт.** В самом деле? Почему вы не сможете проходить это лечение?

**Клиент.** (Пауза.) Ну, понимаете, трудно сказать это, но я просто не знаю, смогу ли я работать с вами.

**Терапевт.** Вы не знаете, сможете ли вы работать со мной?

**Клиент.** Да. Я не уверен, смогу ли я работать с психотерапевтом, которая так привлекательна. Вот, я это сказал.

**Терапевт.** Я вижу, как вам это трудно сказать, и я ценю, что вы мне это рассказали.

**Клиент.** Да, я не ожидал, что вы выглядите так, и мне будет очень трудно оставаться сосредоточенным. Может быть, нам нужно прекратить терапию. Может быть, мы могли бы поговорить вне терапии?

**Терапевт.** Я вполне вас понимаю. Это действительно трудно, когда такое происходит, и вы должны знать, что такого рода вещи иногда случаются. Вы знаете, мы только начали работать вместе, и у нас будет много времени, которое мы проведем вместе, если вы решите пройти это лечение. И, если вы будете думать о моей привлекательности, вы правы, что это может стать проблемой. С другой стороны, возможно, вы перестанете обращать на это внимание, когда мы подольше будем работать вместе. Вместо нашего решения прямо сейчас прекратить терапию, готовы ли вы снова прийти на сессию на следующей неделе, чтобы мы могли продолжать следить за тем, подойдет ли вам эта терапия?

**Клиент.** Хм, наверное. Мне кажется, я думаю, что это не работает, но мы можем попробовать.

**Терапевт.** Думаю, что это было бы хорошей идеей. Когда люди начинают терапию, они иногда находят в своем терапевте такие вещи, которые, по их мнению, будут их отвлекать или мешать лечению. В данном случае вы находите меня привлекательной, но в других случаях клиенты могут считать терапевта слишком старым, слишком молодым, слишком спокойным, слишком возбужденным или даже слишком неумелым в межличностном



плане. Некоторым клиентам-афроамериканцам комфортно работать только с терапевтами-афроамериканцами. Сейчас проблема в том, что вы считаете меня привлекательной. Но мы пока не знаем, является ли это проблемой, которую нужно решать, ища нового терапевта. Возможно, что так и есть, а возможно, и нет. Время покажет, и мы можем вернуться к этому в рабочем порядке, если решим работать вместе.

**Клиент.** ОК. Но я хочу, чтобы вы знали, что я думаю, что вы действительно вроде как милая, хотел бы я встретиться с вами раньше.

**Терапевт.** Вот, что я вам скажу, давайте договоримся, что мы знаем, что это может в конечном итоге стать проблемой, мешающей терапии, и что мы будем следить за этим, чтобы понять, действительно ли это становится проблемой? По рукам?

**Клиент.** По рукам.

Как и в случае с любым поведением, связанное с сексуальностью ПТП, должно быть понято, прежде чем его можно будет изменить. Если это поведение проявляется систематически, представляет собой препятствие для лечения, как и любое другое ПТП, необходимо идентифицировать контекстные переменные, увеличивающие вероятность поведения такого типа. И, как и любой другой поведенческий анализ, предназначенный для характеристики предшествующих факторов и последствий проблемного поведения, анализ связанного с сексуальностью ПТП должен проводиться совместно с клиентом. Говорить о связанном с сексуальностью ПТП может быть неудобно как клиенту, так и терапевту. Тем не менее если ПТП будет понято и будет иметь отношение к целям клиента в терапии, его необходимо исследовать, не бесцельно и беспристрастно, а деликатно и сфокусировавшись на отношениях. Эффективный подход к таким сложным моментам в психотерапии заключается в том, чтобы работать в атмосфере сотрудничества, заботы и добра, быть ориентированным на клиента и оказывать ему поддержку в спокойном неустанном стремлении к пониманию.

Просто не имеет смысла мгновенно сдвигать мишени лечения всякий раз, когда происходит это ПТП. Вместо этого терапевт должен принять решение о том, может ли в любой конкретный момент быть эффективным выбор в качестве мишени сексуального поведения как ПТП, и когда может быть целесообразно игнорировать его.

Когда дело доходит до этого решения, как отмечалось ранее в этой главе, иерархия мишеней лечения ДПТ — лучший друг терапевта. Проще говоря, если клиент и психотерапевт работают над способами предотвращения надвигающегося самоповреждающего поведения и в процессе этого обсуждения клиент демонстрирует сексуально провокационное поведение, нет никаких сомнений в том, что будет делать психотерапевт. Поскольку ПТП ниже по иерархии и, что более важно, поскольку терапевт не сможет помочь клиенту с ПТП, если он будет мертвым или будет госпитализирован, терапевт должен уделять первоочередное внимание выбору в качестве мишени самоповреждающего поведения. В этом случае ПТП, скорее всего, будет игнорироваться или, в лучшем случае, рассматриваться как проблема, которую можно решить в другой раз, после решения проблемы самоповреждения. Это не вызывающая затруднений ситуация.

Двигаясь вниз по иерархии лечения, если нет мишеней лечения, связанных с причинением вреда себе или другим, и если нет вопиющих других ПТП (например, клиент не посещает терапию, очень сильно опаздывает на приемы, отказывается говорить), обсуждаемые проблемы, вероятно, будут тем, что мешает качеству жизни клиента. Например, если клиент и терапевт работают вместе над уменьшением симптомов депрессии и повышением качества отношений, психотерапевт должен осознанно решить, будет ли эффективным вплетать в эту дискуссию наблюдение связанного с сексуальностью ПТП. Может быть, что между этими темами нет четкой связи, поэтому терапевт ждет, игнорируя ПТП, и только в дальнейшем обращается к нему. Всякий раз, когда терапевт игнорирует сексуальное ПТП, рекомендуется, чтобы он проконсультировался со своей терапевтической командой или другими доверенными коллегами по поводу этого опыта, чтобы оставаться в рамках этики и клинической ответственности.

## **Валидация: когда наблюдается сексуальное препятствующее терапии поведение, будьте уверены, что валидируете только валидное**

Валидация является важным навыком в психотерапии. Валидация не собственность ДПТ, и не ДПТ придумала валидацию. Все клиницисты используют ее более или менее умело. Какой вклад вносит ДПТ? Это практическое применение нескольких уровней валидации (см. главы 2 и 3) в качестве функциональных классов поведения. Валидация может принимать форму

открытых вопросов терапевта, утверждений, рефлексий и резюме, аналогичных другим терапевтическим методам, таким как мотивационное интервьюирование [Miller & Rollnick, 2002]. Валидация может включать в себя попытки с состраданием и заинтересованностью понять мысли и чувства клиента.

Валидирующий терапевт также может подчеркивать, как прошлый опыт или биология могут помочь объяснить, почему возникли мысли, чувства, физиологические ощущения или поведение. Валидация иногда подразумевает, что терапевт нормализует переживания как резонные или распространенные, или имеющие смысл, учитывая текущий контекст, в котором находится клиент, независимо от его прошлого. Также валидация в ДПТ может включать в себя усилия быть радикально искренним, когда терапевт делится своим опытом, аутентичным и осознанным в плане отношений образом. Иногда это включает в себя самораскрытие с самововлечением терапевта (раскрытие текущей реакции психотерапевта на поведение клиента).

Валидация в ДПТ является функциональной, и в результате она может принимать множество различных форм. С одной стороны, валидация может быть явно поддерживающей и обнадеживающей, когда терапевт соглашается с клиентом по поводу чего-либо или поощряет клиента придерживаться определенного поведения. Однако для целей этой главы особенно важно подчеркнуть, что валидация — это больше, чем просто быть приятным, больше, чем просто соглашаться, и больше, чем быть активным и поддерживающим слушателем. Искусство валидации — это способность терапевта распознавать то, что мы имеем в наличии, без непреднамеренного подкрепления дисфункции. Это означает, что терапевт осознает поведение клиента и тщательно обдумывает, что подтверждать с помощью валидации, а что игнорировать или, если необходимо, опровергать. Для терапевта валидация — это активный процесс, требующий осознанности, обдумывания концептуализации кейса и принятия решения о том, что валидировать, к чему обращаться, а что игнорировать или избегать. В случае сексуально неуместного или связанного с сексуальностью ПТП этот активный процесс валидации является крайне важным для терапевта навыком.

Мишенью для терапевта является валидирование валидного. Но что валидно в случае с сексуально неподобающим поведением? Терапевт может ответить, что всегда есть что валидировать. Когда клиент проявляет сексуальное ПТП, можно ли валидировать присутствие в текущем моменте, уместность, логичность или то, что это является результатом истории клиента или текущих обстоятельств? Выражение сексуального желания

или романтического интереса к психотерапевту может быть валидировано с точки зрения ДПТ-терапевта. Чувство эмоциональной близости может быть связано с сексуальными или романтическими переживаниями в истории клиента. Терапевт в этом примере может валидировать чувства как имеющие смысл, но не валидировать возможность сексуального или романтического поведения.

Возьмем в качестве примера сексуально провокационное поведение, которое отвлекает или иным образом препятствует терапии. В истории клиента такое поведение могло быть подкреплено, и оно может быть эффективным для достижения или усиления близости. В этом случае терапевт может просто признать, что история клиента делает поведение понятным, и в то же время соблюдать пределы относительно терапевтических отношений. Это два типичных примера того, как терапевт может разумно сбалансировать валидацию валидного с установкой ограничений, чтобы уменьшить вероятность усиления дисфункционального поведения и продолжить работу с клиентом для достижения целей лечения. В табл. 10.2 показано, как терапевты могут учитывать возможность использования уровней валидации в ответ на сексуальное ПТП. Чтобы лучше понять происходящее, просматривая таблицу, представьте, что клиент выразил заинтересованность в том, чтобы иметь отношения с терапевтом после окончания терапии. Давайте посмотрим, что может сделать терапевт, используя валидацию как стратегию с соответствующими конкретными ответами.

**Таблица 10.2. Уровни валидации и примеры валидирующих ответов на сексуальное препятствующее терапии поведение**

Уровень	Тип	Ответ терапевта	Пример ответа
1	Уделять внимание	Осознанное слушание без прерывания	Расскажите мне больше о том, что вы чувствуете. Я хочу понять
2	Активно слушать	Перефразирование, рефлексия, открытые вопросы, резюме	Вы замечаете, что мне интересно понять вас, вы чувствуете заботу о вас с моей стороны, и это приводит к множеству разных чувств по поводу наших отношений

*Продолжение табл. 10.2*

Уровень	Тип	Ответ терапевта	Пример ответа
3	Терапевтическое чтение мыслей	Озвучивать невысказанное, спрашивать клиента, чувствует ли он X или Y, опираясь на осведомленность терапевта о клиенте и опыт общения с ним	Мы работали вместе долгое время. Мне интересно, возникло ли у вас сейчас чувство особенно тесной связи или интимности?
4	Основываться на прошлом или биологии	Установление связи препятствующего терапии поведения (ПТП) клиента с его историей, чтобы осмыслить, почему может проявляться ПТП	Прошло много времени с тех пор, как вы чувствовали себя такими близкими с кем-то и уязвимыми. Могло бы иметь смысл, если бы ваш разум говорил вам, что это означает, что мы должны подумать об отношениях после терапии. Мысль имеет смысл, но соответствующее действие никогда не произойдет
5	Основываться на текущем контексте	Установление связи препятствующего терапии поведения (ПТП) клиента с его текущим опытом и обстоятельствами, чтобы осмыслить, почему может проявляться ПТП	Сегодня была особенно эмоциональная сессия. И вы почувствовали уважение и понимание, которые вам нелегко найти с другими. Было бы резонно, если бы вы ощутили сильное чувство связи со мной сегодня

*Окончание табл. 10.2*

Уровень	Тип	Ответ терапевта	Пример ответа
6	Быть радикально искренним	Аутентичное общение без экивоков в человеческой манере, но с соблюдением ограничений	Спасибо, что поделились этим со мной. Иметь отношения с вами после окончания терапии было бы этически неуместно и противоречило бы моим ценностям. После окончания терапии мы можем оставаться на связи, но это не будут романтические отношения. Я надеюсь, что это понятно, и я не готов больше с вами об этом говорить

## **Стратегии диалектической поведенческой терапии для помощи клиентам справиться с мыслями и эмоциями, связанными с сексуальным препятствующим терапии поведением**

До сих пор в этой главе мы предполагали, что терапевты, не практикующие ДПТ, могут заимствовать принципы и стратегии из ДПТ, чтобы быть осознанными относительно связанного с сексуальностью ПТП, ориентировать клиентов на это поведение и валидировать его. Диалектическая терапевтическая позиция относительно необходимости принятия и изменения лежит в основе всех клинических соображений, касающихся того, как реагировать на ПТП клиента. Конкретное переложение того, как ориентироваться в этой диалектике, состоит в том, чтобы сначала использовать валидацию, чтобы понять и передать понимание того, что валидно в отношении ПТП, а затем установить или соблюдать пределы. Но как насчет всех этих мыслей, связанных с этим ПТП? Что может сделать терапевт, например, когда клиенты с ПРЛ и хронической историей сексуальной травмы начинают действовать сексуально в терапевтическом кабинете? Что делать терапевту после валидации и соблюдения ограничений?

Во многих случаях может оказаться полезным помочь клиенту научиться регулировать эмоции и мысли, связанные с сексуальным ПТП. Как обсуждалось ранее, это ПТП должно быть осознанно рассмотрено, и должно быть выбрано в качестве мишени с учетом других возможных целей лечения. В связи с этим зачастую следует обращать внимание на сексуально неподобающее ПТП не только потому, что это разрушительно или неудобно для терапевта, но и потому, что оно может быть примером класса крайне неэффективного поведения, которое мешает жизни клиента вне терапевтического кабинета, то есть в терминах функциональной аналитической психотерапии клинически значимого поведения [Kohlenberg, & Tsai, 1991]. Согласно этой модели психотерапии, поведение, которое препятствует лечению, может быть концептуализировано и эффективно выбрано в качестве мишени, когда оно сходно с функциональным классом, вызванным условиями терапевтического процесса, которые актуальны в естественной среде. В случае сексуального ПТП поведение может считаться клинически значимым, если оно сходно по функции с тем, что клиент делает вне терапии.

В работе с сексуальным ПТП терапевт может использовать решение проблем, анализ цепочки или любую стандартную технику, основанную на изменениях, из поведенческой или когнитивной терапии.

Стратегии решения проблем были рассмотрены в главе 3 и могут предполагать использование анализа цепочки для совместного определения того, что обычно увеличивает вероятность реагирования клиента с помощью связанного с сексуальностью ПТП определенного вида. Может быть, недостаточно валидировать то, что связанное с сексуальностью ПТП наблюдается из-за того, что в истории клиента сексуальное возбуждение путалось, смешивалось с доверием или эмоциональной уязвимостью, что может случаться в терапии. Вместо этого, используя анализ цепочки, терапевт и клиент вместе могут исследовать звенья в цепочке, ведущей к связанному с сексуальностью ПТП. Можно исследовать несколько гипотез о том, что может приводить к этому ПТП, и открыто обсуждать решения о способах изменения этого паттерна реагирования.

Например, если клиент-мужчина начинает сильно флиртовать со своим терапевтом-женщиной всякий раз, когда она просит его рассказать о своих прошлых отношениях с женщинами, клиент и терапевт могут использовать анализ цепочки, чтобы исследовать его реакции и определить возможные решения. Можно предположить, что флиртующее поведение классически обусловлено выражением интереса психотерапевта к истории его романтических отношений. Если анализ цепочки не может опровергнуть эту гипотезу,

решение, которое можно исследовать, может заключаться в использовании навыков осознанности во время сессии до нее или вскоре после расспросов об истории романтических отношений клиента. В качестве альтернативы можно предположить, что его флиртующее поведение поддерживается оппортунистично, в результате чего вероятность поведения определяется предполагаемыми непосредственными последствиями ПТП. Примером этого может быть наблюдаемое клиентом поведение, вызванное флиртом, которое он интерпретирует как дискомфорт терапевта; это будоражит клиента и приводит к сексуальному возбуждению. Если анализ цепочки подтвердил эту гипотезу, решение может включать в себя экспериментирование с краткими экспозициями сигнала, например, неоднократное обсуждение этой темы в структурированном и обдуманном виде, при этом терапевт должен быть осознанным относительно того, что он не должен подкреплять поведение, и не должен выглядеть обеспокоенным или смущенным, и может также включать оценку изменений в сексуальном возбуждении при последовательном экспонировании. Во всех случаях разрешения проблем со связанным с сексуальностью ПТП терапевт может следовать соответствующим указаниям из предыдущих глав, в том числе после использования стратегий оценки, анализировать возможные решения, устранять ошибки и, когда это возможно, активно применять новые реакции для изменения ПТП с использованием таких техник, как ролевая игра, моделирование или репетиция.

В дополнение к основанным на изменениях подходам к решению проблем со связанным с сексуальностью ПТП ДПТ-терапевт использует техники, основанные на принятии. Это могут быть практики осознанности, основанные на принятии, навыки регуляции эмоций или устойчивости к стрессу, когда происходит ПТП сексуального характера. Эти навыки используются для того, чтобы клиент мог научиться тому, что мысли, чувства и физиологические ощущения, ассоциированные с ПТП, могут переживаться без неблагоприятных последствий, за исключением возможного временного переживания отрицательных эмоций. Кроме того, терапевт может помочь клиенту научиться позволять себе испытывать, без неумелого реагирования, любое количество внутренних переживаний, которые исторически были связаны с возникновением проблемного поведения вне терапевтической сессии. Например, терапевт может содействовать клиенту в принятии опыта мыслей, связанных с сексуальностью, без интерпретаций, без оценок и без попыток изменить эти мысли, и без того, чтобы эти мысли приводили к неэффективному поведению, которое не согласуется с ценностями клиента. При использовании



всех этих инструментов, основанных на изменениях и на принятии, терапевтам важно помнить: не существует единственно правильного подхода, помогающего клиентам управлять своими мыслями и эмоциями, связанными с сексуальным ПТП. В табл. 10.3 представлены примеры стратегий, которые терапевты разных теоретических направлений могут использовать для помощи в таких ситуациях.

Напомним, что мы ранее в этой книге уже представили концепцию в ДПТ, касающуюся балансирования стиля общения терапевта между взаимной теплотой и непочтительностью. Мысль о том, что психотерапевт может быть непочтительным в ответ на сексуально неуместное ПТП, на первый взгляд может показаться странной или тревожащей. Что это могло бы значить, и как это можно было бы сделать?

**Таблица 10.3. Стратегии принятия и изменения для помощи клиентам в управлении мыслями и эмоциями, связанными с сексуальным препятствующем терапии поведением**

	Принятие	Изменение
Мысли	Осознание и переживание мыслей, как только мыслей, а не как истины	Когнитивная перестройка; изучение доказательств истинности мысли и рассмотрение альтернативы
Эмоции	Наблюдение эмоций и позволение присутствовать им, когда они возникают, не убегая от них и не избегая их, но не действуя под их влиянием	Выявление определенных эмоций, чтобы узнать, как уменьшить их интенсивность или продолжительность, используя навыки регуляции эмоций
Физические ощущения	Наблюдение, обозначение и самовалидация физических ощущений, ассоциированных с интимностью	Отработка использования навыков регуляции эмоций для изменения характера реакций на сексуально значимые ощущения, связанные с терапией

Быть непочтительным для психотерапевта может означать быть сухим, буквальным, немного неортодоксальным или несколько непредсказуемым. Это отчетливо отличается от разговорного понятия непочтительности. ДПТ-стратегия непочтительности не принимает форму критики, оскорблений или актов недоброжелательности. Кроме того, она не связана с какими-либо традиционными представлениями о религиозной непочтительности и не функционирует должным образом, если клиент воспринимает это как негативное наказание. Каким образом терапевты, не практикующие

ДПТ, могут заимствовать стратегию непочтительности, чтобы помочь клиенту справиться со связанным с сексуальностью ПТП?

Непочтительность в случае сексуально неуместного поведения в ДПТ, вероятно, наиболее эффективна, когда она проявляется в форме сухости, буквальности. Это устанавливает четкие границы, побуждает соблюдать разумные и здравые пределы для терапевта и позволяет понять, что мысли и чувства, возникающие в результате терапевтической близости, не следует отождествлять с романтической любовью или сексуальным поведением. Несколько лет назад один из авторов лечил женщину от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), используя когнитивно-процессинговую терапию [Resick & Schnicke, 1992; Surís, Link-Malcolm, Chard, Ahn, & North, 2013]. У клиентки была длинная история сексуальной травмы с индекс-травмой, произошедшей, когда она была девочкой-подростком. После вечеринки группа мужчин удерживала ее как заложницу и неоднократно насиловала за много лет до терапии. После нескольких месяцев лечения ее травматического стресса симптомы ПТСР у клиентки значительно уменьшились. Она решила продолжить терапию, и мы начали решать задачи, связанные с отношениями и близостью. Два десятилетия у нее были симптомы ПТСР, сохранявшиеся до нашей терапии. Она была разведена, одинока и при этом не избегала близости. На одном сеансе она выразила свое желание сексуальной близости и романтической любви. Она смущенно объяснила, что испытывает чувство любви к своему терапевту. Ответом была валидация с последующей непочтительностью:

“Резонно, что у вас есть такие чувства. Мы многое пережили вместе, и вы, наконец, свободны от избегания и посттравматического стрессового расстройства. Сейчас мы работаем над тем, чтобы у вас были здоровые отношения с мужчинами. И я был здесь с вами все время, слушая, понимая вас и помогая вам. Вы доверяете мне и не доверяете многим мужчинам по уважительным причинам, основанным на вашей истории. Итак, я вполне понимаю чувства, которые вы можете испытывать. Но, вот в чем дело, и я буду в этом предельно буквален: между нами никогда не может быть романтических отношений. Это исключено. Поэтому давайте продолжим думать о том, как помочь вам бороться с этими чувствами, и в то же время четко определим, что наши отношения будут только терапевтическими, здесь, в этом кабинете”.

Сначала обратите внимание на валидацию от всего сердца, затем следует краткая и прямолинейная непочтительность. Там не было никаких полунамеков. Там никогда не могло бы быть никаких нетерапевтических отношений; чувства имеют смысл, хотя действия никогда не произойдут.

## **Использование поведенческих принципов для помощи в управлении связанным с сексуальностью препятствующим терапии поведением**

В главах 2 и 3 мы представили способы, с помощью которых ДПТ для изменения поведения использует стандартные принципы поведенческой терапии. Они включают в себя понятия, фундаментальные для поведенческой терапии старого и нового типов, такие как подкрепление, наказание, формирование и управление обуславливающими последствиями. При рассмотрении вопроса об использовании валидации и непочтительности в ответ на сексуальное ПТП психотерапевт осознает, как такие ответы могут подкреплять или наказывать определенные виды поведения. По определению подкрепление и наказание относятся к последствиям, которые призваны увеличивать (подкреплять) или уменьшать (наказывать) вероятность поведения. Положительное подкрепление включает в себя добавление приятного стимула для усиления поведения, в то время как негативное подкрепление включает в себя устранение аверсивного стимула для усиления поведения. К позитивному наказанию относится добавление стимула для уменьшения вероятности поведения, в то время как к отрицательному наказанию относится устранение стимула для уменьшения вероятности возникновения поведения. В табл. 10.4 приведены примеры того, как могут быть применены подкрепление и наказание при реагировании на сексуальное неприемлемое ПТП клиента.

Валидация, когда она эффективна, может работать на повышение вероятности поведения клиента или улучшать понимание поведения клиента. Непочтительность может быть использована для наблюдения и привлечения внимания клиента к терапевтическим ограничениям, касающимся сексуального ПТП. Следовательно, непочтительность также может выполнять функцию увеличения или уменьшения вероятности определенного поведения. В результате стратегии ДПТ для управления связанным с сексуальностью ПТП можно рассматривать как способы формирования нового поведения, увеличения вероятности определенных классов поведения или, в более общем смысле, управления обуславливающими последствиями на терапевтической сессии.

Формирование довольно просто использовать в психотерапии. Формирование используется, чтобы постепенно, с течением времени,

увеличить вероятность адаптивного поведения, чтобы помочь клиенту достичь своих целей лечения. При наличии связанного с сексуальностью ПТП терапевт может по-разному усиливать адаптивное поведение во время сеанса терапии до тех пор, пока ПТП не станет менее частым, менее драматичным и эксцентричным или, в целом, менее дисфункциональным. Это требует от терапевта осознанности относительно того, как нужно реагировать в определенный момент. Это одна из техник, в которой сами ДПТ терапевты формируются с течением времени посредством работы с мультидиагностическими клиентами, которые отвечают критериям ПРЛ, чтобы быть более успешными в этой работе. Осознанность терапевта по отношению к клиенту позволяет ему эффективно реагировать на клиентов, помогая ясно и открыто говорить с клиентом о том, на что он реагирует и почему, что валидно, а чего могло бы быть меньше, что принимать и что менять и так далее. Терапевт похож на инспектора на промышленном предприятии, который наблюдает за бесконечным потоком продуктов,двигающихся по конвейерной ленте. Задача состоит в том, чтобы наблюдать и действительно реагировать с такой точностью и скоростью, чтобы быть эффективными.

**Таблица 10.4. Примеры использования подкрепления и наказания для управления сексуальным препятствующем терапии поведением**

Подкрепление	Наказание	
Позитивное	Валидация резонной и ожидаемой эмоциональной реакции на чувство клиента, что о нем заботятся, понимают его или что он важен для кого-то	Когда клиент спрашивает, может ли он встретиться с вами вне терапии, чтобы поговорить о чем-то личном, сочувственно но твердо скажите: “А как насчет того, чтобы поговорить об этом здесь?”
Негативное	Когда частота проявления сексуального поведения начинает снижаться или когда клиент вербализует способность предсказывать и эффективно реагировать на это поведение, мешающее терапии, помогите клиенту чувствовать себя менее обеспокоенным и смущенным	В ответ на сексуальное ПТП откиньтесь на спинку стула и ведите себя в менее теплом ключе

Будучи осознанным относительно поведения клиента и того, как ПТП соотносится с поведением, ухудшающим качество жизни клиента, терапевт может привлечь клиента к совместной дискуссии о том, как следует изменить определенные виды поведения, почему это может быть полезно для клиента с учетом его ценностей и целей, и как начать вносить эти изменения на сессии прямо сейчас. Корректируя поведение в направлении общего ожидаемого результата, терапевт может использовать поведенческие принципы, чтобы попытаться увеличить или уменьшить некоторые классы поведения. Что касается сексуального ПТП, психотерапевт формирует поведение, игнорируя какое-либо поведение, чтобы дифференциально относиться к другому поведению, усиливая и валидируя только валидное и наказывая редко, только если это необходимо. Соответственно, терапевт управляет обуславливающими последствиями на терапевтической сессии. Если клиент участвует в поведении класса X, терапевт тщательно управляет своей реакцией, чтобы увеличить или уменьшить поведение этого класса. Это делается в атмосфере сотрудничества, совместно, с учетом потребностей клиента. Полезно было бы привести несколько более конкретных примеров.

Один из подходов, который терапевт может использовать для реагирования на этот вид ПТП, может состоять в том, чтобы реагировать обуславливающим образом с поддержкой и теплом на несексуальные выражения эмоциональной близости, благодарности, тепла или другие способствующие улучшению отношений, но несексуальные формы поведения. Дифференциальное подкрепление этого поведения может быть разумным способом дать клиенту возможность узнать на опыте, что близость и доверие, которые испытывают в психотерапии, не должны быть связаны с сексуальной близостью, что вместо этого может быть достигнута несексуальная близость. Тем не менее терапевт может ответить обуславливающим способом в сухой, основанной на фактах манере, чтобы соблюсти ограничения и со временем уменьшить связанные с сексуальностью действия клиента, побуждающие терапевта снова обсуждать, возможны ли посттерапевтические отношения. Суть заключается в следующем: когда возникает ПТП сексуального характера, им можно эффективно управлять, планируя уменьшить конкретное поведение и дифференциально подкрепляя альтернативное и более адаптивное поведение. Таким образом, стратегии прояснения и управления обуславливающими последствиями можно использовать для формирования более эффективного поведения, которое поможет клиенту научиться не только быть более эффективным во время психотерапии, но и улучшить функционирование в отношениях вне терапевтического контекста.

## Групповая психотерапия и сексуальное поведение

До сих пор мы рассматривали ПТП, которое связано с сексуальностью, только в контексте индивидуальной терапии. Но как обстоит дело с этим видом ПТП в групповой терапии? В группах есть все виды интересной динамики, от прямых флиртов до тайных подмигиваний; групповая терапия может быть благоприятной для сексуально заряженного поведения. Независимо от того, является ли модель групповой терапии психообразовательной, когнитивно-поведенческой, ориентированной на процесс или основанной на общности (например, 12 шагов), и особенно когда в группу входят как мужчины, так и женщины, может возникать ПТП, связанное с сексуальностью. Как ДПТ может нас научить управлять этим ПТП в группе? Начнем с того, что ДПТ обеспечивает четкие ограничения, установленные в начале терапии, касающиеся формирования отношений в групповой терапии. Романтические отношения между членами группы не допускаются, если члены группы проходят обучение навыкам ДПТ в группе. Это не означает, что двум членам группы не разрешается вступать в романтические или близкие отношения за пределами группы. Это просто означает, что это невозможно до тех пор, пока они не закончат обучение навыкам. Если два члена группы заканчивают групповую терапию, они могут делать все, что им заблагорассудится, но пока они находятся в группе, они не могут сформировать романтические или сексуальные отношения вне группы. Это объясняется тем, что это может помешать обучению навыкам в группе — как для клиента, так и для других членов группы.

Вы можете спросить себя, насколько реально предотвратить какие-либо отношения за пределами группы. В конце концов, это эмоционально уязвимые люди, которые делятся друг с другом тем, как они борются и усердно работают, чтобы изменить свою жизнь. В этом контексте имело бы смысл, если бы возникали отношения вне группы. Полезное замечание состоит в том, что отношения, сформированные вне группы, не должны быть частными, личными. Другими словами, все, что может быть сделано или обсуждено вне группы между двумя членами группы, должно быть чем-то, что они готовы были бы делать или обсуждать внутри группы со всеми членами группы. Этот диалектический синтез позволяет членам группы формировать отношения друг с другом, но не сексуального или романтического характера. Все это должно быть сформулировано в начале группы.

Если клиент не желает соблюдать это правило, ему может быть отказано в участии в группе. Желательно, чтобы групповой психотерапевт соблюдал пределы и чтобы проблема была решена, тогда клиент либо закончит терапию, либо вернется в группу с решенной проблемой. В дальнейшем поведение можно отслеживать и исследовать по мере необходимости, используя подход, в котором сбалансированы сострадание и понимание, с одной стороны, и одновременно твердость и привязка к фактам, с другой стороны.

Во время групповой терапии сексуальное поведение, наблюдаемое ДПТ-терапевтом, обычно игнорируют, если только оно не является вопиющим и явно не мешает обучению. Если клиент флиртует с другим клиентом, терапевту нужно сразу же спросить себя, не является ли это поведение препятствующим групповой терапии. В ДПТ ответ на этот вопрос зависит от того, мешает ли данное поведение обучению. Это объясняется тем, что группа ДПТ явным образом является контекстом для приобретения новых навыков. Предполагается, что эти навыки — эмоциональная регуляция, межличностная эффективность, устойчивость к стрессу и осознанность — должны быть изучены, чтобы помочь клиенту начать жить достойной жизнью.

## Движемся вперед

Эта глава была сфокусирована на том, как понимать поведение, связанное с сексуальностью и препятствующее терапии, и реагировать на него. Основной упор мы сделали на то, что сексуальное поведение — это функциональный класс поведения, который включает, но не ограничивается ими, прямое сексуальное заигрывание или поведение, которое некоторые терапевты могут стереотипно считать флиртующим или соблазнительным. Повторим: форма менее важна, чем функция, когда дело доходит до сексуального ПТП. Другие основополагающие принципы, которые мы вынесли из ДПТ для использования клиницистами, не практикующими ДПТ, это важность баланса валидации и принятия с непочтительностью и соблюдением ограничений, включая необходимость осознанно относиться к сексуальному ПТП без разрыва терапевтических отношений. Следует отметить, что это ПТП может быть одним из самых сложных и тревожных для всех терапевтов. Мы надеемся, что кое-что из изложенного из арсенала ДПТ-терапевтов может быть заимствовано другими терапевтами для улучшения реагирования на такие сложные ситуации.

# 11

## Эффективное завершение терапии

Завершение терапии в идеале можно считать шагом на пути к более удовлетворяющей и достойной жизни [Farmer & Chapman, 2008, 2016]. Для кого-то завершение может быть увлекательным и расширяющим возможности процессом, сродни окончанию школы или продвижению по службе. Завершающий этап терапии дает возможность проанализировать прогресс клиента, терапевтические отношения, цели, которых клиент достиг или еще не достиг, и то, что было наиболее и наименее полезным в терапии. И психотерапевт, и клиент могут вынести что-то полезное для себя в результате такого анализа. Когда завершающий этап проходит успешно, клиенты покидают терапию, чувствуя удовлетворение и гордость за свой прогресс. Существует план по генерализации и поддержанию достижений, дальнейшему прогрессу и предотвращению рецидивов в важных областях. Возможно, клиент также может взять на себя обязательство по постоянному росту с помощью способов, которые соответствуют его личным целям и ценностям [Farmer & Chapman, 2008, 2016].

Увы, окончание терапии не всегда является идеальным итогом. Для некоторых клиентов прекращение терапии — пугающая перспектива. У некоторых клиентов могут возникнуть большие трудности, связанные с окончанием терапии, и они могут даже избегать дискуссий о прекращении терапии. Некоторые клиенты могут злиться, чувствовать себя отвергнутыми или покинутыми после окончания терапии. В некоторых случаях клиницисты наблюдают ухудшение симптомов или появление проблемного поведения, когда приходит время заканчивать терапию. Клиент может решить прекратить терапию слишком рано, до того, как будут достигнуты значительные успехи, или в абсолютно неподходящее время, например в кризис или в период суицидального риска. Некоторые клиенты могут регулярно заявлять о намерении прекратить терапию, что затрудняет последовательное продвижение вперед. Иногда трудности в терапевтических отношениях или отсутствие



прогресса могут привести к тому, что терапевт желает прервать или прекратить терапию слишком рано, что является неуместным или неэтичным. Кроме того, преждевременное прекращение терапии, или дропаут, случается довольно часто (в 30–50% случаев [Baekeland & Lundwall, 1975; Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008; Chiesa, Wright, & Neeld, 2003; Kazdin & Mazurick, 1994; Wierzbicki & Pekarik, 1993]).

В наших клиниках мы видели как идеальные, так и менее удачные ситуации и сами сталкивались с ними. Мы много читали об окончании терапии, говорили и консультировались с нашими коллегами, товарищами по команде и консультантами по этим вопросам и проблемам. В этой главе мы обсуждаем стратегии, основанные на диалектической поведенческой терапии (ДПТ), необходимые для того, чтобы максимизировать эффективность завершения терапии. Мы обсуждаем способы повышения вероятности того, что завершение будет проходить гладко и эффективно, стратегии предотвращения преждевременного дропаута и способы преодоления распространенных ошибок, связанных с процессом окончания терапии.

## Ключевые цели и принципы

Есть несколько целей и принципов, которые следует учитывать при планировании успешного завершения терапии. Полное представление о том, что является успешным завершением, поможет терапевту и клиенту организовать свое поведение таким образом, чтобы максимально повысить эффективность завершения терапии. Процесс завершения также является важной частью терапии, и в силу этого, к этой фазе лечения применимы те же принципы (обсуждаемые в главе 2), что и к остальным частям терапии или к управлению препятствующим терапии поведением (ПТП).

## Цели завершения

Возможно, первое, на что должны обратить внимание терапевты, это конкретные цели успешного и эффективного завершения терапии. Имея ввиду общие принципы и заблаговременно зная эти цели, терапевты могут заранее планировать завершение, а не просто реагировать на возникающие проблемы.

Существует несколько потенциальных целей для успешного завершения. Во-первых, завершение наиболее эффективно, когда клиент ранее был тщательно ориентирован на терапевтический процесс, вероятную

продолжительность терапии, а также находится в курсе соображений относительно решений об окончании терапии и временных рамок этого окончания. Завершение с меньшей вероятностью будет происходить эффективно, если клиент не предупрежден о нем, у него мало или совсем нет возможностей подготовиться к завершению, он не знает о потенциально ограниченном по времени характере терапии или не знает, когда и почему может рассматриваться завершение терапии. Во-вторых, завершение наиболее эффективно, когда решение о нем является совместным. Решения, касающиеся сроков и процесса завершения, когда это возможно, должны приниматься совместно и с учетом уникальной ситуации клиента. В-третьих, эффективное завершение часто предполагает, что терапевт совместно с клиентом сознательно планируют его. Такое планирование часто включает в себя предотвращение рецидивов, обсуждение различий в отношениях до и после лечения и устранение потенциальных проблем с завершением [Farmer & Chapman, 2008, 2016]. В-четвертых, терапевту и клиенту также может быть полезно подходить к завершению как к возможности размышлять о прогрессе, обсуждать любую обратную связь между ними и, возможно, устанавливать дальнейшие цели. В-пятых, в идеале клиент должен покинуть терапию на позитивной ноте, чувствуя себя вдохновленным, более уверенным в себе и достигшим прогресса в важных областях своей жизни. Наконец, успешное завершение содержит в себе план сохранения результатов лечения и применение навыков, полученных в процессе терапии, в различных ситуациях.

## **Диалектические принципы, применяемые к завершению**

В процессе завершения терапии могут быть разные варианты течения событий. Действительно, конфликты и противоположности характерны для самой природы этого процесса, поскольку это необычная ситуация, в которой развиваются эмоционально близкие отношения. Эта ситуация длится определенное количество недель, месяцев или лет, а потом заканчивается. Что касается завершения, одно из проявлений диалектической закономерности заключается в том, что окончание терапии, даже обдуманное, является болезненным для клиента, хотя оно отвечает его интересам: клиент нуждается в терапии, но должен быть свободен от терапии. Проблемы клиента могут усугубляться, и в то же время прекращение терапии может быть самым эффективным способом действий. Клиентам с ограниченной сетью социальной поддержки терапия может помочь продвинуться вперед

в жизни и одновременно сдерживать, замедлять это продвижение (когда психотерапевт является основным источником социальной поддержки).

Когда клиенты хотят преждевременно прекратить терапию, диалектический подход терапевта состоит в том, что он, полагая, что продолжение терапии наилучшим образом отвечает интересам клиента, может быть вынужден отказаться от привязанности к клиенту, остающемуся в терапии.

Терапевт, связанный с состоянием клиента, в то же время желает избавиться от привязанности к клиенту в терапии, когда это необходимо. Терапия — это один из способов перехода к достойной жизни, но, вероятно, не единственный. Этой тактики становится особенно трудно придерживаться с пациентами с ярко выраженным суицидальным поведением, когда терапевт должен одновременно продолжать терапию (оценивать риск, пытаться обеспечить безопасность, поощрять клиента оставаться в терапии, эффективно и этично управлять суицидальными рисками) и отпустить ситуацию (принять, что клиент может убить себя). Принятие того факта, что клиент может преждевременно прекратить терапию, может способствовать освобождению терапевта от узкой направленности на удержание клиента в терапии. Хотя мы делаем все возможное, чтобы держать клиента в терапии, основная цель состоит не в этом, а в том, чтобы стремиться к лучшему соблюдению интересов клиента и его благополучию. Сосредоточиться на том, чтобы удерживать клиента в терапии, все равно что заикливаться только на одном из многих решений более масштабной проблемы. Это ловушка, в которую попадают некоторые клиенты: существует какая-то проблема, и клиент сосредотачивается на том, чтобы бросить терапию (одно из многих возможных решений), прежде чем диада придет к пониманию того, что следует попытаться рассмотреть другие варианты решения проблемы.

## Стратегии ориентации

Как обсуждалось в этой книге, адекватная ориентация может помочь терапевтической диаде обойти многие потенциальные проблемы или ПТП. Действительно, мы обнаружили, что многие терапевтические проблемы, а также проблемы с супервизорами, служащими и другими лицами часто случаются из-за сбоев в ориентации. Ориентация важна, когда речь идет о завершении терапии. В начале лечения целесообразно оговорить, как может выглядеть курс терапии, заостряя внимание на таких вопросах, как продолжительность, частота сеансов и соображения относительно

завершения лечения. Хотя говорить о завершении в начале терапии может показаться преждевременным, некоторое обсуждение этого может быть полезным и поможет предотвратить проблемы в будущем.

## Как может помочь ограничение времени в терапии

Большинство форм терапии в определенной степени ограничены по времени. Поэтому (если это не противоречит теоретической ориентации или специализации терапевта), целесообразно сообщить в начале лечения, что в какой-то момент терапия закончится. Этот тип ориентации также согласуется с теорией постановки целей и научными [Fried & Slowik, 2004]. Если бы студенту во время прохождения курса преподаватель сказал, что в какой-то момент в будущем будет выпускной экзамен, стал ли бы студент готовиться к этому экзамену прямо сейчас? А если бы преподаватель сказал, что экзамен состоится через два месяца? Студент может начать серьезно относиться к учебе не сразу, но по мере приближения к экзамену студент будет прилагать все больше усилий к обучению. Возможно, максимум этих усилий придется на неделю или, что крайне нежелательно (но часто бывает), на часы, предшествующие экзамену. Точно так же, одной из функций ограничения времени терапии является стимулирование последовательной работы. Действительно, ДПТ и когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), с их акцентом на изучение новых стратегий выживания, моделей мышления и поведения, требуют последовательной работы и практики. Если и терапевт, и клиент знают, что они ограничены по времени, то могут с большей вероятностью эффективно использовать отведенное им время. Это может касаться как общей продолжительности терапии, так и продолжительности сессии, что проиллюстрировано в следующем клиническом примере.

Недавно мы встречались с клиентом, который пришел к одному из наших терапевтов после работы на протяжении предыдущих пяти лет с другим терапевтом. Этот человек боролся с тяжелым генерализованным тревожным расстройством, и у него в анамнезе было обсессивно-компульсивное расстройство. В его предыдущей терапии сессии были относительно открытыми, иногда продолжительностью один час, иногда — от одного до двух часов. Когда он начал лечение, одна из целей терапии состояла в том, чтобы он приступил к ориентированному на экспозицию лечению социальной тревоги и беспокойства. После первых нескольких сеансов он был готов начать, и, как это обычно бывает в случае ориентированных на экспозицию процедур, терапевт запланировал 2-часовые сессии, чтобы

дать достаточно времени для экспозиционных действий и для того, чтобы клиент мог вернуться к исходному эмоциональному состоянию до того, как он покинет сессию. Однако после нескольких сессий терапевт заметил, что ему все труднее помогать клиенту оставаться сосредоточенным во время экспозиции. Оказалось, что этот клиент употреблял марихуану чаще, чем считалось ранее, и порой это мешало ему сосредоточиться на занятиях. Усугубляло проблему и то, что некоторые жизненные проблемы (разрыв отношений, конфликт с братом, потеря работы и сложности в учебе) затрудняли его желание сделать приоритетом экспозицию, и терапевтические сессии постепенно стали содержать все больше разговоров и меньше действий. Кроме того, он часто употреблял марихуану, чтобы справиться с беспокойством, возникающим из-за этих постоянных стрессовых факторов. Приблизительно 70% времени на сессии тратилось на то, что клиент высказывал свои мысли и навязчиво размышлял о проблемах, в то время как терапевт пытался обучить клиента тому, как использовать эффективные навыки или вернуть его к продуктивным дискуссиям. Терапевт чувствовал себя неэффективным и деморализованным, и клиент сказал, что терапия, похоже, не работает, и заявил, что хочет бросить ее.

Обсудив эту ситуацию с командой, терапевт решил, что структура терапевтических сессий должна измениться. В частности, поскольку экспозиционная терапия находилась в состоянии временного перерыва, терапевт решил вернуться к обычным 50-минутным сессиям. Клиент согласился с этим, и через несколько недель сессии вернулись к 50 минутам. Даже это, казалось бы, небольшое структурное изменение в лечении оказало довольно существенное влияние. Клиент и терапевт стали более эффективно использовать время сессии, клиента было легче перенаправить с его тревожных мыслей на эффективные навыки и стратегии совладания, и клиент начал усерднее работать над сокращением употребления наркотиков в ожидании будущих сессий экспозиционной терапии. Нет ничего волшебного в 50-минутной продолжительности сессии или продолжительности лечения от 6 до 12 месяцев, но мотивирующий эффект ограниченного времени может иногда быть волшебным.

## Прояснение обуславливающих последствий

Когда терапевты производят начальную ориентацию на длительность и продолжительность терапии, а также касаются вопросов, связанных

с завершением лечения, важно уделять внимание управлению обуславливающими последствиями. Во многих ситуациях обуславливающие последствия таковы, что клиент получает более интенсивные и немедленные услуги, когда у него возникают более серьезные клинические симптомы. Например, суицидальный клиент может получать услуги только через определенные агентства (в США. — *Примеч. перев.*). Хотя большая клиническая тяжесть часто требует немедленного и интенсивного лечения в большей мере, важно сбалансировать это соображение с типами поведения, которые мы хотели бы видеть увеличенными (положительное, эффективное совладание) и наоборот сниженными (суицидальность, несуицидальное самоповреждение). Если поставщики лечения будут отказываться от поддержки и ухода, когда у клиентов будут появляться признаки улучшения, обуславливающие последствия станут полной противоположностью того, что может обеспечивать текущий прогресс. В результате может быть полезным сообщить клиентам на ранних этапах лечения, что пока они продолжают получать пользу от терапии, терапия будет продолжаться [Linehan, 1993a]. Однако, если проблемы нарастают, или у клиента не наблюдается улучшения, может быть важно и этически необходимо рассмотреть вопрос либо о прекращении терапии, либо о модификации терапевтического подхода [Американская психологическая ассоциация, 2010; Канадская психологическая ассоциация, 2000].

## Обсуждение организации процесса завершения

Также важно ориентировать клиента относительно четких ожиданий по поводу практических аспектов завершения терапии. Это может быть краткое обсуждение подхода терапевта к профилактике рецидивов и поддержанию результатов лечения. Терапевт может также обсудить, предполагает ли прекращение терапии резкое завершение лечения или постепенное сведение к нулю частоты сессий. Иногда клиенты могут испытывать тревогу и беспокойство по поводу того, что окончание терапии будет во многом похоже на закрытие дверей и запираание их на ключ, а на самом деле терапевт может желать совместно с клиентом выработать график прекращения сессий или назначить мотивационные сессии для обеспечения постоянной поддержки и сохранения терапевтических результатов. Некоторые терапевты придерживаются политики открытых дверей, согласно которой клиенты могут вернуться в любое время после прекращения терапии.

Другие терапевты могут предпочитать, чтобы клиенты делали перерыв определенной продолжительности перед возвращением к терапии или бы клиенты возвращались к терапии с кем-то другим. Мы рекомендуем, чтобы решения такого рода принимались совместно и с учетом уникальных характеристик клиента и его специфических проблем.

## **Оценка прошлого опыта, связанного с завершением терапии**

В какой-то момент в терапии можно провести некоторую оценку предыдущего клиентского опыта завершения лечения, которая помогает предотвратить будущие проблемы. Если у клиента был трудный или отрицательный опыт завершения с другими терапевтами, это подходящий момент для того, чтобы описать, чем будет отличаться текущая терапия. Например, один из авторов (Алекс Чапмен) работал с клиенткой, чей предыдущий психотерапевт сказал ей, что, если она произведет самоповреждение, он прекратит с ней терапию. При дальнейшем рассмотрении такой подход произвел впечатление ошибочной попытки управления обуславливающими последствиями или правилом, основанным на предпочтениях терапевта. Однако проблема заключалась в том, что клиентка потеряла бы доступ к терапии, если бы у нее сохранились те самые проблемы, которые в первую очередь привели ее к терапии. В результате в своей новой терапии клиентка была обеспокоена вопросами, связанными с прекращением лечения, и тем, что терапевт может отказать ей, если она произведет самоповреждение. Самоповреждение у нее все еще регулярно происходило, но она полностью соблюдала коммитмент относительно работы над сокращением этого поведения. Ей часто не хотелось и бывало стыдно поднимать тему телесных самоповреждений, и автор работал с ней над тем, чтобы постепенно укрепить ее доверие, уменьшить ее стыд и страх перед терапевтическими последствиями самоповреждений. В этом случае для автора было важно ориентировать клиентку на такой подход к самоповреждению и завершению терапии.

## **Обращение к теме завершения терапии и ее обсуждение**

Помимо ориентации существует другой способ предотвратить проблемы — начать обсуждать и планировать завершение терапии задолго до того, как это произойдет. Во время этих первоначальных обсуждений

терапевт и клиент могут начать анализировать достигнутый прогресс и определить приблизительное время окончания терапии. Также могут быть обсуждены следующие темы: когда и как клиент может понять, что он готов к завершению терапии, каковы эмоциональные реакции и мысли о завершении терапии, а также потенциальные проблемы, которые могут возникнуть в следующие за завершением недели или месяцы. Обращение к этим вопросам на относительно ранних этапах процесса влечет за собой упреждающее совладание [Aspinwall & Taylor, 1997], как описано в последней версии руководства по обучению навыкам ДПТ [Linehan, 2015]. Открытая дискуссия о проблемах и реакциях, которые могут возникнуть у клиента в отношении завершения терапии, способна максимально увеличить шансы на успешное завершение. Среди этих проблем могут быть страхи по поводу прекращения терапии, беспокойство клиентов по поводу своей способности справляться вообще и справляться без терапевтической поддержки, обострение симптомов в преддверии завершения лечения, гнев и чувство отверженности или деморализация и безнадежность.

Такой проактивный подход к завершению терапии позволяет терапевту совместно с клиентом заблаговременно решать эти проблемы. В самом деле, для терапевта может быть полезно откровенно и открыто рассказать об этих потенциальных проблемах, даже если клиент на самом деле не сталкивается ни с одной из этих проблем. Привлечение внимания к распространенным проблемам с завершением терапии может нормализовать потенциальные реакции клиента и способствовать открытому обсуждению проблем или опасений по поводу завершения. Например, терапевт может сказать что-то вроде следующего:

*“У людей бывает много разных типов реакции на окончание терапии. Одни счастливы, что терапия закончена, и рассматривают это как признак прогресса и перехода к следующему шагу на пути к выздоровлению. Другие очень беспокоятся по поводу ее завершения, не уверены, что они смогут справиться, когда терапия закончится, или могут чувствовать, что окончание терапии является формой отвержения. Все эти реакции можно понять. Что вы думаете о том, какова может быть ваша реакция на окончание терапии?”*

В идеале эти дискуссии должны быть в русле вмешательств, обсуждаемых в главе 3, включая оценку потенциальных проблем с завершением, решение проблем, установление коммитмента клиента относительно воплощения решений и преодоления факторов, которые могут помешать



успешной реализации решений. Другое преимущество этого проактивного подхода состоит в том, что однажды в ходе этих обсуждений будет определен сценарий действий, а позже терапевт может напомнить клиенту о плане, который они придумали и который пригодится, если проблемы будут усиливаться по мере приближения завершения терапии.

## **Управление интенсивными эмоциональными реакциями на завершение терапии**

У клиентов могут быть различные интенсивные эмоциональные реакции на завершение, в том числе радость, облегчение, беспокойство, страх, гнев, грусть, боль и так далее. Несколько ключевых терапевтических стратегий и приемов помогут терапевту и клиенту эффективно проработать различные потенциальные реакции. Во-первых, для терапевта важно избегать патологизирования и осуждения реакций клиента. Может быть легко выдавать оценочные суждения: что клиенты чрезмерно зависимы или у них плохо отстроены границы, когда они боятся перспективы прекращения терапии. Иногда такие суждения проистекают из собственных трудностей терапевта, выдерживающего эмоциональные реакции клиента. Гораздо проще, когда клиент сотрудничает и ценит терапию, но готов отпустить ее, когда придет время.

Поэтому мы рекомендуем, чтобы терапевты помнили принцип расширения ума, рассмотренный в главе 2, позволяя и принимая полный спектр эмоций и поведения клиента, включая интенсивные реакции на завершение терапии.

Во-вторых, одной из наиболее важных стратегий, помогающих клиентам справляться с интенсивными реакциями на завершение, является оценка сути проблем или факторов, способствующих таким реакциям. Множество факторов может влиять на интенсивный страх завершения терапии, например, опасения, что клиент не сможет эффективно справляться без терапевтической поддержки, страх потери важных отношений, опасения по поводу потенциального усиления симптомов и так далее. В этом отношении подход подобен подходам КПТ к другим тревогам, страхам или интенсивным эмоциональным реакциям. Понимание природы тревоги или страха, ожидаемого или опасного события и убеждений клиента относительно его способности справиться с ними может способствовать эффективным интервенциям [Dugas & Robichaud, 2006]. Как обсуждалось

в главе 7, посвященной гнев, оценка также может учитывать возможные *провоцирующие события* для эмоциональных реакций (например, обсуждение завершения терапии или мысли о нем, напоминания о том, что терапия приближается к концу и даже прогресс в терапии), специфические клиентские *первичные* (например, страх, грусть, боль) и *вторичные* (например, смущение или стыд, гнев) эмоциональные реакции, *тяги (побуждения) к действию* (например, отказаться от отношений, прекратить терапию раньше, чем она закончится, избегать психотерапевта, кричать) и *мысли или интерпретации* (например, мысли о том, что терапевту все равно, что это были просто профессиональные, а не “реальные” отношения, мысли о том, что клиент не справится без терапии, опасения по поводу одиночества и отсутствия поддержки).

В-третьих, может быть полезно помочь клиенту наблюдать и/или описывать его эмоциональные переживания. Это отличное время для навыка осознанности текущих эмоций [Linehan, 1993b, 2015], когда клиент испытывает, наблюдает и, возможно, описывает ощущения и тяги (побуждения) к действию, связанные с эмоцией. Для клиентов, которые огорчены или боятся прекращения терапии, это может быть просто наблюдение, переживание и слежение за волной эмоции, приходящей и уходящей, в присутствии поддерживающего безоценочного терапевта. Клиенты, которые чувствуют себя перегруженными своими эмоциями или которым в противном случае было бы трудно говорить о своих реакциях, могут обнаружить, что осознанность их текущих эмоций позволяет им “переваривать” свои эмоциональные реакции и повышает их способность работать над ними вместе с терапевтом.

В-четвертых, мы рекомендуем, чтобы терапевты наблюдали и внимательно выискивали долю истины или валидность в реакциях клиента. Терапевты могут задать себе вопрос, например, “Какая может быть причина того, что клиент боится завершения терапии?” Затем задача состоит в том, чтобы валидировать валидное и избежать валидации невалидного. Терапевт может валидировать грусть, связанную с утратой терапевтических отношений или фрустрацию по поводу того факта, что терапевтические отношения не могут продолжаться и сохраняться, как другие отношения, но не может валидировать мысли клиента о том, что терапевт не заботится о клиенте.

В-пятых, после того как клиент и терапевт достигли некоторой ясности относительно характера реакций клиента, полезным шагом будет решение проблем. Напомним, что мы обсуждали шаги для решения проблем

с помощью акронима SOLVES в главе 3. Эти шаги могут быть эффективно применены к сильным эмоциональным реакциям на завершение терапии.

## Страхи по поводу завершения терапии

Страх и тревога являются одними из наиболее распространенных эмоциональных реакций на завершение терапии, и в некоторых случаях они отражают истинное положение дел. У нас было нескольких клиентов, для которых терапевтические отношения были их основным источником социальной поддержки. В этих случаях основной проблемой для клиента было то, что он останется без какой-либо поддержки после окончания терапии. В таких случаях у терапевта и клиента есть возможность определить потребности и цели клиента и начать предпринимать проактивные действия для решения проблем, чтобы попытаться увеличить шансы на получение клиентом адекватной поддержки после окончания терапии. Можно использовать другие стратегии, такие как обучение клиента навыкам устойчивости к стрессу, чтобы более эффективно выносить одиночество или принимать факт, что временно поддержка является ограниченной. Клиент и терапевт могут также договориться о более медленном сокращении частоты сессий или регулярном проведении мотивационных сессий.

Для клиентов, которым трудно иметь дело со страхом завершения, или которым даже страшно говорить о завершении, могут быть целесообразны вмешательства, ориентированные на экспозицию. Например, один из авторов (Алекс Чапмен) работал с клиенткой, которая была привязана к терапии и терапевту и, ей было очень трудно размышлять о завершении. В начале лечения она была тщательно ориентирована на мысль, что терапия закончится, в идеале, когда она достигнет своих целей и получит пользу от лечения (и приблизительно, когда это может произойти). Когда терапия была пройдена примерно на две трети, и клиентка добилась значительного прогресса (она прекратила травмировать себя, добилась значительных успехов в совладании с общей тревогой и беспокойством, научилась справляться с приступами паники и сократила употребление алкоголя до беспроблемного уровня, а также улучшила свои отношения с мужем и дочерьми), я коснулся темы того, как она сможет понять, когда пора планировать завершение терапии. Несмотря на то что я заявил, что любые решения о завершении терапии будут приниматься совместно, и предположил, что она скоро закончится, клиентка очень рассердилась. Ее лицо покраснело, мышцы напряглись, и она повысила голос, воскликнув:

“Почему вы об этом говорите?!” — а затем раскритиковала меня за то, что я так бесчувственен, что заговорил о прекращении терапии. Она была так зла, что потребовалось от 15 до 20 минут (и несколько стратегий релаксации и регуляции эмоций), чтобы она достаточно успокоилась, чтобы говорить об этом дальше.

После этого при дальнейшей оценке сути проблемы стало ясно, что ее первоначальная реакция не была гневом, это был сильный страх. Она боялась того, что ей придется обходиться без поддержки психотерапевта, и то, что я поднял вопрос о завершении, в ее глазах выглядело как огромная угроза. Она запаниковала и очень разозлилась. В этом случае я мог бы отступить и сказать: “Вы правы, это не то, о чем нам действительно нужно говорить сейчас. Почему бы нам просто не отложить это? Мы всегда можем поговорить об этом позже, когда придет время”. Однако такой ответ, вероятно, помог бы сохранению страха и гнева, а также обеспечил бы негативное подкрепление конфронтационного поведения. Кроме того, мое поведение избегания было бы отрицательно подкреплено отступлением и успокоением клиента. Когда завершение стало бы неизбежным, и мы действительно должны были бы поговорить об этом, я, возможно, чувствовал бы нежелание поднимать этот вопрос, и/или клиентка могла бы действовать и чувствовать себя аналогичным образом в этот момент. Следует отметить, что именно так клиенты могут оказать влияние на терапевтов и заставить их предоставлять неэффективное лечение.

Решение, вместо избегания обсуждения, состояло в том, чтобы использовать принципы экспозиционной терапии. Сначала я объяснил, что может произойти, если мы просто будем избегать обсуждения завершения терапии:

*“Вы продолжите бояться и, вероятно, злиться, и я буду неохотно поднимать этот вопрос, даже если это действительно важно. И от этого вам не будет лучше. На самом деле вы не хотите, чтобы ваш психотерапевт избегал затрагивать важные вещи”.*

**Во-вторых, я кратко описал экспозиционную терапию и то, как она работает при тревоге и страхе:**

*“Иногда лучший способ освободиться от страха — это сделать прямо противоположное тому, что вам хочется делать, когда вы боитесь. Вместо того чтобы избегать дискуссий или мыслей о прекращении терапии, следовало бы броситься в омут с головой и нарочно поговорить об этом. Это*

*похоже на преодоление страха перед чем-либо, будь то пауки, высота, змеи и так далее. Идея состоит в том, чтобы приблизиться к тому, чего вы боитесь, и со временем ваш мозг поймет, что это безопасно”.*

В-третьих, мы с клиенткой намеренно несколько раз обсуждали вопрос о завершении терапии в течение следующих нескольких сессий. Возможно, потому что клиентка согласилась сделать это, гнев ослаб уже во время первого “испытания”, и были более заметны страх и некоторая грусть. На протяжении примерно трех сессий мы с клиенткой говорили об этом в течение примерно 10–15 минут каждый раз. Клиентка подошла к точке, когда она сказала, что ей надоело обсуждение, что ее страх снизился до 15/100, и что она не думает, что нужно продолжать экспозицию. Тот факт, что она перешла от паники и сильного гнева к скуке, означает, что это вмешательство было успешным. Более того, несколько месяцев спустя клиентка самостоятельно инициировала завершение терапии, решив, что она достигла многих своих целей и готова начать снижать частоту сессий.

## **Мысли и беспокойство о завершении терапии**

Когда сложности, касающиеся завершения терапии или страха завершения, связаны, главным образом, с мыслями или тревогами клиента, могут быть полезны когнитивные вмешательства. В таких случаях целесообразно уделить внимание оценке ситуации клиента, а также его убеждений относительно способности справиться с ситуацией или управлять ею. Клиент может оценивать завершение как угрозу или невыносимый стрессор, воспринимать завершение как отвержение или оставление, или иметь низкую самооценку относительно своей способности функционировать без терапии. Маловероятно, что клиент сталкивается с такими мыслями или проблемами только в контексте завершения терапии. Поэтому прояснение этих моделей мышления дает терапевту и клиенту возможность обратиться к важным проблемным областям, которые могут затрагивать другие сферы жизни.

Один из подходов к мыслям или тревогам по поводу завершения терапии состоит в проведении поведенческих экспериментов для проверки таких мыслей. Если клиент обеспокоен тем, что время, проведенное без терапевта, будет стрессовым и невыносимым, терапевт и клиент могут договориться провести короткие поведенческие эксперименты, во время которых клиент будет избегать обращаться к терапевту в течение недели или двух,

или можно специально запланировать перерыв в сессиях. Задачей клиента будет отслеживать его эмоции, мысли и действия в течение этого периода, а также отслеживать, как он справляется с ситуацией. Поведенческие эксперименты создают беспроблемные ситуации, такие что, даже если эти ситуации чрезвычайно стрессовые и невыносимые, клиент может обнаружить, что он был в состоянии справиться с такой ситуацией или по крайней мере пережить ее. Зачастую опыт клиента может научить его тому, что отделение от терапии не такое стрессовое или невыносимое, как первоначально предполагалось. Даже если клиент обнаружит, что ситуация невыносима и он справляется неэффективно, терапевт и клиент получают больше информации, чем до поведенческого эксперимента, и смогут спланировать упреждающее совладание.

## **Усиление симптомов или проблем перед завершением терапии**

Когда клиент демонстрирует усиление симптомов или проблем по мере приближения к завершению терапии, у терапевта невольно возникает желание сделать вывод о том, что это намеренное ухудшение ради того, чтобы остаться в терапии. Также обычно возникают предположения, что клиент саботирует себя, не хочет меняться или поправляться либо косвенно выражает страх или напряжение в связи с завершением. Некоторые из этих предположений могут иметь долю правды, но в диалектических рамках полезно делать предположения, которые способствуют нашему эффективному функционированию в качестве терапевтов. Вышеупомянутые предположения часто опасно близки к утверждению, что клиент манипулирует терапевтом. В соответствии с ДПТ альтернативное предположение заключается в том, что клиенты делают наилучшее из того, что могут, хотя и измениться и жить лучше. Соответствующее предположение заключается в том, что большинство клиентов предпочли бы закончить терапию достойно, узнав о себе что-то новое и выработав эффективные стратегии, позволяющие справляться со своими эмоциями, решать проблемы и улучшать свою жизнь.

Когда кажется, что клиентам становится хуже по мере приближения к завершению терапии, первым полезным шагом является оценка и попытка лучше понять, что происходит. Для этого необходимы понимание поведенческой специфичности проблемы и четкая, точная, объективная оценка. В контексте

поведенческой специфичности терапевт может четко определить, каким образом клиент демонстрирует ухудшение функционирования. Стал ли клиент более суицидальным? Стал ли клиент менее активным? Сообщает ли о большей грусти или пустоте, или об увеличении галлюцинаций? Демонстрирует эскалацию гневного поведения, пропусков сессий, опозданий или других проявлений ПТП? Отличаются ли эти изменения в поведении от того, что наблюдал терапевт на протяжении всего лечения? Действительно, некоторые клиенты демонстрируют большую степень изменчивости в своем прогрессе и трудностях на протяжении всего лечения, и то, что кажется вспышкой, связанной с завершением, может просто быть частью нормальной поведенческой изменчивости клиента. Как только терапевт определится с мишенью, ему будут полезны ключевые стратегии, которые мы уже обсуждали (например, выделение и оценка проблемы, совместное решение проблем, использование основных стратегий ДПТ или КПТ).

Одним из распространенных моментов, которые нужно учитывать, является следующий — может ли ухудшение симптомов указывать на необходимость изменения сроков или логистики завершения. Это может быть сложной дилеммой. Если мы думаем о поведенческих принципах, клиент в идеале получал бы больше поддержки и внимания, если бы демонстрировал более эффективное поведение. Терапевт, продолжающий работать с клиентом после усугубления симптомов, рискует подкрепить некоторые из трудностей клиента. Вместе с тем завершение, когда клиент переживает особенно трудное время, находится в кризисе или является очень суицидальным, может быть еще более проблематичным. В таких случаях предотвращение подкрепления проблемного поведения может быть более низким приоритетом, чем безопасность и благополучие клиента. Диалектическая философия может напомнить терапевтам о необходимости какого-либо эффективного синтеза этих типов полюсов. Один из возможных вариантов такого синтеза — сообщить клиенту о том, что терапевт готов продолжать лечение, потому что клиенту было бы чрезвычайно трудно потерять важный источник поддержки в такое время. При этом терапевт может ограничить это время лечения и сообщить об этом клиенту. Кроме того, терапевт может также помочь разработать план, чтобы максимально повысить безопасность клиента, если приближается дата завершения, а кризис или риск все еще присутствуют. В этих случаях полезно быть полностью открытым с клиентом в отношении обоснования продолжения, завершения или изменения графика завершения лечения.

## Соображения относительно снижения частоты сессий

Терапевты часто прибегают к некоторому сокращению частоты сессий, чтобы облегчить эффективное завершение терапии. Есть несколько важных соображений относительно графика завершения терапии. Во-первых, терапевтические отношения могут быть эмоционально близкими отношениями, необычными по сравнению с теми, которые могут возникать у клиента с другими медицинскими работниками, такими как участковый врач. Клиентами, которые привязываются к своим терапевтам, резкое завершение может восприниматься как необоснованное и мучительное. Другие близкие отношения часто не ограничены во времени, и при этом они не заканчиваются резко и окончательно. Поэтому неудивительно, что ПТП иногда возникает к концу терапии. Тем не менее очень важно, чтобы эмоциональные реакции, возникающие в контексте прекращения терапевтических отношений, были понятны клиенту, чтобы он научился ориентироваться в них и управлять ими. Если снижение частоты сессий просто задерживает неизбежное и откладывает для клиента возможность и необходимость испытывать такие эмоции и работать с ними, это может быть обратной стороной снижения частоты.

Второе соображение заключается в том, что клиент, держащийся за терапию, и терапевт, позволяющий это делать путем продления фазы завершения, могут одновременно участвовать в ПТП. Иногда постоянная доступность терапии и терапевта поддерживает проблемы клиента. Для клиентов с ограниченными социальными связями было бы важно оценить, может ли постоянная доступность терапевта после завершения фактически снизить шансы того, что клиент будет работать над развитием своей сети социальной поддержки. В своей книге о ДПТ Марша Линехан [Linehan, 1993a] использует в качестве примера клиента, блуждающего по пустыне и периодически возвращающегося к терапевту, чтобы попросить немного воды. Клиент временно удовлетворен и способен выжить с небольшим количеством воды, которое может предоставить терапевт, но что ему действительно нужно, так это найти или разработать более стабильный источник воды, а затем построить дом и более устойчивую жизненную ситуацию. Проблема заключается в том, что иногда эти небольшие количества воды крайне необходимы, и в то же время клиент и терапевт должны найти способ убедиться, что клиент продолжит двигаться в направлении стабилизации жизни.



Приведем еще один пример того, как продолжающаяся терапия может поддерживать клиентские трудности. Терапевт работала с клиентом (“Боб”), который добился быстрого и отличного прогресса в терапии в течение первых 4–6 месяцев. Когда Боб пришел на терапию, он был суицидален, подавлен, не удовлетворен своими отношениями и не видел особого смысла в своей жизни, как и в любой своей деятельности. Бобу его будущее казалось мрачным, и он не мог представить, что может быть иначе. Примерно через шесть месяцев он перестал быть суицидальным, изменил карьеру, что усилило его интерес к профессии, улучшил отношения с партнером, завел новые дружеские отношения и улучшил отношения с семьей. Он был доволен своей жизнью и полон надежд на будущее. Боб, однако, не хотел заканчивать терапию. Он боялся, что, если он больше не будет встречаться с терапевтом, он вернется к своим старым привычкам. Боб и его психотерапевт продолжили терапию, и психотерапевт хорошо использовала время, помогая Бобу закрепить навыки, приобретенные им в терапии, научиться справляться с более незначительными повседневными жизненными трудностями и планировать предотвращение рецидивов. Боб продолжал хорошо функционировать, и терапия продолжалась до того момента, пока терапевт уже не смогла найти, на чем сфокусироваться на сессии (у Боба все шло хорошо). Когда она подняла этот вопрос, опасения Боба по поводу прекращения терапии стали очевидны, и у них наконец появилась еще одна мишень для проработки: беспокойство и страх. Со временем, благодаря поведенческим экспериментам и снижению частоты терапевтических сессий, Боб понял, что он может хорошо функционировать и без терапии.

## Стратегии, используемые в случае преждевременного завершения терапии

Дропаут, или преждевременное прекращение терапии, является распространенной проблемой в разных сеттингах и среди разных групп клиентов. В случае ПРЛ исследования терапии показали частоту дропаута примерно от 20 до 75% [Robins & Chapman, 2004; Stoffers et al., 2012]. Рандомизированные исследования, сравнивающие ДПТ с другими контрольными видами терапии, неизменно обнаруживают более низкие показатели дропаута в ДПТ [Robins & Chapman, 2004; Stoffers et al., 2012]. Кроме того, при изучении показателей дропаута для других амбулаторных методов лечения лиц с ПРЛ, ДПТ обычно имеет более низкие показатели дропаута [Robins & Chapman,

2004; *Stoffers et al.*, 2012]. Хотя эти показатели в ДПТ по-прежнему выше, чем нам хотелось бы, вполне вероятно, что мы делаем что-то правильно по отношению к клиентам, которые стремятся бросить терапию (см. также [Swift & Greenberg, 2015]).

## Допущения терапевта

Когда речь заходит о том, что клиенты уходят, у них есть побуждение выйти из терапии или они говорят о том, чтобы бросить терапию, для терапевтов важно использовать эффективный набор допущений о терапии и клиентах. Возможно, из-за того, что ДПТ проистекает из работы с клиентами с множеством проблем, симптомов и диагнозов, с высоким уровнем риска, клиентами, которые часто не соблюдают стандартные терапевтические рекомендации, одно допущение состоит в том, что терапевтам, возможно, придется пойти на дополнительные меры, чтобы помочь клиентам остаться в терапии. Это противоречит мышлению клиницистов, работающих с менее сложными клиентами, когда они полагают, что клиентам, которые хотят отказаться от терапии, было бы лучше подождать “подходящего времени” для ее продолжения. Для сложных клиентов с высоким уровнем риска именно сейчас самое подходящее время для терапии, и риск потерять терапию или не получить ее слишком велик, чтобы его игнорировать.

Часто жизнь людей с ПРЛ, которые в высшей степени суицидальны, невыносима и должна меняться [Linehan, 1993a]. В то же время эти люди не имеют навыков, чтобы сделать свою жизнь более достойной, а иногда им не хватает мотивации для этого. Кроме того, клиенты отчаянно хотят измениться, но само изменение иногда бывает столь же болезненным (если не более болезненным), как и просто оставаться прежними. На пути к выздоровлению клиенты становятся деморализованными, испытывают сомнения в себе и в терапии и реагируют на проблемы в терапевтических отношениях, пытаясь сбежать из этих отношений. По сути, терапевт должен верить, что лечение поможет, а также надеяться, что жизнь клиента может измениться в позитивную сторону, если не прямо сейчас, то в долгосрочной перспективе. Терапевт должен быть твердо убежден, что путь к выздоровлению через терапию является наилучшим путем для клиента. С другой стороны, придерживаясь диалектического подхода, терапевты также должны быть готовы отпустить клиентов, в конечном итоге решивших отказаться от терапии, которые не отвечают на телефонные звонки или которые (как это иногда бывает) исчезают с лица земли.

## Текущая оценка, самомониторинг и профилактика

Наиболее распространенным набором стратегий для предотвращения дропаута в ДПТ является сочетание самомониторинга и использования профилактического подхода. На каждую сессию клиент приносит форму для *самомониторинга*, так называемую дневниковую карточку, в которой он отмечал отслеживаемое поведение, события, мысли и чувства в течение недели. Подробное обсуждение дневниковой карточки выходит за рамки этой главы, но мы сосредоточимся на одном разделе этой карточки, который позволяет нам постоянно отслеживать проблемы, связанные с дропаутом. В частности, клиенту предлагается оценить его желание отказаться от терапии до и после каждой сессии. Затем терапевт просматривает карточку, и если клиент сообщил о побуждении бросить терапию, терапевт и клиент делают это важным приоритетом для обсуждения на сессии.

Эта комбинация самомониторинга и откровенных, открытых обсуждений побуждения бросить терапию может нормализовать переживание таких побуждений. Для клиентов, сталкивающихся с множеством сопутствующих проблем, терапия очень похожа на сложную прогулку, во время которой они не знают, как использовать соответствующее походное снаряжение. Погода может быть сложной, иногда — это жара, а иногда — холод или проливной дождь. Терапевт должен помочь клиенту эффективно использовать его походное снаряжение и продолжать двигаться вперед, но для всех в этих обстоятельствах было бы естественно периодически задумываться о том, чтобы бросить терапию. Кроме того, открытое обсуждение желания бросить терапию может быть обезоруживающим и помочь терапевту продемонстрировать как приверженность благополучию клиента, так и готовность говорить о проблемах, связанных с терапией, и открыто решать их.

Еще одним преимуществом такого подхода является то, что клиент и терапевт будут иметь возможность решать текущие проблемы, прежде чем они дойдут до точки, в которой клиент действительно решит уйти. Клиенты могут с неохотой поднимать вопросы проблем в терапии или обсуждать желание бросить, пока эти проблемы не станут невыносимыми. Оценка, мониторинг, выделение и решение проблем с побуждением бросить терапию до того, как проблемы станут внушающими ужас, могут быть эффективны.

## Управление обуславливающими последствиями и обращение к проблеме

Справляться с терапией клиента, который часто говорит о том, чтобы бросить терапию, может быть достаточно сложно. Мы работали с клиентами, которые каждые несколько сессий говорили о том, чтобы бросить терапию, периодически оставляли голосовые, текстовые или электронные сообщения о том, что они закончили с терапией, и так далее. Большинство из этих клиентов не заканчивают терапию. С поведенческой точки зрения для терапевта важно уделять внимание любому поведению, связанному с прекращением терапии, включая разговоры о ее прекращении. Часто терапевты полагают, что если клиент говорит о прекращении терапии, то он уже решил прекратить терапию, и это свершившийся факт. Они могут, например, полагать, что клиент уже бросил терапию до того, как он фактически сделал это, или они могут начать давать рекомендации для следующих действий и планировать завершение. Проблема в том, что разговор клиента о прекращении терапии одновременно может отражать твердое решение о прекращении или может выполнять какие-то другие функции.

В любом случае отказ от терапии — это одновременно и проблема (и зачастую ПТП), и решение какой-то другой проблемы. Мысли, побуждения и обсуждение отказа от терапии могут быть похожи на мысли, побуждения и обсуждение самоубийства. Самоубийство часто является решением для спасения от невыносимой боли и, хотя попытки самоубийства сами по себе могут стать проблемой, в конечном счете эти действия являются попыткой клиента решить большую проблему в жизни, а именно то, что жизнь невыносимо болезненна. Позывы к прекращению, мысли, угрозы и дискуссии о прекращении терапии могут рассматриваться аналогичным образом — как решение какой-то проблемы. Проблема может заключаться в том, что у клиента возникают мысли о безнадежности происходящего, он считает терапию стрессовой или беспокоящей, становится деморализованным в связи с определенными аспектами терапии, ему трудно переносить определенные аспекты терапии (например, поведение других членов группы) или он сталкивается с проблемами в терапевтических отношениях. Размышление о прекращении терапии также может послужить причиной отрицательного подкрепления в виде временного уменьшения эмоционального стресса или отвлечь от обсуждения болезненных тем. В этом случае терапевт может сосредоточиться на том, чтобы помочь клиенту

выдерживать дискуссии на эти, наиболее болезненные, темы или найти другие способы управления эмоциями или облегчения стресса.

Имея это в виду, терапевт может расширить свой взгляд на ситуацию. Важно не только серьезно относиться к побуждениям и заявлениям клиента о прекращении терапии, но и сосредоточиться на проблеме, которую клиент может пытаться решить, бросая терапию. Прекращение терапии может быть решением, но проблема может быть в чем угодно. Возможно, психотерапевт и клиент плохо подходят друг другу, клиент не прогрессирует так быстро, как ему хотелось бы, клиент чувствует себя обиженным из-за того, что сказал терапевт, само лечение не работает или клиент чувствует себя безнадежным либо деморализованным. Прекращение терапии или замена терапевта — это лишь одно из многих возможных решений этих проблем.

## Двигаемся вперед

Завершение терапии может быть полезным, успешным опытом или сложной фазой лечения, изобилующей потенциальными ловушками. Для психотерапевта важно начать с четких целей эффективного завершения и принципов, определяющих эффективную прокладку курса на этом этапе терапии. С точки зрения принципов общей диалектики один вариант заключается в том, что для клиента болезненно завершать терапию, и в то же время завершение может быть наилучшим вариантом для благополучия клиента. Осведомленность в этом, знание других принципов диалектического подхода и эффективная прокладка курса в их рамках помогут гладко провести завершающую фазу терапии. Как и в случае с другими проблемами, связанными с ПТП, ориентация может заложить основу для эффективного завершения и помочь предотвратить проблемы. Облегчить завершение терапии позволяют стратегии, включающие в себя оказание помощи клиенту в управлении интенсивными реакциями, страхами и опасениями по поводу завершения, обращение к проблеме ухудшения функционирования перед завершением, принятие обоснованных клинических решений относительно логистики завершения и так далее. Наконец, к проблеме дропauta, или преждевременного прекращения лечения, мы рекомендуем терапевтам подходить с эффективным набором допущений, сфокусировавшись на проблеме, и эффективно управлять обуславливающими последствиями.

# 12

## Когда поведение терапевта препятствует терапии

На протяжении предыдущих глав этой книги мы исследовали широкий спектр вопросов, связанных с тем, как поведение клиентов может разными способами препятствовать терапии — посредством некомплаентности терапии, враждебности или пассивности по отношению к терапевту, флирта и так далее. Каждое препятствующее терапии поведение (ПТП) ставит перед клиницистами сложные задачи. При каждом виде ПТП мы снова и снова должны заострять на нем внимание. ПТП клиента — это скорее правило, чем исключение в психотерапии. Принципы, стратегии и методы диалектической поведенческой терапии (ДПТ) для реагирования на ПТП помогают, даже когда терапевт не лечит клиента с помощью ДПТ. Мы обрисовали практические решения, которые помогают реагировать на ПТП клиента как терапевту с небольшим опытом, так и бывалому клиническому психологу с десятилетиями практики.

Тем не менее терапевты тоже могут являться препятствием. Эксперты, стажеры и все, кто на шкале опыта находится между ними, будучи людьми, подвержены ошибкам. Есть много способов, которыми терапевты могут непреднамеренно участвовать в ПТП. В этой главе мы рассмотрим, как терапевты разных направлений могут обнаружить, что говорят или делают что-то, что, несмотря на их лучшие намерения, мешает прогрессу клиента в лечении.

Хотя можно обойти некоторые проявления ПТП терапевта, предотвратить их все невозможно. И поскольку ПТП терапевта неизбежно, мы предлагаем несколько простых способов решения этой проблемы. Консультационная команда терапевта, осознанность и радикальная искренность обсуждаются здесь как примеры подходов в ДПТ, которые могут помочь любому терапевту минимизировать частоту своего ПТП. Мы также приводим примеры нескольких стратегий, которые можно использовать, когда ПТП терапевта нельзя избежать или оно уже проявилось. Таким

образом, кислые лимоны ПТП терапевта можно превратить в восхитительно сладкий лимонад психотерапии!

## Определение препятствующего терапии поведения терапевта

Подобно тому, как мы определили ПТП клиента в этой книге, ПТП терапевта — это все его действия, которые негативно влияют на процесс или результаты психотерапии либо оказывают негативное влияние на терапевтические отношения. К поведению, препятствующему процессу психотерапии, можно отнести ошибки, которые мы, терапевты, совершаем, произнесенные нами слова, имеющие неприятные последствия, действия, о совершении или не совершении которых мы сожалеем, и так далее. В табл. 12.1 приведены несколько распространенных примеров ПТП терапевта. Терапевту необходимо смирение и честный взгляд в зеркало, чтобы самому оценить свое ПТП. Поэтому мы рекомендуем вам подумать о том, произошло ли с вами что-либо из упомянутого во время психотерапии. Независимо от того, являетесь ли вы нервным терапевтом-аспирантом, или проницательным и спокойным экспертом, транзакционный процесс психотерапии гарантирует, что, если вы будете лечить клиентов достаточно долго, в какой-то момент ваше действие или бездействие будут препятствовать терапии.

ПТП терапевта может быть автоматическим и рефлекторным, незапланированной реакцией в процессе терапии; терапевт даже может не осознавать произошедшего. Например, можно забыть что-то значимое, прервать клиента, когда он говорит что-то важное, или произвести впечатление человека безразличного или снисходительного. ПТП терапевта также может быть плановым, стратегическим или намеренным действием с определенной целью. Например, терапевт может прийти с определенной повесткой дня и предложить в начале терапевтической сессии, чтобы в центре внимания на сессии была та или иная клиническая проблема. Клиент может не очень хорошо относиться к этому директивному выбору мишени и стать эмоционально отстраненным на всю оставшуюся часть сессии.

**Таблица 12.1. Примеры возможного препятствующего терапии поведения терапевта для любой психотерапии**

Действие	Бездействие
Говорить слишком долго или быть многословным	Молчать слишком долго или слишком часто, когда клиент добивается прямых указаний, совета или вмешательства
Использовать слишком большое количество терапевтических жаргонизмов или формулировок, которые не находят отклик у клиента	Полагать, что клиент знает, о чем говорит терапевт
Выражать фрустрацию интенсивным, неуместным или вообще неэффективным способом	Не выражать эмоции по-настоящему или выглядеть отчужденным, далеким или незаинтересованным
Выражать нереалистичную уверенность в вероятности успеха или скорости лечения в процессе работы над решением конкретной проблемы	Преуменьшать масштабы проблем клиента или инвалидировать клиента с помощью предложения простых решений для сложных, невыносимых проблем
Подменять или активно избегать неудобные дискуссии или моменты в психотерапии	Не обращать внимания на поведение клиента, которое следует наблюдать или исследовать, даже чувствуя неловкость от этого
Отвергать, критиковать или наказывать клиента за его поведение	Не проявлять несогласие с поведением клиента, когда это уместно
Неукоснительно соблюдать повестку дня или правил, диктующих содержание психотерапевтической сессии, независимо от текущих потребностей, нужд или психологического состояния клиента	Не иметь четкого плана, повестки дня или ориентации на структуру психотерапевтической сессии или осуществление бессистемных вмешательств
Описывать планы лечения, концептуализацию случаев или результатов оценки способом, который неясен, непоследователен или необоснованно связан с базой эмпирических данных или теоретическим описанием проблем клиента	Никогда не информировать клиента о диагностической концептуализации случая, плане лечения и/или обосновании выбранного лечения



Действие	Бездействие
Жестко требовать соответствия действий клиента нереалистичным и/или перфекционистским ожиданиям. Например, никогда не пропускать или не опаздывать на занятия, всегда выполнять всю домашнюю работу в рамках терапии или никогда не забывать выполнять согласованные задания	Не следить за стандартным профессиональным поведением, таким как пропуск сессий, опоздания, забывание или неспособность выполнить согласованные задачи и так далее
Соблюдать жесткие и нечувствительные к контексту правила относительно того, что является “правильным”, “приемлемым” или “уместным” на основе этических принципов, когда эти принципы не дают никаких конкретных предписаний или запретов по данному вопросу	Быть неспособным придерживаться этических норм в достаточной мере

Попытки направить разговор на конкретные темы могут быть встречены клиентом с существенным нежеланием и раздражением. Не так уже страшно, когда такое происходит, но если это в значимой мере отрицательно влияет на терапевтические отношения или процесс терапии, то это можно рассматривать как ПТП терапевта.

Конечно, отрицательные эмоциональные реакции клиента в психотерапии являются обычными, и их можно ожидать как ответ на определенные виды поведения терапевта (например, если задавать вопросы определенным образом). Они обычно рассматриваются в концептуализации случая и могут быть именно таким поведением, которое необходимо учитывать при вмешательствах в плане лечения. В предыдущем примере, если на него эффективноотреагировать, отстраненный эмоциональный ответ клиента можно было бы превратить в прибыльное терапевтическое золото, помогающее клиенту научиться лучше относиться к другим, уменьшать импульсивные решения и/или улучшать способность испытывать и выражать эмоции по отношению к другим без необходимости убегать. Такая работа может изменить жизнь. Однако, если терапевт негибок, неукоснительно придерживается повестки дня или не учитывает реакции клиента, могут

возникнуть проблемы. Иногда продвижение вперед с повесткой дня, которая не нравится клиенту, все еще может быть эффективным. Хитрость заключается в том, чтобы вовлечь клиента в процесс терапии и уделять внимание ПТП, которое происходит на сессии. Нет необходимости представлять это как неизбежное клиническое решение.

Важно подчеркнуть, что не стоит просто использовать негативные эмоциональные реакции со стороны клиента в качестве индикатора того, являлись ли действия терапевта его ПТП. Если бы все было так просто, то каждый раз, когда клиенты вступали бы в психологический контакт с неприятными эмоциями или мыслями, это мешало бы лечению. Конечно, это совсем не так. Иногда самое милосердное, что могут сделать клиницисты, — это мотивировать клиента двигаться вперед, несмотря на его эмоциональный стресс. Диалектическая напряженность здесь заключается в том, что, с одной стороны, клиенты могут не хотеть испытывать неприятные внутренние переживания в терапии, но, с другой стороны, эффективная терапия обычно вовлекает клиентов в чувствование нежелательных и неприятных внутренних переживаний. Это может быть довольно парадоксально. Решение этого диалектического синтеза состоит в том, чтобы принимать во внимание то, что наиболее вероятно будет эффективным в контексте ПТП, чтобы помочь клиенту приблизиться к его целям лечения. Если терапевт чрезмерно директивен, клиент может стать чрезмерно сопротивляющимся, избегающим или исключенным из процесса. Во время рыбалки, если рыбак тянет рыбу на леске слишком быстро, рыба может испугаться и ускользнуть. Но чтобы быть эффективным, рыбак не может просто отпустить катушку и позволить рыбе плавать вечно. Синтез состоит в том, что рыбак помнит о рыбе с учетом контекста, осознавая необходимость позволить рыбе немного поплавать, одновременно обращая внимание на моменты, когда наиболее эффективно тянуть рыбу за леску без сопротивления. Точно так же терапевт должен избегать чрезмерных указаний, не впадая в другую крайность и не придерживаясь четкого направления для облегчения страданий клиента.

Пытаясь направлять лечение с учетом тщательно продуманной цели, терапевты могут участвовать в ПТП в том случае, если клиент сопротивляется таким действиям. Однако происходит и обратное. Чтобы успокоить клиента или помочь ему чувствовать себя комфортно, терапевт может решить не определять никакой мишени или четкой цели для сессии. Терапевт может предпочесть не говорить много в начале или на протяжении сессии,

чтобы дать возможность клиенту научиться развивать уверенность и самостоятельность. В попытке помочь клиенту научиться решать, о чем он хотел бы поговорить, бездействие терапевта в форме молчания может затем привести клиента к сбивчивому рассказу о событиях прошедшей недели, не имеющему направления и структуры. Конечно, благодаря этому клиент может почувствовать, что его слушают, понимают и поддерживают. Такой опыт жизненно важен для развития доверия, которое необходимо для терапевтических отношений. Однако, и с этим сталкивался любой терапевт, иногда молчание, медленные кивки и эмпатическое выражение лица терапевта не работают так, как задумано. Вместо того, чтобы чувствовать, что их понимают и поддерживают, клиенты иногда чувствуют себя проигнорированными, смущенными, не знают, о чем говорить, или им неясно, как они могут извлечь пользу из такого подхода к лечению.

Молчание и пассивность терапевта могут препятствовать терапии. С точки зрения ДПТ, вы, как клиницист, можете по-своему выслушать рассказ о проблемах, будучи чрезмерно или необуславливающе пассивными. Конечно, нет необходимости сосредотачиваться на пассивности, потому что активность терапевта также может функционировать как ПТП. Будь то слова терапевта или молчание, действие или бездействие, для поведения психотерапевта может быть разумное объяснение, оно может быть действительно совершенно разумным. Тем не менее поведение может препятствовать терапии. По сути, это не проблематично. Но что, как мы полагаем, часто превращает ПТП терапевта в серьезную проблему, так это то, что терапевты не распознают или не обращают внимания на такое ПТП. Избегание управления своим ПТП также может быть ПТП терапевта, что может отрицательно влиять на терапевтические отношения и ход лечения.

Еще одна из распространенных форм ПТП терапевта наблюдается, когда клиенты вовлекаются в значимое ПТП, а терапевт не обращает на это внимания. Это может легко случиться с любым терапевтом, и с нами это происходило много раз. Один клиент недавно проходил лечение проблем с гневом и враждебностью. В начале лечения он начал выражать свою враждебность во время сессии, громко и сердито жалуясь, что терапия ему не поможет, ругая персонал клиники из-за сложностей с парковкой и регистрацией, и выражая отчаяние по поводу того, что всякий терапевт будет недостаточно искусен, чтобы помочь ему. Такое поведение имело место на первой и на всех четырех последующих сессиях. Это было неприятно, и этого клиента было трудно прервать. Он злился из-за многих вещей,

и обращение к враждебности как к ПТП было чрезвычайно трудным делом. Однако игнорирование этого поведения не помогало клиенту.

Терапевт мог не уделять внимания его поведению из-за желания быть поддерживающим, недирективным и сопереживающим, но если бы терапевт продолжал избегать замечать действия клиента, это не помогло бы клиенту. Избегание этого ПТП стало ПТП терапевта. И это ПТП терапевта должно быть изменено, если только клиент собирается учиться управлять своим гневом более эффективно.

Прежде чем обсудить, как принципы и стратегии ДПТ можно использовать в этой ситуации, нелишне поделиться другим клиническим примером. Клиентка была молодой женщиной с пограничным расстройством личности, зависимой от психоактивных веществ и одна воспитывала двух маленьких детей. Она только начала ДПТ и активно принимала курительный кокаин. На третьем занятии она рассказала о том, сколько она приняла на прошлой неделе. Она говорила о своем употреблении наркотиков в развязной манере, и, как показано в следующей расшифровке, терапевт решил попытаться впечатлить ее последствиями употребления наркотиков, связанными с двумя вещами, которые были наиболее важны для клиентки.

**Терапевт.** Расскажите мне побольше о том, что случилось той ночью.

**Клиентка.** Я не знаю, я просто продолжала употреблять. Я не хотела возвращаться домой после того, как приняла первую дозу. Знаете, дурь была хороша, и я ничего не соображала. Я продолжала отрываться.

**Терапевт.** Я понимаю. Если уж вы начали, остановиться трудно. В какой-то момент этого процесса до того, как вы приняли первую дозу, вы думали вернуться домой, чтобы побыть со своими детьми?

**Клиентка.** Не-а.

**Терапевт.** Вы не думали о последствиях употребления наркотиков?

**Клиентка.** Не, ты не понимаешь. Нелегко просто бросить это дело. Это держит меня.

**Терапевт.** Видимо, это вас держит. Судя по тому, что вы мне сказали, я знаю, что вы действительно в глубине души хотите прекратить принимать наркотики. Это трудно сделать, и желание остановиться, безусловно, важно.

**Клиентка.** Я хочу остановиться. Я действительно хочу измениться и стать чистой. Но как только я получила эту первую дозу, это было похоже на... “Игра окончена”. Понимаешь? Забудь об этом. Обратного пути нет. Так что я просто сказала: “Да пошло оно”, — ну и поехали дальше, понимаешь?

**Терапевт.** Итак, первая доза — это как наступить на лед на вершине крутого холма. Вы потеряли равновесие, а затем продолжали неудержимо скользить вниз.

**Клиентка.** Да. Я потеряла это, чувак. Точно!

**Терапевт.** Знаете, если вы будете продолжать употреблять это, не ночевать дома, вы можете закончить тем, что потеряете возможность общаться со своими детьми?

**Клиентка.** *(Пауза.)* О, это точно. Не круто. Почему ты должен говорить это? *(Тишина, затем начинает качать головой.)*

**Терапевт.** *(Сначала молчит.)* Я пытаюсь понять ваш опыт в этой ситуации. И пытаюсь помочь вам — я искренне хочу помочь вам осознать, что больше всего в жизни вас волнуют эти двое детей.

**Клиентка.** Да, но ты просто зашел слишком далеко. Тебе нужно отойти от моего дерьма. Мои дети — самая важная вещь в мире для меня, и я знаю, что мое употребление наркотиков является проблемой. Это проблема для меня, для них, для всех вокруг меня. Я пришла сюда, чтобы получить помощь. Мне не нужно, чтобы ты напоминал мне, что мое употребление наркотиков делает меня плохой матерью. И знаешь, что? Я не думаю, что я плохая мать. Я думаю, что я очень плохая мать. Но я знаю, что не должна выходить из дома и должна быть дома со своими детьми. Им нужна мама, которая не принимает наркотики. Я знаю. Господи, мне не нужно, чтобы ты втирал мне эту хрень.

**Терапевт.** *(Наклоняется.)* Я просто зашел слишком далеко с вами, и я прошу прощения. Конечно, вы уже знаете последствия приема наркотиков. Мне не нужно было говорить это или не нужно было говорить именно так, как я сказал. Я сожалею, и я не хотел, чтобы вы чувствовали себя так.

**Клиентка.** Это чушь собачья. Я уже говорила тебе, что у меня проблемы с доверием к людям. Я сказала тебе, что не знаю, вернусь ли я к терапии после нашей первой встречи. А теперь попробуй взять и сделать это. Если я собираюсь заниматься терапией, тогда ты мне нужен на моей стороне, хорошо? Я не могу позволить тебе говорить мне, что я плохая мама. Ты понял?

В этом примере ПТП терапевта произошло, когда терапевт был буквален, говоря о болезненных последствиях употребления наркотиков. Нелогичным и неправильным в том, что сказал терапевт, было время (слишком рано) и способ, которым это было сказано (слишком прямо). Клиентка разозлилась, и остальная часть сессии была потрачена на то, чтобы собрать кусочки после того, как ПТП терапевта разорвало терапевтические отношения. Однако клиентка выразила благодарность за то, что терапевт отступил и извинился. Это было удачей, потому что у этой клиентки были проблемы с насилием и гневом.

С точки зрения ДПТ ПТП терапевта так же предсказуемо, как и ПТП клиента. Вопрос не в том, если случится, а в том, когда случится ПТП терапевта. Если вы клиницист, у вас может быть отрицательная реакция на это предположение. Вы, психотерапевт, со всей вашей подготовкой и состраданием, всей вашей мудростью и самоотверженными намерениями, вероятно, будете участвовать в ПТП. Пожалуйста, примите это так, как мы это воспринимаем: это освобождение от необходимости быть совершенным. Это освобождение от оков идеализации, в которые клиенты (или вы сами) могут заковать вас. У вас есть история, у вас есть эмоции, и вы не чистый лист. Вы не можете скрыться от того, что психоаналитические клиницисты описывают как *контрперенос*.

У вас есть мысли, чувства и физиологические реакции на ваших клиентов. У вас есть желания и надежды на них и на ваши терапевтические сессии. У вас есть фантазии, и вас иногда привлекают клиенты, а иногда отталкивают тем, что они говорят или делают. У вас есть тайные желания, сожаления, обиды и так далее. Терапевты — это не роботы, и это хорошо, но сложная часть этой реальности состоит в том, что, будучи человеком, терапевт должен быть внимательным к случающимся у него ПТП.

Иногда терапевты, особенно те, кто работает с большим количеством клиентов, могут участвовать в ПТП, которого можно было бы избежать. Они могут опаздывать на сеансы, забывать подписывать соглашения с клиентами, быстро расстраиваться из-за клиентов и выражать вербальные

ожидания необоснованных изменений. Есть также запретные, вопиющие вещи, которые терапевты никогда не должны делать: разрушающее терапию поведение. В приложении 12.1 приведено несколько таких примеров. Романтические или сексуальные домогательства клиента являются примером того, что мы подразумеваем под разрушающим терапию поведением. Такое поведение может разрушить терапию в одно мгновение. Есть, конечно, и другие примеры поведения, разрушающего терапию. Все угрожающее безопасности клиента, что делает терапевт, может разрушить терапию. Взятие на себя роли, которая не ограничивается только тем, чтобы быть терапевтом, может разрушить терапию. У одного из нас когда-то был клиент, предприниматель, и его предыдущий терапевт участвовал в бизнесе с ним, пока они продолжали терапию. Ни бизнес, ни терапия не закончились хорошо. Двойные роли с вашим клиентом могут разрушить терапию.

ПТП — это просто поведение. Как и любое поведение, оно не является ни правильным, ни неправильным, ни хорошим, ни плохим. Нет необходимости осуждать ПТП. Это мешает, и поэтому по определению это проблематично. Однако тот факт, что ПТП является проблемой, не означает, что это плохо, или, что терапевт, участвующий в ПТП, потерпел неудачу. Как будет обсуждено далее, эта позиция в отношении ПТП терапевта может быть использована для улучшения терапевтического процесса и результатов лечения. Эта позиция предполагает безоценочный и сострадательный подход к профилактике ПТП у терапевта и может быть принята клиницистами: а) ожидающими, что это произойдет; б) осознающими, что это нормально, а не свидетельство какого-либо их провала; и в) планирующими способы обращения к ПТП терапевта, когда оно произойдет.

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 12.1**

#### **Примеры разрушающего терапию поведения терапевта**

- Участие в сексуально неприемлемом поведении.
- Создание угрозы безопасности клиента.
- Нарушение конфиденциальности.
- Проведение вмешательства, которое воспринимается клиентом как губительное.
- Принятие нетерапевтической двойной роли.

## Обращение с поведением терапевта, препятствующим терапии

Несколько общих стратегий, которые не являются уникальными для ДПТ, способны помочь свести к минимуму вероятность ПТП терапевта при условии, что шаги в направлении получения адекватного обучения, опыта и компетенции для проводимой терапевтической работы уже сделаны. Конечно, если что-то из этого не совсем соответствует действительности, шансы на появление ПТП у терапевта могут возрасти. Это одна из причин, почему может быть настолько сложно впервые учиться на психотерапевта или приобретать опыт и нарабатывать компетенцию, предоставляя терапию определенного типа или работая с определенной клинической популяцией. Что же представляют собой эти подходы к смягчению ПТП терапевта?

Во-первых, терапевты могут предотвращать и выявлять проблемы, размышляя о своей работе. Есть много способов сделать это, в том числе выделение времени после сессии, чтобы обдумать, как она прошла, что было эффективным или неэффективным, и как клиент реагировал на вмешательства, происходившие на сессии. У многих клиницистов плотный график, поэтому после сеансов может быть трудно выделить время для размышления, чтобы определить ПТП терапевта. Мы рекомендуем, чтобы при написании заметок о психотерапии терапевты уделили внимание тому, чтобы отразить и обдумать, имело ли место какое-либо ПТП терапевта. Документация по психотерапевтической сессии обычно оформляется вскоре после ее окончания, и терапевт может посвятить это время обдумыванию своего ПТП.

Во-вторых, может быть полезно проконсультироваться и получить обратную связь от других. Возможно, первым, от кого стоит получить обратную связь, должен быть клиент. Терапевты могут, например, выделять время в конце каждой сессии, чтобы узнать, как клиент чувствовал себя на сессии, что было наиболее и наименее полезным, и на чем он хотел бы сосредоточиться в следующий раз. Эта стратегия может укрепить совместный терапевтический альянс, даст клиенту возможность уделить внимание проблемам до того, как они станут хроническими и фрустрирующими, и позволит терапевту смоделировать эффективные и необоронительные ответы на конструктивную критику.

Другой способ получить обратную связь — включиться на постоянной основе в сеть коллег, супервизоров или консультантов, с которыми можно



обсудить рабочие моменты. Даже если формальная команда невозможна, могут иметь неоценимое значение консультации и получение обратной связи и поддержки от коллег с подходящей компетенцией. За прошедшие годы мы обнаружили, что не только коллеги-профессионалы, но и наши студенты и стажеры дают мудрую и полезную обратную связь о нашей клинической работе. Очень пригодятся записи сессий на такой консультации; в противном случае консультация будет опираться исключительно на потенциально ограниченные и предвзятые воспоминания терапевта о событиях. Даже когда проблемы не очевидны из записей сессии или из описания происходившего, сделанного терапевтом, коллеги могут иногда выявить потенциальные проблемы на основании того, как терапевт описывает клиента или его работу.

## **Диалектическая поведенческая терапия и поведение терапевта, препятствующее терапии: роль консультационной команды**

Каковы же уникальные и специфические для ДПТ способы обращения с ПТП терапевта? Основным структурным механизмом является консультационная команда. На еженедельном собрании основное внимание уделяется повышению квалификации, мотивации и компетентности терапевта, а также оказанию поддержки терапевтам, занятым сложной клинической работой. С командой коллег, ДПТ-терапевтов, помогающих каждую неделю, терапевт имеет регулярный доступ в безопасное пространство для определения и осмысления того, как ПТП терапевта может быть предотвращено и отрегулировано. Например, члены команды помогают друг другу осмыслить свои реакции на клиентов, обращая внимание на возникающие эмоции в процессе обсуждения случая. В ДПТ команда является механизмом возложения ответственности на терапевта за его ПТП (иногда ПТП, состоящее в необращении к ПТП клиента). Фактически в начале каждой встречи консультационной команды ДПТ в рамках составления повестки дня команды на текущей неделе каждый терапевт определяет какое-либо ПТП терапевта, в которое он включился в этот период. По мере того, как обсуждаются случаи, члены команды помогают терапевту понять ПТП и обдумать способы корректировки подхода, чтобы предотвратить дополнительное ПТП терапевта. Следующая виньетка иллюстрирует пример группового процесса, решающего эту проблему.

- Лидер команды.** ОК, теперь давайте перейдем к Кирстен и ее клиентке Джоанне. Кирстен, ты на повестке дня с ПТП терапевта, связанном с Джоанной. Как команда может помочь тебе?
- Кирстен.** Спасибо. Я должна признать, что я немного смущена этим, но я чувствую необходимость получить помощь от команды в связи с тем, что случилось на днях с Джоанной. Вы все знаете, какой трудной она иногда может быть и что люди считают ее колючей и нечувствительной. На нашей последней сессии она говорила о себе в очень грандиозной манере, рассказывала о том, какой привлекательной ее находят, насколько она умнее большинства людей и тому подобное. И вот я, через четыре месяца после родов, явно тяжелее, чем раньше, полностью истощена и напряжена до предела и, пожалуй, чувствую себя несчастной. И Джоанна, как вы все знаете, это маленькая милая женщина, которая по всем признакам действительно умна. Так что она продолжает вести себя нарциссически, а я все больше и больше раздражаюсь.
- Участник команды 1.** Я понимаю, что ты чувствуешь. Такие вещи просто задевают меня до глубины души. Трудно поддерживать сочувствие к клиентам, которые так много говорят о себе.
- Участник команды 2.** Я чувствую то же самое, но могу ли я задать тебе вопрос? Что здесь было ПТП? Что случилось, что мешало терапии?
- Кирстен.** Она рассказывала мне о том, что ее начальник, кажется, подкатывает к ней на работе, и что она не знает, что с этим делать. Но у нее была улыбка на лице, как будто она скрывала то, что думала. Как будто она чувствовала себя довольной, вспоминая эту историю. Она повернула голову в мою сторону и спросила, есть ли у меня зеркало в комнате. Она хотела проверить, как она выглядела! Вот, что это было. Я больше не могла этого выносить.
- Участник команды 3.** Что ты сделала?
- Кирстен.** Я сказала ей, что не знаю, есть ли у меня зеркало в офисе. Я отказала ей. Она встала и начала осматриваться. Я сказала

ей, что не думаю, что ей нужно смотреть в зеркало. Я сказала, что нам нужно вернуться к пониманию того, как она удовлетворяет свои потребности с другими. Вы бы видели выражение ее лица. Она была недовольна мной. После этого она не смотрела мне в глаза до конца сессии и, я вам скажу, как только встреча подошла к концу, она сразу же уехала.

**Участник команды 1.** Это такая сложная ситуация, Кирстен. Я полностью понимаю, что ты чувствуешь.

**Кирстен.** Я думаю, что я была раздосадована, потому что я просто не хотела слышать об этой проблеме. Это был конец долгого дня.

**Лидер команды.** Я заметил, что ты сейчас использовала слово “нарциссический” при описании. Можешь ли ты описать поведение Джоанны, не используя этот термин? Просто используй описательный, поведенческий подход к тому, что ты видела. Попробуй отпустить любое суждение о ней или о тебе. Готова сделать это?

**Кирстен.** Конечно.

**Участник команды 2.** Прежде чем ты это сделаешь, могу ли я просто заметить, что эта твоя реакция очень похожа на то, как она описала реакцию других людей на нее. Это одна из ее проблем, верно? Она так ведет себя, что производит впечатление, что она поглощена собой или снисходительна, в ущерб тому, чтобы учитывать чувства других.

**Кирстен.** Я думаю, что это правда, но мне все равно не следовало так реагировать.

**Участник команды 3.** Возможно, в тот момент не было другого варианта реакции. Она так поступает, и люди могут так реагировать на нее. Мне интересно, осознавала ли ты свою реакцию?

**Кирстен.** Я так не думаю. Я имею в виду, ну не совсем.

**Лидер команды.** Итак, прежде чем мы продолжим, давайте остановимся и спросим тебя, Кирстен, как команда может помочь тебе в этом?

**Кирстен.** Я думаю, мне просто нужно было проговорить вслух то, что произошло, и избавиться от чувства смущения по этому поводу.

Я знаю, что должна быть более осознанной по отношению к своим эмоциям, работая с Джоанной. Я знаю, что это то, что она делает, и что мне нужно быть готовой к этому, чтобы я могла помочь ей освоить более эффективные способы взаимодействия с людьми.

В этом примере ПТП Кирстен вызвало эмоциональный отклик у Джоанны, и, поскольку Кирстен не осознавала этот процесс в тот момент, когда он происходил, реакция клиентки поставила терапевтическую сессию под угрозу. При работе с клиентами, которые имеют склонность к тому, что рассматривается как нарциссическое поведение, ПТП терапевта, скорее всего, возникнет в ситуациях, подобных рассмотренной в этом примере. В данном случае процесс в консультационной команде помог Кирстен, предоставив пространство, в котором вопрос был четко указан в повестке дня для обсуждения. Обращаясь к своему смущению, а не избегая его, Кирстен обратилась к команде за помощью. И благодаря этому увеличилась вероятность того, что в следующий раз, когда подобное произойдет, Кирстен будет лучше готова иотреагирует более подходящим образом.

## **Осознанность терапевта может помочь снизить препятствующее терапии поведение**

Вторым ключевым аспектом этого примера является роль, которую осознанность терапевта играет в обращении к ПТП терапевта в ДПТ. В этом примере обратите внимание на то, как команда помогла Кирстен самостоятельно прийти к выводу, что она должна быть более осознанной в отношении своих эмоций и мыслей, когда она лечит Джоанну. Это важно: осознанность терапевта в ДПТ является важным элементом предотвращения ПТП терапевта и эффективного реагирования на него.

Осознанность — это ключевой навык, лежащий в основе остальных навыков в ДПТ. Это отправная точка, с которой начинаются навыки эмоциональной регуляции, устойчивости к стрессу и межличностной эффективности.

Осознанность постоянно изучается в группах обучения навыкам ДПТ и практикуется каждую неделю как в клиентских группах навыков, так и в консультационных командах терапевтов. Действительно, осознанность вплетена в сущность ДПТ. ДПТ-терапевты обычно практикуют

осознанность с клиентами во время индивидуальных терапевтических сессий. Они дают домашнее задание на осознанность и читают отрывки из книг, чтобы помочь клиентам лучше понять и научиться развивать практики осознанности. И самое главное из того, что имеет отношение к этой главе, то, что ДПТ-терапевты практикуют осознанность в своей жизни.

Как выглядят эти практики осознанности? Созерцательные практики осознанности можно найти в восточных и западных религиозных и духовных традициях, и нет для терапевта единого, конкретного или “правильного” способа практиковать осознанность. Однако, поскольку ДПТ включает в себя множество идей из дзен-буддизма, для ДПТ-терапевтов характерен опыт практики осознанности, основанный на этой традиции. ДПТ-терапевты практикуют то, чему учат, и в результате те же навыки, которые мы просим практиковать наших клиентов, являются навыками, которые мы практикуем сами. В отношении осознанности это означает, что терапевты, использующие ДПТ, практикуют наблюдение и описание своего опыта без осуждения или оценки, намеренно выбирают односторонне совершать действия каждый раз с полным вниманием к текущему моменту, и стремятся быть эффективными в своих действиях, будучи чувствительными к контексту каждого момента. Кроме того, ДПТ-терапевты стремятся создавать в своей жизни такие моменты, когда они могут отпустить необходимость наблюдать и описывать переживания и вместо этого полностью присутствовать без сознательной оценки каждого момента, эффективно реагируя, как будто они находятся в “потоке” или оказываются на пике эффективности. Клиентам трудно изучать эти навыки ДПТ, и это может быть так же трудно для нас как терапевтов.

Одним из важных понятий в ДПТ является определение осознанности Джона Кабат-Зина [*Kabat-Zinn*, 1990, 1994] как практики, состоящей в том, чтобы направлять внимание особым способом, без оценки того, что происходит в данный момент. Этот способ концептуализации осознанности согласуется с традицией медитации Випассана и трансформируется в ряд медитативных техник, предназначенных для взращивания осмысления, увеличения глубины созерцания и самоанализа, таких как те, в процессе выполнения которых практикуют наблюдение телесных ощущений (например, дыхания) или внутренних переживаний, когда они происходят в режиме реального времени, без усилий и попыток изменения такого опыта. Распространенным способом выполнения таких упражнений

на осознанность является использование восприятия без выбора — концепция, описанная индийским философом Кришнамурти [*Krishnamurti*, 2001], в которой внимание обращается на возникающие внутренние переживания по мере их прихода и ухода, мысли, чувства и ощущения, которые отмечаются в моменты, когда они присутствуют, пока они не исчезнут и не возникнет следующее переживание, и так далее. Продолжительность этой практики осознанности может быть небольшой (например, в течение нескольких минут), вы также можете погружаться в нее на длительное время. Используете ли вы медитацию, основанную на осмыслении, такую как сидение в течение 45 минут утром каждый день в тишине, используя подход восприятия без выбора, или же практика осознанности является активной, включающей наблюдение и описание безо всякого суждения своего внутреннего опыта, проходящее через моменты повседневной жизни, главное в этом то, что терапевты могут предотвратить свое ПТП с помощью практик осознанности.

Медитация и осознанность могут быть использованы любым клиницистом. Где они начинаются для терапевта без истории использования практики медитации? Помните, что осознанность терапевта — это навык, который нужно развивать. Это эффективный навык, но для его развития и поддержания требуется время, как и для любого другого сложного навыка. Чтобы поймать себя на том, что вы позволяете собственным эмоциональным реакциям мешать вам как терапевту, мы рекомендуем вам попробовать несколько различных практик осознанности. Мы были на нескольких однодневных и многодневных ретритах осознанности. Они могут быть невероятно полезны для старта или оживления вашей практики осознанности. Однако это не единственный путь. Существует множество отличных книг, веб-сайтов и онлайн-приложений, в которых есть полезные практики. Один из наших коллег из медицинского центра Университета Дьюка, доктор Джефф Брантли, много писал в своей серии книг “Пять добрых минут” о том, как привнести практику осознанности в повседневную жизнь [*Brantley & Millstine*, 2007, 2009]. Как бы то ни было, осознанность терапевта — это необходимая практика и умение, которое можно использовать для предотвращения и управления ПТП терапевта. Примеры того, как это может работать, приведены в приложении 12.2.

В каждом из этих примеров практика осознанности может помочь сделать осознанным для терапевта то, что он уже испытывает. Будучи в контакте со своей печалью или тревогой, ощущая муки смущения или гнева,

позволяя осознать мысли о вашем клиенте или о чем-либо еще — переживая настоящий момент таким, какой он есть без осуждения, — терапевты в ДПТ готовят себя к предотвращению собственного ПТП или эффективному реагированию на него.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 12.2**

### **Десять способов использования осознанности для предотвращения препятствующего терапии поведения терапевта**

- Практикуйте медитацию осознанности каждый день утром или вечером.
- Используйте короткие практики осознанности в течение дня.
- Практикуйте наблюдение и описание мыслей и чувств перед встречей с клиентами.
- Используйте осознанность в начале или в конце каждой сессии с конкретным клиентом.
- Ешьте осознанно в течение дня.
- Прогуливайтесь осознанно в течение дня по своему кабинету.
- Практикуйте осознанность в консультационной команде коллег-клиницистов.
- Потратьте несколько минут на практику осознанности, прежде чем писать терапевтические заметки.
- Осознанно обдумайте повседневную жизнь или историю одного из ваших клиентов.
- Практикуйте осознанное прощение и принятие клиентов, которые вызывают разочарование или другие негативные эмоции.

## **Радикальная искренность**

Эффективным методом ДПТ, который может предотвратить или уменьшить ПТП терапевта, является радикальная искренность. Это термин в ДПТ, который относится к форме валидации клиента, когда терапевт признает что-то, что присутствует в текущий момент, например мысль, чувство или действие, радикально искренним образом, как оно есть. В этом случае радикальный не означает решительный или чрезмерный.

Вместо этого в ДПТ-концептуализации для радикальной искренности используется математическое понятие радикала — как корня полной и глубокой искренности в отношении своего клиента. Это суть подлинности.

Быть радикально искренним — значит наблюдать и описывать то, что есть в текущий момент, как оно есть, ничего не требуя. По сути, это быть честным и настоящим. Клиенты часто говорят, что они воспринимают терапевтическую искренность как гуманную, а иногда и совершенно не знакомую им из опыта общения с другими клиницистами. Радикальная искренность в ДПТ может принимать форму простых и кратких ответов, подтверждающих, что происходящее в данный момент является обычным, разумным или уместным. Например, у терапевта могут быть ограничения на время, когда он может в следующий раз встретиться с клиентом. Клиент может захотеть встретиться до открытия или после закрытия клиники или, что еще сложнее, клиент может попросить терапевта встретиться в выходной день. Терапевтам нужны выходные, как и всем, кто работает, но если клиент сильно расстроен в момент этой просьбы, терапевт может почувствовать, что вынужден встретиться с клиентом как можно скорее. Это может быть настоящей дилеммой. Если терапевт не соблюдает свои ограничения и назначает встречу в свой выходной день, он может в конечном итоге почувствовать обиду, сожаление или раздражение, что может привести к ПТП терапевта. Тем не менее терапевт может соблюдать свои ограничения и продолжать чувствовать вину или беспокойство. Что делать терапевту в таких ситуациях?

Терапевты могли бы поступить по-разному, но одним из подходов могла бы быть радикальная искренность по отношению к клиенту. Для терапевтов нормально и в порядке вещей брать выходные. И на самом деле, если терапевт берет выходной, чтобы восстановиться и вернуть ощущение баланса между работой и личной жизнью, он может быть еще более эффективными в оказании помощи клиенту. Или ему может потребоваться выходной, чтобы решить важный вопрос. Налоги приходится платить каждый год, а посещение мастера по ремонту холодильников и доставка на дом могут происходить в любой момент. Иногда выходные нужны по разным прозаичным причинам.

В этом примере факт невозможности провести терапевтическую сессию в желаемое клиентом время может быть озвучен с подлинным состраданием с радикальной искренностью:



*“Я вполне понимаю, почему встреча в этот день была бы лучше для вас. К сожалению, я не планирую работать в этот день. Это мой выходной день, и мои выходные действительно мне нужны, чтобы я мог оставаться сбалансированным и эффективным в моей работе. На самом деле, в этот день я буду ждать визита мастера по ремонту кондиционера, и он может приехать в любое время между 8:00 и 17:00. Поэтому давайте выберем другой день для нашей следующей встречи”.*

В этом примере терапевт придерживается фактов и соблюдает свои ограничения. Тем не менее он может чувствовать себя виноватым в том, что отказывает клиенту, и в результате ему приходится использовать навыки регулирования эмоций, осознанности или устойчивости к стрессу, чтобы справиться с любой неоправданной виной или прочувствовать ее. Терапевт также может обсудить эту проблему с консультационной командой ДПТ. Важным моментом является то, что в этом радикально искреннем ответе нет ничего особенного для ДПТ. Терапевтическая искренность была центральной в клиент-центрированной терапии, разработанной Карлом Роджерсом в 40–50-х годах XX века. Все терапевты могут так делать. Терапевты, не практикующие ДПТ, могут позаимствовать концепцию радикальной искренности, чтобы улучшить способность реагировать подходящим образом на такие ситуации, оставаясь подлинными, предотвращая негативные эмоции терапевта и его ПТП.

Прямые и подлинные, с состраданием, радикально искренние отклики помогают обойтись без ПТП терапевта, когда мы одновременно обращаемся с клиентом честно и уважительно, избегая его инфантилизации или восприятия его как легкоранимого. В предыдущем примере психотерапевт, в чем-то придерживаясь фактов, в то же время является искренним и соблюдает ограничения для предотвращения ПТП терапевта (и моделирует эффективный способ соблюдения ограничений для клиента, что для многих клиентов является важной мишенью лечения). Терапевт в этом примере не был доступен в свой выходной день, и это могло быть простым вопросом выбора другого времени. Но что, если клиент заявил бы, что ему нужно встретиться именно в этот день с терапевтом? А если бы в этот конкретный день что-то произошло (например, важное событие, и клиент был крайне обеспокоен), что заставило бы клиента остро почувствовать, что ему будет необходима терапевтическая сессия? На самом деле будет ли полезно для терапевтического прогресса сделать еще один шаг вперед и спросить клиента, что у него случилось? В такой ситуации терапевт может быть радикально искренним,

все еще соблюдая ограничения и понимая необходимость диалектического подхода к ситуации: с одной стороны, встреча не может произойти в этот день, хотя, с другой стороны, клиент говорит, что ему нужна помощь терапевта именно в этот день. Разрешение этих очевидных противоречий может заключаться в том, что терапевт и клиент совместно работают над тем, чтобы найти прагматичный способ спланировать, как клиент подготовится и будет способен использовать навыки в связи со своими опасениями по поводу надвигающегося стрессового события. Например, диалектический синтез может представлять собой конкретный план домашней работы, запланированный набор навыков для использования и/или краткую телефонную консультацию или контроль у терапевта в этот день.

Радикальная искренность не всегда может быть реализована в краткой форме с опорой на факты. В некоторых клинических ситуациях терапевты используют радикальную искренность для выражения неподдельных эмоций, помогают мотивировать изменения клиента или демонстрируют, как использовать определенные навыки. Недавно один из авторов (Зак Розенталь) лечил депрессивную женщину, которая плакала во время сессии, и ее эмоциональные рассуждения в стрессовом состоянии привели ее к заявлению, что у нее нет друзей, никто ее не любит, и что она терпит неудачу во всех областях своей жизни. Это не был случай ДПТ. Однако, чтобы не допустить того, чтобы эмоциональные реакции терапевта привели к какому-нибудь ПТП терапевта, была использована радикальная искренность для напоминания клиентке, с эмоциональностью и эмпатией, что эти оценки были функцией эмоционального момента, и не должны быть спутаны в ее мыслях с правдой. Мы остались с эмоциями в данный момент, распутывая клубок аффектов и определенных когнитивных оценок. Вместо того чтобы пытаться изменить эти атрибуции, используя методы когнитивной терапии, молчать или поддерживать, или применить навыки регуляции эмоций, чтобы изменить ее эмоции, сначала была использована радикальная искренность. Это заинтересовало клиентку, и она смогла вырваться из тисков страданий, переключить внимание, активировав способность слышать то, что ей говорят, и, увидев возможности для дальнейших шагов, подготовиться к обсуждению того, что она может сделать до следующей сессии, чтобы уменьшить депрессивные симптомы.

Когда мы стараемся предотвратить ПТП терапевта, метод радикальной искренности заключается в том, чтобы быть целенаправленными, сострадательными и держать в голове концептуализацию случая клиента, принимая

решение быть радикально искренними. Без таких элементов радикальная искренность может восприниматься клиентами как эгоистичность, нарциссизм или даже пассивная агрессия терапевта. В некоторых ситуациях благих намерений и хорошего терапевта бывает недостаточно, особенно с наиболее трудными для лечения клиентами. Надежный подход состоит в том, чтобы:

- а) быть осознанным относительно возможных ПТП терапевта;
- б) тщательно обдумать, может ли быть полезной радикальная искренность; и
- в) обеспечить, чтобы радикально искренняя коммуникация могла быть осуществлена прежде всего и главным образом с учетом потребностей клиента.

Когда мы обучаем радикальной искренности клиницистов, они часто связывают эту технику с понятием самораскрытия терапевта. Это не одно и то же. Конечно, самораскрытие может быть сделано радикально искренним способом. Однако с точки зрения ДПТ самораскрытие может быть разным. Самораскрытие может быть честным, но может быть неэффективно произведено, и тогда оно само становится ПТП терапевта. Чтобы самораскрытие было радикально искренним и помогало предотвратить ПТП терапевта, оно должно идти от всего сердца и быть подлинным, основанным на опыте психотерапевта, с признанием интересов клиента. Тем не менее это не должно быть монологом о глубоко болезненном опыте в жизни терапевта. Хотя это допустимо. На самом деле более широко распространено и наиболее эффективно рутинное радикально искреннее реагирование. На нескольких примерах, приведенных в табл. 12.2, показано, как оно может помочь уменьшить ПТП терапевта.

**Таблица 12.2. Способы, с помощью которых радикальная искренность терапевта может помочь уменьшить препятствующее терапии поведение терапевта**

<b>Пример радикальной искренности терапевта</b>	<b>Как это помогает уменьшить препятствующее терапии поведение терапевта</b>
Связывание личного внутреннего переживания несовершенства терапевта с поведением клиента (например, “Вы чувствуете себя не очень хорошо? Похоже, вы нездоровы. Надеюсь, вы не заболаете, как я на прошлой неделе. А то мы пойдем по кругу.”)	Понимание собственной обыкновенной уязвимости помогает терапевту чувствовать себя более комфортно, признавая свое несовершенство и позволяя моделировать эффективное самоосознавание

*Продолжение табл. 12.2*

<b>Пример радикальной искренности терапевта</b>	<b>Как это помогает уменьшить препятствующее терапии поведение терапевта</b>
<p>Мягкое замечание по поводу того, что поведение клиента неприемлемо и крайне неэффективно (например, “Я понимаю, о чем вы просите, и мне понятно, почему вы можете просить об этом, но хочу, чтобы вы знали, что это не то, что я смогу предложить вам. Если я отвечу “да” на эту просьбу, это может привести к обратным последствиям и ухудшению ситуации. Я не хочу, чтобы это произошло”).)</p>	<p>Это помогает терапевтам в установлении соответствующих пределов или их соблюдении и предотвращает возникновение у терапевта обиды или других негативных эмоций</p>
<p>Признание о том, что определенные виды поведения являются особенно трудными или вызывают беспокойство терапевта (например, “О боже, это одна из тех вещей, которые действительно трудны для меня, как для человека, так и для терапевта. Знаете, есть вещи, из-за которых мы больше всего нервничаем. Ну вот, это одна из таких вещей для меня”).)</p>	<p>Это предотвращает препятствующее терапии поведение терапевта, помогая клиенту понять его. Когда клиент становится более осознанным в отношении точки зрения терапевта, это может повысить эмпатию клиента и уменьшить его защитные эмоциональные реакции. Это помогает в терапевтических отношениях и позволяет терапевту чувствовать себя увереннее, выражая себя по-настоящему</p>
<p>Признание терапевта в том, что он допустил ошибку (например, “Мне очень жаль. Я не хотел, чтобы вы чувствовали боль из-за моих действий”).)</p>	<p>Это удерживает терапевта от ощущения ненужной тревоги или вины и моделирует самоосознавание</p>
<p>Осознанное наблюдение за мыслями как за мыслями, а не за содержанием мыслей как за истиной, даже когда содержание мыслей больно выражать (например, “У меня возникает мысль, что это лечение может не работать так хорошо, как нам обоим хотелось бы. И я хотел бы заметить, что это всего лишь мысль, и она может быть неправдой, хотя я чувствую некоторую грусть, когда у меня возникает эта мысль”).)</p>	<p>Это удерживает терапевта от застревания в вере в истинность собственных мыслей о процессе терапии или клиенте. Для клиента это моделирует базовый навык диалектической поведенческой терапии — осознанность, и может открыть возможности для практики осознанности на терапевтической сессии</p>

Пример радикальной искренности терапевта	Как это помогает уменьшить препятствующее терапии поведение терапевта
Выражение словами, сочувствующим тоном, диалектики принятия и изменения, если клиент не желает меняться (например, “Вы знаете, я вполне понимаю, как трудно будет изменить свою жизнь. Если бы изменение было простым решением, вы бы сделали это давно. Я это понимаю и хочу, чтобы вы увидели другую сторону медали — принятие. Мы ведь можем посидеть минутку, наблюдая за мыслями и чувствами, которые у вас есть, и не пытаюсь изменить их или что-либо с ними сделать?”)	Это позволяет терапевту искренне прочувствовать опыт принятия и помочь клиенту соприкоснуться с ним. Идея состоит в том, чтобы расшатать концепцию изменений как единственного решения и для терапевта, и для клиента. Затем терапевт может радикально рассмотреть, что произойдет, если клиент постепенно, шаг за шагом, сможет отпустить свои насущные проблемы, чтобы изменить способ, которым они пытаются внести изменения. Эта диалектика может дать действенный синтез, позволяющий осуществить новый подход к проблемам клиента и помочь терапевту почувствовать мотивацию и вознаграждение

## Восстановление после препятствующего терапии поведения терапевта

Что могут сделать терапевты после того, как произошло ПТП терапевта? Для начала мы рекомендуем реагировать на ПТП терапевта без осуждения и не обороняясь. ПТП терапевта случается со всеми терапевтами. Мы, авторы, не можем сосчитать, сколько раз мы обнаруживали себя вовлеченными в ПТП терапевта. Быть настроенным на ПТП терапевта и уделять внимание этому ПТП лучше с открытостью, чувствительностью и любопытством. Из этой интроспективной готовности может вырасти решение проблемы. После того как ПТП терапевта определено и терапевт готов попытаться понять, что послужило его предиктором и как эффективно управлять им в будущем, можно использовать основные принципы и стратегии ДПТ, рассмотренные в главах 2 и 3.

Терапевты могут применять анализ цепочки в качестве инструмента решения проблем, чтобы исследовать предшествующие факторы

и последствия их собственного ПТП. Возможно, терапевт опоздал на сессию, потому что предыдущая сессия продолжалась дольше, чем предполагалось. Почему это произошло? Цепочки в этом анализе могут показать, что терапевт опасался, что предыдущий клиент будет расстроен в случае прерывания, и поскольку клиент продолжал говорить, сессия закончилась позже. Или это может быть связано с тем, что терапевт опоздал на сессию из-за того, что слишком долго разговаривал с коллегой по телефону, писал заметки по поводу другого клиента или читал что-то в офисе. Используя анализ цепочки, терапевт самостоятельно или работая вместе с коллегами, которым доверяет, может обдумать способы предотвращения повторения этого ПТП.

### ПРИЛОЖЕНИЕ 12.3

#### Общий процесс восстановления терапевтов после препятствующего терапии поведения терапевта

- Наблюдайте препятствующее терапии поведение (ПТП) терапевта безоценочно и не обороняясь.
- Подходите к процессу анализа ПТП терапевта с открытостью, чувствительностью и любопытством.
- Используйте инструменты, предназначенные для решения проблем, чтобы изучить предшествующие факторы и последствия ПТП.
- Рассматривайте несколько решений, не относитесь к какому-либо из них как к единственно правильному.
- Когда будет найдено подходящее решение, проанализируйте его плюсы и минусы.
- Подумайте, как реализовать выбранное вами решение таким образом, чтобы быть прагматичными и эффективными, а не правыми.
- Будьте осознанны относительно времени и способа реализации решения, балансируя между необходимостью довести дело до конца и необходимостью сделать это эффективно в соответствии с требованиями контекста.

После того как будет найдено подходящее решение для ПТП терапевта, этот план становится, с точки зрения ДПТ-терапевта, чем-то, что необходимо повторно рассмотреть. Решение для ПТП терапевта анализируют, ищут его слабые места до тех пор, возможно, пока не будет найдено более подходящее решение и у терапевта появится уверенность в своей готовности

реализовать его. Естественно, нет единого решения для любого конкретного ПТП терапевта. Поэтому процесс поиска решения является ключом к генерации любого количества возможных решений. Терапевт может, например, выбрать практику осознанности перед каждым сеансом с данным клиентом. Он также может выбрать использование навыков межличностной эффективности, чтобы спросить, хочет ли клиент приехать в другое время (если время сеанса было частью проблемы), или реализовать другие решения. После того как выбор будет сделан, терапевт определяет время и способ реализации решения, и когда появляется возможность, он начинает действовать. В приложении 12.3 перечислены несколько шагов, которые терапевты могут предпринять, чтобы заимствовать подходы, используемые в ДПТ для эффективного управления процессом рассмотрения путей продвижения вперед после случившегося ПТП терапевта.

## Даже самые лучшие планы могут провалиться

Даже лучшие планы по управлению ПТП терапевта могут не иметь успеха. Ничего страшного не происходит, если этот процесс находится под наблюдением и ему уделяется внимание. Немаловажным из того, что привлекло нас обоих к ДПТ, является открытость и смирение, с которыми терапевты зачастую считают себя несовершенными клиницистами. Так, один из авторов (Алекс Чапмен) недавно вовлекся в ПТП терапевта и разработал удачный, по его мнению, план восстановления после ПТП. Была достигнута договоренность с клиенткой о том, что каждую неделю он будет звонить ей по телефону, напоминая о необходимости посещения групповой терапии, поскольку клиентка была в глубокой депрессии, одинока и разлучена со своим мужем, и ей было трудно самой найти мотивацию. План был результатом усилий в рамках решения вопроса о том, как побудить клиентку чаще посещать терапию, и казалось, что он действительно поможет. В первую неделю напоминания не было. Клиентка пришла на сессию и получила извинения с честным и радикально искренним объяснением. Я путешествовал на той неделе и забыл позвонить. Мы снова договорились о звонках с напоминанием. К сожалению, и на следующей неделе я снова забыл об этом. После выполнения шагов, перечисленных ранее, и увеличения усилий для коррекции ПТП терапевта (принесение извинений, проверка эмоций клиента, напоминания в мобильном телефоне) все изменилось к лучшему.

## Движемся вперед

Нет ничего удивительного в том, что терапевты могут непреднамеренно делать то, что функционирует как препятствие для терапии. Мы подвержены ошибкам. Наши сложные истории обучения делают нас уязвимыми для попадания в зависимость от превратностей текущего момента. Все, что делает терапевт и что может негативно повлиять на терапевтический процесс, может быть ПТП. Условно отнесенное к психодинамической концепции контрпереноса, представление о ПТП терапевта в ДПТ является тем, что может наблюдаться и открыто обсуждаться терапевтами совместно с клиентами. Посредством структурных элементов ДПТ (например, еженедельная консультационная команда), методов управления терапевтическими сбоями (например, осознанность и радикальная искренность) и прагматических процессов, основанных на принципах (например, совместная и последовательная ориентация, выбор мишеней, уточнение коммитмента относительно конкретных целей лечения), ДПТ предоставляет терапевтам различных направлений, работающих с разными группами клиентов, набор методов для предотвращения ПТП терапевта и реагирования на него.





# Литература

1. Abramowitz, J.S. (2013). The practice of exposure therapy: Relevance of cognitive – behavioral theory and extinction theory. *Behavior Therapy*, 44, 548–558. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.003>
2. Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., & Whiteside, S.H. (2011). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. New York, NY: Guilford Press.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
4. American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, Amended June 1, 2010)*. Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
5. Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417–436. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.417>
6. Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738–783. <http://dx.doi.org/10.1037/h0077132>
7. Baer, R.A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. San Diego, CA: Elsevier.
8. Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Agnew, R.M., Halstead, J., ... Harrington, V. M. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1079–1085. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.1079>
9. Barrett, M.S., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 247–267. doi:10.1037/0033-3204.45.2.247
10. Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595–613. <http://dx.doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
11. Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
12. Bongar, B., & Sullivan, G.R. (2013). Outpatient management and treatment of the suicidal patient. In B. Bongar & G.R. Sullivan (Eds.), *The suicidal patient: Clinical*

- and legal standards of care* (3rd ed., pp. 157–199). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14184-005>
13. Bornas, X., Llabrés, J., Noguera, M., López, A., Tortella-Feliu, M., Fullana, M., ... Vila, I. (2006). Changes in heart rate variability of flight phobics during a paced breathing task and exposure to fearful stimuli. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 549–563.
  14. Bouton, M.E. (1988). Context and ambiguity in the extinction of emotional learning: Implications for exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 137–149. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90113-1](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(88)90113-1)
  15. Brantley, J., & Millstine, W. (2007). *Five good minutes at work: 100 mindful practices to help you relieve stress and bring your best to work*. Oakland, CA: New Harbinger.
  16. Brantley, J., & Millstine, W. (2009). *Five good minutes in your body: 100 mindful practices to help you accept yourself and feel at home in your body*. Oakland, CA: New Harbinger.
  17. Brondolo, E., DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. (1997). Exposure-based treatment for anger problems: Focus on the feeling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 75–98. [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(97\)80013-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(97)80013-2)
  18. Canadian Psychological Association. (2000). *Canadian code of ethics for psychologists*. Retrieved from [http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/cpa\\_code\\_2000\\_eng\\_jp\\_jan2014.pdf](http://www.cpa.ca/docs/File/Ethics/cpa_code_2000_eng_jp_jan2014.pdf)
  19. Cavanaugh, M.M., Solomon, P., & Gelles, R.J. (2011). The Dialectical Psychoeducational Workshop (DPEW): The conceptual framework and curriculum for a preventative intervention for males at risk for IPV. *Violence Against Women*, 17, 970–989. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801211414266>
  20. Chapman, A.L., Dixon-Gordon, K.L., Layden, B.K., & Walters, K.N. (2010). Borderline personality features moderate the effect of a fear induction on impulsivity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 139–152. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019226>
  21. Chapman, A.L., Leung, D.W., & Lynch, T.R. (2008). Impulsivity and emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 148–164. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.2.148>
  22. Chiesa, M., Wright, M., & Neeld, R. (2003). A description of an audit cycle of early dropouts from an inpatient psychotherapy unit. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 17, 138–149. <http://dx.doi.org/10.1080/1474973031000105294>
  23. Cloninger, C.R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 4, 167–226.

24. Craske, M.G., & Barlow, D.H. (2007). *Mastery of your anxiety and panic. Therapist guide*. Oxford, England: Oxford University.  
(Мишель Г. Краске, Дэвид Х. Барлоу. *Совладание с тревогой и паникой. Руководство психотерапевта*, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2021 г.)
25. Craske, M.G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5–27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
26. Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., & Linehan, M.M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495–510. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015616>
27. Del Vecchio, T., & O'Leary, K.D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 24, 15–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.006>
28. DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 70–84. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.10.1.70>
29. Dugas, M.J., & Robichaud, M. (2006). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York, NY: Routledge.
30. Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 3, 389–399. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.33.4.389.25231>
31. Farmer, R.F., & Chapman, A.L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/11664-000>
32. Farmer, R.F., & Chapman, A.L. (2016). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
33. Favazza, A.R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 259–268. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>
34. Foa, E. B., & Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, NY: Guilford Press.

35. Frank, E., Kupfer, D.J., Thase, M.E., Mallinger, A.G., Swartz, H.A., Eagioli-ni, A.M., & ... Monk, T. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996–1004. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.996>
36. Freeman, A., & McCloskey, R. (2003). Impediments to effective psychotherapy. In R.L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp. 24–48). New York, NY: Guilford Press.
37. Fried, Y., & Slowik, L. (2004). Enriching goal-setting theory with time: An integrated approach. *The Academy of Management Review*, 29, 404–422.
38. Fruzzetti, A.E., Shenk, C., & Hoffman, P.D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007–1030. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579405050479>
39. Goldfried, M.R., & Davison, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
40. Gottman, J.M., Driver, J., & Tabares, A. (2002). Building the sound marital house: An empirically derived couple therapy. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 373–399). New York, NY: Guilford Press.
41. Gray, J.A. (1987). The neuropsychology of emotion and personality. In S.M. Stahl, S.D. Iversen, & E.C. Goodman (Eds.), *Cognitive neurochemistry* (pp. 171–190). New York, NY: Oxford University Press.
42. Greenberg, L.S. (2010). *Emotion-focused therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/e602962010-001>
43. Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
44. Harned, M.S., Korslund, K.E., & Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy with and without the dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7–17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
45. Harnett, P., O'Donovan, A., & Lambert, M.J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist*, 14, 39–44. <http://dx.doi.org/10.1080/13284207.2010.500309>

46. Hayes, S.C., Brownstein, A.J., Zettle, R.D., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986). Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45, 237–256. <http://dx.doi.org/10.1901/jeab.1986.45-237>
47. Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
48. Hazlett-Stevens, H., & Craske, M.G. (2008). Breathing retraining and diaphragmatic breathing techniques. In W.T. O'Donohue & J.E. Fisher (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (2nd ed., pp. 68–74). Hoboken, NJ: Wiley.
49. Herrnstein, R.J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4, 267–272. <http://dx.doi.org/10.1901/jeab.1961.4-267>
50. Hopko, D.R., Lejuez, C.W., Ruggiero, K.J., & Eifert, G.H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699–717. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00070-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00070-9)
51. Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059–1064. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1059>
52. Izard, C.E., & Kobak, R. (1991). Emotions system functioning and emotion regulation. In J. Garber & K.A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 303–322). New York, NY: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511663963.014>
53. Joiner, T.J., Conwell, Y., Fitzpatrick, K.K., Witte, T.K., Schmidt, N.B., Berlim, M.T., ... Rudd, M.D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when “everything but the kitchen sink” is covaried. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 291–303. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.291>
54. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York, NY: Delta.
55. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion.

56. Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation: What it is, what it isn't, and its role in health care and medicine. In Y. Haruki, Y. Ishii, & M. Suzuki (Eds.), *Comparative and psychological study on meditation* (pp. 161–169). Delft, the Netherlands: Eburon.
57. Kassino, H. (Ed.). (1995). *Anger disorders: Assessment, diagnosis, and treatment*. Washington, DC: Taylor & Francis.
58. Kassino, H., & Tafrate, R. (2002). *Anger management: The complete treatment guidebook for practitioners*. Atascadero, CA: Impact.
59. Kazantzis, N., Deane, F.P., & Ronan, K.R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189–202. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.7.2.189>
60. Kazdin, A.E., & Mazurick, J.L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1069–1074. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.1069>
61. Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY: Plenum Press. <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-70855-3>
62. Kolden, G.G., Chisholm-Stockard, S.M., Strauman, T.J., Tierney, S.C., Mullen, E.A., & Schneider, K.L. (2006). Universal session-level change processes in an early session of psychotherapy: Path models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 327–336. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.327>
63. Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., . . . Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80009-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80009-5)
64. Krishnamurti, J. (2001). *The book of life: Daily meditations with Krishnamurti*. New Delhi, India: Penguin.
65. Leahy, R.L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.
66. LeDoux, J. (2003). The emotional brain, fear, and the amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23, 727–738. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1025048802629>
67. Leibenluft, E., Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, 1, 317–324.

68. Lemerise, E.A., & Dodge, K.A. (2008). The development of anger and hostile interactions. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 730–741). New York, NY: Guilford Press.
69. Lewis, M. (2010). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, & L.F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 742–756). New York, NY: Guilford Press.
70. Lewis, M., Sullivan, M.W., Ramsay, D.S., & Alessandri, S.M. (1992). Individual differences in anger and sad expressions during extinction: Antecedents and consequences. *Infant Behavior & Development*, 15, 443–452. [http://dx.doi.org/10.1016/0163-6383\(92\)80012-J](http://dx.doi.org/10.1016/0163-6383(92)80012-J)
71. Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453–461. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
72. Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.  
(Марша М. Линехан. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2020 г.)
73. Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.  
(Марша М. Линехан. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2020 г.)
74. Linehan, M.M. (1997). Validation and psychotherapy. In A.C. Bohart & S Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353–392). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10226-016>
75. Linehan, M.M. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 365–420). New York, NY: Guilford Press.
76. Linehan, M.M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.  
(Марша М. Линехан. Диалектическая поведенческая терапия: руководство по тренингу навыков, 2-е изд., пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2020 г.)
77. Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>



78. Linehan, M.M., Bohus, M., & Lynch, T.R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). New York, NY: Guilford Press.
79. Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
80. Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971–974. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>
81. Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., & Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459–480. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20243>
82. Malaffo, M.M., & Espie, C.A. (2007). Cognitive and behavioral treatments of primary insomnia: A review. *Minerva Psichiatrica*, 48, 313–327.
83. Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford Press.
84. McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
85. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York, NY: Guilford Press.
86. Miller, W.R., & Rollnick, S. (2012). Meeting in the middle: Motivational interviewing and self-determination theory. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(25). <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-9-25>
87. Miltenberger, R.G. (2011). *Behavior modification: Principles and procedures* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
88. Nezu, A.M., Maguth Nezu, C., & D’Zurilla, T.J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. New York, NY: Springer.

89. Novaco, R.W., & Jarvis, K.L. (2002). Brief cognitive behavioral intervention for anger. In F. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of brief cognitive behavioral therapy* (pp. 281–296). London, England: Wiley.
90. Oatley, K., & Jenkins, J.M. (1996). *Understanding emotions*. Malden, MA: Blackwell.
- Oldham, M., Kellett, S., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Interventions to increase attendance at psychotherapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 928–939. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029630>
91. Pepper, S.C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Los Angeles: University of California.
92. Perlis, M.L., Junquist, C., Smith, M.T., & Posner, D. (2005). *Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide*. New York, NY: Springer.
93. Reese, R.J., Toland, M.D., & Hopkins, N.B. (2011). Replicating and extending the good-enough level model of change: Considering session frequency. *Psychotherapy Research*, 21, 608–619. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2011.598580>
94. Resick, P.A., & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
95. Rizvi, S.L., & Linehan, M.M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of “opposite action.” *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 437–447. [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80071-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80071-9)
96. Rizvi, S.L., & Ritschel, L.A. (2014). Mastering the art of chain analysis in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 335–349. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.09.002>
97. Robins, C.J., & Chapman, A.L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73–89. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.18.1.73.32771>
98. Rosenthal, M.Z., Gratz, K.L., Kosson, D.S., Cheavens, J.S., Lejuez, C.W., & Lynch, T.R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 75–91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.001>
99. Sledge, W.H., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. (1990). Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 1341–1347. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.147.10.1341>

100. Stoffers, J.M., Völm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD005652.
101. Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M., & Barkham, M. (2007). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 864–874. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.864>
102. Sukhodolsky, D.G., Kassinove, H., & Gorman, B.S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247–269. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.005>
103. Surís, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C., & North, C. (2013). A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 28–37. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21765>
104. Suzuki, S. (1970). *Zen mind, beginner's mind*. New York, NY: Weatherhill.
105. Swift, J.K., & Greenberg, R.P. (2015). *Premature termination in psychotherapy: Strategies for engaging clients and improving outcomes*. Washington, DC: American Psychological Association.
106. Tafrate, R., & Kassinove, H. (1998). Anger control in men: Barb exposure with rational, irrational, and irrelevant self-statements. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 187–211.
107. Tangney, J.P., & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt in interpersonal relationships*. New York, NY: Guilford Press.
108. Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>
109. Tompkins, M.A. (2004). *Using homework in psychotherapy: Strategies, guidelines, and forms*. New York, NY: Guilford Press.
110. Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190–195. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
111. Yeomans, F.E., Levy, K.N., & Caligor, E. (2013). Transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy*, 50, 449–453. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033417>

У цій книзі представлені стратегії, що використовуються в діалектичній поведінковій терапії (ДПТ), і розглядається широкий спектр загальних терапевтичних проблем, включаючи проблеми з відвідуваністю, виконанням домашніх завдань, пасивною або агресивною поведінкою та уникненням. Спираючись на сильну структуру ДПТ, емпіричні обговорення, тематичні дослідження та приклади терапевтичної взаємодії, автори цієї книги роблять сміливий крок уперед, розглядаючи, як терапевти можуть впоратися зі своєю поведінкою, яка заважає терапії. Порушуються такі теми, як вигорання терапевта та його поведінка у випадках, коли клієнти виходять за межі терапевтичних можливостей. Ця книга буде корисна досвідченим клініцистам ДПТ та тим, хто прагне впровадити елементи ДПТ у клінічну практику.

---

*Науково-популярне видання*

**Чапмен, Олександр Л., Розенталь, Марк Закарі**

**Управління поведінкою, що перешкоджає терапії.  
Стратегії діалектичної поведінкової терапії**  
(Рос. мовою)

Підписано до друку 20.03.2023. Формат 60х90/16  
Ум. друк. арк. 22,0. Обл.-вид. арк. 20,7

Видавець ТОВ "Науковий Світ"  
03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6758 від 16.05.2019.

[illegible]



Что происходит, когда клиенты и практикующие врачи встают на пути терапевтического процесса? Поведение, препятствующее терапии, является распространенной проблемой. Оно может быть преднамеренным или непреднамеренным, стратегическим или автоматическим, расчетливым или рассеянным, а иногда оно может исходить от практикующего терапевта и проигрываться вместе с клиентом.

В этой книге представлены стратегии, используемые в диалектической поведенческой терапии (ДПТ), и рассматривается широкий спектр общих терапевтических проблем, включая проблемы с посещаемостью, выполнением домашних заданий, пассивным или агрессивным поведением и избеганием. Опираясь на сильную структуру ДПТ, эмпирические обсуждения, тематические исследования и примеры терапевтического взаимодействия, авторы книги делают смелый шаг вперед, рассматривая, как терапевты могут справиться со своим поведением, мешающим терапии. Затрагиваются такие темы, как выгорание терапевта и его поведение в тех случаях, когда клиенты выходят за пределы терапевтических возможностей.

Представленные стратегии применимы ко многим типам пациентов в разных условиях. Благодаря оригинальным исследовательским материалам, подробному описанию процедур и краткому обобщению большого количества доступных исследований эта книга является жизненно важным источником как для опытных клиницистов ДПТ, так и для тех, кто стремится внедрить элементы ДПТ в клиническую практику.

**Александр Л. Чапмен**, д-р философии, психолог, профессор и координатор клинических исследований факультета психологии Университета Саймона Фрейзера (SFU), зарегистрированный психолог и президент Центра диалектической поведенческой терапии в Ванкувере.

**М. Закари Розенталь**, д-р философии, — адъюнкт-профессор с совместным назначением на кафедре психиатрии и поведенческих наук Медицинского центра Университета Дьюка и на кафедре психологии и неврологии Университета Дьюка.

Категория: психология

ISBN 978-617-550-109-2



Видавництво  
“НАУКОВИЙ СВІТ”