

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 компроматация 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, произвольные, 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.