

# ПОВНИЙ ЗМІСТ

Подяки від автора	19
Вступ	23
<b>Частина I. Теорія та поняття</b>	<b>25</b>
<b>Розділ 1. Межовий розлад особистості: поняття, полеміка, визначення</b>	<b>27</b>
Поняття межового розладу особистості	30
Визначення: чотири підходи до формулювання	30
Діагностичні критерії: реорганізація	38
Поняття парасуїцидальної поведінки	41
Межовий розлад особистості та парасуїцидальна поведінка: точки перетину	44
Емоційна дисрегуляція: депресія	45
Емоційна дисрегуляція: гнів	45
“Маніпуляція” та інші негативні описи	46
Терапія межового розладу особистості: вступ	49
Відмінності між даним підходом та стандартною когнітивною та поведінковою терапією	51
Ефективність терапії (емпіричні дані)	53
Висновки	58
Примітки	59
<b>Розділ 2. Діалектичні та біосоціальні засади терапії</b>	<b>61</b>
Діалектика	61
Чому діалектика?	62
Діалектичний світогляд	64
Діалектичне переконання	69
Межовий розлад особистості як діалектичний збій	70
Межове “розщеплення”	70
Складнощі Я та ідентичності	71
Міжособистісна ізоляція та відчуження	71
Концептуалізація окремих клінічних випадків: діалектичний когнітивно-поведінковий підхід	72
Визначення “поведінки”	72
Три модальності поведінки	72

Повний зміст	7
Емоції як повносистемні реакції	73
Рівноправ'я модальностей поведінки як причин функціонування	73
Система “індивід — середовище”: транзактна модель	74
Графічне зображення системи “оточення — особистість”	77
Біосоціальна теорія: діалектична теорія розвитку межового розладу особистості	78
Огляд	78
Межовий розлад особистості та емоційна дисрегуляція	80
Межовий розлад особистості та оточення, що не дає валідації	88
Емоційна дисрегуляція та оточення, що інвалідуює: дурне коло взаємодій	100
Застосування біосоціальної теорії для терапії пацієнтів з МРЛ	105
Загальні цілі та навички	105
“Звинувачення жертви”	106
Висновок	108
Примітки	109

### **Розділ 3. Поведінкові патерни: діалектичні дилеми в терапії пацієнтів з МРЛ**

<b>Емоційна вразливість та неприйняття власних почуттів</b>	111
Емоційна вразливість	113
Самоінвалідація	118
Діалектична дилема для пацієнта	121
Діалектична дилема для терапевта	124
<b>Активна пасивність та видима компетентність</b>	126
Активна пасивність	126
Видима компетентність	130
Діалектична дилема для пацієнта	134
Діалектична дилема для терапевта	135
<b>Безперервна криза та стримуване переживання горя</b>	137
Безперервна криза	137
Стимуване переживання горя	141
Діалектична дилема для пацієнта	146
Діалектична дилема для терапевта	146
Висновок	147
Примітки	147

## Частина II. Огляд терапії і її цілі 149

<b>Розділ 4. Огляд терапії: коротко про цілі, стратегії та припущення</b>	151
Важливі кроки в терапії	151
Підготовка: як привернути увагу пацієнта	151
Важливість дотримання діалектичних принципів	153
Застосування основних стратегій: валідація та вирішення проблем	153
Врівноваження міжособистісних стилів комунікації	155
Сполучення стратегій консультування пацієнта та інтервенцій середовища	156
Терапія терапевта	156
Форми терапії	156
Індивідуальна амбулаторна психотерапія	157
Тренінг навичок	158
Підтримуюча групова психотерапія	160
Телефонне консультування	160
Консультації з окремих клінічних випадків	161
Допоміжне лікування	162
Припущення стосовно індивідів з МРЛ та терапії	162
1. Пацієнти роблять все можливе	163
2. Пацієнти хочуть змін на краще	163
3. Пацієнтам треба домагатися більших успіхів, докладати більше зусиль та мати більш високу мотивацію до змін	164
4. Пацієнти можуть бути не винні у всіх своїх проблемах, але у будь-якому випадку їм доведеться їх вирішувати	164
5. Життя суїцидальних індивідів з МРЛ у нинішньому вигляді нестерпне	164
6. Пацієнти мають навчатися новим поведінковим патернам у всіх ситуаціях	165
7. Пацієнти не винні у невдалій терапії	165
8. Терапевти, які працюють із межевими пацієнтами, потребують підтримки	165
Особливості терапевта та його навички	166
Прийняття та зміни	166
Незламна стійкість та співчутлива гнучкість	168
Опіка та доброзичлива вимогливість	170

Угоди пацієнта та терапевта	170
Угоди з боку пацієнта	170
Угоди терапевта	174
Угоди терапевтів про взаємні консультації	177
Діалектична угода	177
Угода про консультації з пацієнтами	177
Угода про послідовність	178
Угода про дотримання меж	178
Угода про емпатію	178
Угода про те, що терапевт може помилятися	179
Висновок	179
Примітки	180

<b>Розділ 5. Поведінкові цілі в терапії: види поведінки, що підлягають посиленню чи послабленню</b>	181
Загальна задача: посилення діалектичних патернів поведінки	181
Діалектичне мислення	181
Діалектичне мислення та когнітивна терапія	185
Діалектичні патерни поведінки: збалансований спосіб життя	186
Первинні поведінкові цілі	187
Послаблення суїцидальної поведінки	187
Послаблення поведінки, що перешкоджає терапії	193
Поведінка пацієнта, яка сприяє терапії	205
Поведінка терапевта, яка перешкоджає терапії	205
Послаблення поведінки, що погіршує якість життя	210
Вдосконалення поведінкових навичок	213
Послаблення поведінки, пов'язаної із посттравматичним стресом	228
Підвищення самоповаги	234
Вторинні поведінкові цілі	235
Підвищення емоційної модуляції та зниження емоційної реактивності	236
Зростання рівня прийняття власних почуттів та зниження неприйняття	236
Підвищення реалістичності рішень, що приймаються, та суджень, послаблення поведінки, яка викликає кризу	237

Підвищення здатності до переживання емоцій та послаблення стримуваного переживання горя	237
Посилення активного вирішення проблем та зниження поведінки активної пасивності	237
Посилення адекватного висловлення емоцій та зниження залежності поведінки від емоційного стану	238
Висновки	239
Примітки	240

## **Розділ 6. Структурування терапії цільової поведінки:**

<b>хто лікує, що лікують і коли</b>	241
Діалектична поведінка	242
Ієрархія первинних цілей	243
Терапевтичні задачі та програма психотерапевтичного сеансу	244
Терапевтичні цілі та форми ДПТ	244
Основний терапевт та відповідальність за досягнення цілей	245
Рух до цілей	245
Підготовчий етап: орієнтування пацієнта	246
Перший етап: набуття базових здібностей	247
Другий етап: послаблення посттравматичного стресу	248
Третій етап: підвищення самоповаги та досягнення індивідуальних цілей	250
Встановлення пріоритетів у рамках цільових категорій при індивідуальній амбулаторній терапії	252
Послаблення суїцидальної поведінки	252
Послаблення поведінки, яка перешкоджає терапії	254
Послаблення поведінки, яка погіршує якість життя	256
Посилення поведінкових навичок	257
Послаблення посттравматичного стресу	259
Підвищення самоповаги пацієнта та досягнення індивідуальних цілей	260
Організація психотерапевтичних сеансів за допомогою цільових пріоритетів	260
Опір пацієнта та терапевта обговоренню цільової поведінки	263
Цілі індивідуальної психотерапії та щоденникові картки	266
Тренінг навичок: ієрархія цілей	269
Підтримуючі групи: ієрархія цілей	270

Телефонні консультації: ієрархія цілей	271
Дзвінки основному терапевту	271
Дзвінки ведучим тренінгу навичок та іншим спеціалістам	273
Цільова поведінка та спрямованість психотерапевтичного сеансу: хто контролює ситуацію?	274
Змінення ієрархій цілей за інших умов	276
Відповідальність за послаблення суїцидальної поведінки	276
Відповідальність за інші цілі	277
Визначення цілей для інших форм терапії	278
Конфлікти, пов'язані із відповідальністю за цілі	280
Висновок	281

## **Частина III. Основні терапевтичні стратегії** 283

### **Розділ 7. Діалектичні терапевтичні стратегії** 285

Визначення діалектичних стратегій	287
Баланс терапевтичних стратегій: діалектика терапевтичних взаємовідносин	288
Навчання діалектичних поведінкових патернів	292
Специфічні діалектичні стратегії	293
1. Вхідження до парадоксу	294
2. Використання метафор	298
3. Техніка “адвоката диявола”	302
4. “Продовження”	303
5. Активація “мудрого розуму”	305
6. Перетворення недоліків на переваги	308
7. Важливість природних змін	309
8. Діалектичне оцінювання	310
Висновок	312
Примітки	313

### **Розділ 8. Базові стратегії: валідація** 315

Визначення валідації	317
Для чого потрібна валідація?	320
Стратегії емоційної валідації	322
1. Забезпечення можливості емоційного висловлення	324
2. Навчання спостереженню та визначенню емоцій	326
3. Читання емоцій	328
4. Повідомлення про доречність емоцій	332

Стратегії поведінкової валідації	333
1. Навчання вмінню спостерігати та позначати свою поведінку	335
2. Виявлення “повинен”	335
3. Протидія “повинен”	336
4. Прийняття “повинен”	337
5. Розчарування	338
Стратегії когнітивної валідації	338
1. Спостереження та опис думок та припущень	340
2. Розрізнення події та її інтерпретації	341
3. Пошук “крихт істини”	341
4. Визнання “мудрого розуму”	342
5. Повага до інших цінностей	342
Стратегії спрямовуючого підбадьорювання	342
1. Позитивна установка	345
2. Заохочування пацієнта	346
3. Зосередження на здібностях пацієнта	347
4. Спростування та модулювання зовнішньої критики	349
5. Похвала та втішання	349
6. Реалістичність та безпосередня робота над страхами чи нещирістю	350
7. Необхідність залишатися поруч із пацієнтом	350
Висновок	351
<b>Розділ 9. Базові стратегії: вирішення проблем</b>	<b>353</b>
Рівні вирішення проблем	353
Перший рівень	353
Другий рівень	354
Третій рівень	354
Настрій та вирішення проблем	355
Стратегії поведінкового аналізу	358
1. Визначення проблемної поведінки	361
2. Проведення ланцюжкового аналізу	363
3. Вироблення гіпотез стосовно змінних, які контролюють поведінку	372
Стратегії інсайту (інтерпретації)	373
Що і як інтерпретувати: принципи інсайту	374
1. Актуалізація	379

2. Спостереження та опис закономірностей, що повторюються	380
3. Коментування причинно-наслідкових зв'язків у поведінці пацієнта	380
4. Оцінювання труднощів прийняття чи відхилення гіпотез	381
Дидактичні стратегії	382
1. Надання інформації	383
2. Друковані матеріали	384
3. Надання інформації членам родини пацієнта	385
Стратегії аналізу рішень	385
1. Визначення цілей, потреб та бажань	387
2. Вироблення рішень	389
3. Оцінювання вироблених рішень	391
4. Вибір рішення для практичного впровадження	393
5. Виявлення можливих недоліків рішення	393
Стратегії орієнтування	394
1. Введення у роль	394
2. Вироблення нових дій	395
Стратегії зобов'язань	396
Рівні зобов'язань	396
Зобов'язання та їхнє відновлення	397
Необхідність гнучкості	399
1. “Продаж” зобов'язань: аргументи “за” і “проти”	401
2. Техніка “адвоката диявола”	401
3. Техніки торгівлі	402
4. Встановлення зв'язку між новими та старими зобов'язаннями	403
5. Надання свободи вибору за відсутності альтернатив	403
6. Застосування принципів формування, чи шейпінгу	405
7. Надія для пацієнта: спрямовуюче підбадьорювання	405
8. Угода про домашні завдання	405
Висновок	406
<b>Розділ 10. Процедури змін: причинно-наслідкові процедури (причинно-наслідкове керування та дотримання меж)</b>	407
Обґрунтування причинно-наслідкових процедур	409
Відмінність між причинно-наслідковим керуванням та дотриманням меж	411
Терапевтичні відносини як можливості	412

Процедури причинно-наслідкового керування	414
Орієнтація на причинно-наслідкове керування: огляд задач	416
1. Підкріплення цільорелевантної адаптивної поведінки	419
2. Погашення цільорелевантної неадаптивної поведінки	421
3. Застосування негативного підкріплення... із обережністю	425
Визначення дії підкріплення	436
Перевага природного підкріплення порівняно зі штучним	441
Принципи формування (шейпінгу)	442
Процедури дотримання меж	443
Обґрунтування дотримання меж	444
Межі природні та штучні	445
1. Контролювання меж	448
2. Чесність стосовно меж	449
3. Тимчасове розширення меж за необхідності	451
4. Послідовна твердість	451
5. Поєднання дотримання меж із підтримкою, валідацією та вирішенням проблем	452
Складності у дотриманні меж при роботі з межовими пацієнтами	452
Висновок	454
<b>Розділ 11. Процедури змін: тренінг навичок, терапевтична експозиція, когнітивна модифікація</b>	457
Тренінг навичок	457
Орієнтація та формування зобов'язань по тренінгу навичок: огляд задач	459
Процедури набуття навичок	460
Процедури закріплення навичок	464
Процедури генералізації навичок	468
Експозиційні процедури	476
Орієнтування та зобов'язання стосовно терапевтичної експозиції: огляд завдання	478
1. Забезпечення непідкріпленої експозиції	483
2. Блокування тенденцій дії, які асоціюються з проблемними емоціями	491
3. Блокування експресивних тенденцій, які асоціюються з проблемними емоціями	493
4. Посилення контролю над негативними подіями	494
Структуровані експозиційні процедури	495

<b>Процедури когнітивної модифікації</b>	496
Орієнтування на процедури когнітивної модифікації	499
Процедури когнітивного реструктурування	504
Висновок	511
Примітки	512
<b>Розділ 12. Стилiстичні стратегії: комунікативний баланс</b>	513
Стратегії взаємної комунікації	514
Влада та психотерапія: хто встановлює порядки?	514
1. Чутливе реагування	516
2. Саморозкриття	519
3. Тепле ставлення	527
4. Щирість	535
Необхідність у вразливості терапевта	537
Стратегії негативної комунікації	541
Діалектичні стратегії та негативізм	543
1. Нетрадиційний рефреймінг	543
2. У вир із головою	544
3. Пряма конфронтація	545
4. Підігрування пацієнту	546
5. Емоційність та мовчання	546
6. Висловлення своєї всемогутності та безсилля	546
Висновок	547
Примітки	548
<b>Розділ 13. Стратегії індивідуального керування</b>	549
Стратегії інтервенції середовища	551
Індивідуальне керування та дотримання меж	552
Фактори, що обумовлюють інтервенцію середовища	552
1. Надання інформації без участі пацієнта	557
2. Терапевт як адвокат пацієнта	557
3. Входження до оточення пацієнта для сприяння йому чи їй	557
Стратегії консультування пацієнта	558
Обґрунтування та сутність підходу консультування пацієнта	559
“Терапевтичний колектив” та “всі решта”	562
1. Орієнтування соціального оточення та пацієнта на підхід консультування пацієнта	564

2. Консультування пацієнта стосовно взаємодії з іншими спеціалістами	565
3. Консультування пацієнта стосовно взаємодії з членами сім'ї та друзями	576
Аргументи проти підходу консультування пацієнта	578
Стратегії супервізії та консультування терапевта	581
Необхідність у супервізії та консультуванні терапевта	582
1. Зібрання із супервізії та консультування терапевта	586
2. Дотримання угод із супервізії та консультування терапевта	588
3. Спрямовуюче підбадьорювання	589
4. Забезпечення діалектичної рівноваги	591
Робота над проблемою "розколу персоналу"	592
Неетична чи деструктивна поведінка терапевта	594
Конфіденційність інформації	595
Висновок	595

## **Частина IV. Стратегії для виконання особливих завдань**

### **Розділ 14. Стратегії структурування**

Контрактні стратегії: початок терапії	600
1. Проведення діагностичного оцінювання	600
2. Знайомство з біосоціальним підходом до межової поведінки	603
3. Орієнтування пацієнта на терапію	605
4. Орієнтування соціального оточення пацієнта на терапію	607
5. Обговорення терапевтичних угод та меж	608
6. Зобов'язання стосовно терапії	609
7. Аналіз основних видів цільової поведінки	610
8. Початок формування терапевтичних відносин	611
Перешкоди	612
Стратегії початку сеансу	613
1. Вітання пацієнта	614
2. Розпізнавання поточного емоційного стану пацієнта	615
3. Виправлення відносин	615
Цільові стратегії	615
1. Аналіз успіхів пацієнта з часу попереднього сеансу	616

2. Використання ієрархії цільових пріоритетів для організації психотерапевтичних сеансів	619
3. Дотримання етапів терапії	620
4. Відслідковування успіхів пацієнта в інших формах терапії	620
Стратегії закінчення сеансу	620
1. Достатній час для закінчення	622
2. Угода про домашні завдання на наступний тиждень	622
3. Підведення підсумків психотерапевтичного сеансу	622
4. Надання пацієнту аудіокасет із записами сеансів	622
5. Спрямовуюче підбадьорювання	623
6. Підтримка пацієнта	623
7. Виявлення можливих проблем	624
8. Вироблення ритуалів закінчення сеансу	624
Стратегії завершення терапії	625
1. Початок підготовки до завершення терапії: скорочення сеансів	626
2. Генералізація міжособистісної опори та її перенесення на соціальне оточення	626
3. Активне планування завершення терапії	627
4. Адекватне направлення	628
Висновок	629
<b>Розділ 15. Спеціальні терапевтичні стратегії</b>	631
Кризові стратегії	631
1. Увага до афекту, а не до змісту	632
2. Вивчення проблеми зараз	633
3. Зосередження на вирішенні проблеми	634
4. Перенесення афекту	637
5. Прийняття зобов'язань щодо плану дій	638
6. Оцінювання суїцидального потенціалу	638
7. Передбачення можливості повторення кризової реакції	638
Терапевтичні стратегії при суїцидальній поведінці	638
Терапевтична задача	639
Здійснена суїцидальна поведінка: протокол для основного терапевта	642
Загрози безпосереднього суїциду чи парасуїциду: протокол для основного терапевта	649
Поточна парасуїцидальна поведінка: протокол для основного терапевта	666

Суїцидальна поведінка: протокол для допоміжних терапевтів	669
Принципи мінімізації ризику при роботі з суїцидальними пацієнтами	671
Стратегії при поведінці, яка перешкоджає терапії	672
1. Визначення поведінки, що перешкоджає терапії	674
2. Ланцюговий аналіз поведінки, що перешкоджає терапії	674
3. Розроблення плану вирішення проблем	674
4. Реагування при відмові пацієнта змінити поведінку, що перешкоджає терапії	675
Стратегії телефонних консультацій	675
1. Приймання ініційованих пацієнтом дзвінків за певних обставин	677
2. Планування телефонних дзвінків, ініційованих пацієнтом	681
3. Телефонні контакти, ініційовані терапевтом	682
4. Телефонні дзвінки пацієнта та зворотний зв'язок на психотерапевтичних сеансах	682
Стратегії допоміжного лікування	684
1. Рекомендації допоміжного лікування у випадку необхідності	684
2. Рекомендація зовнішньої консультації для пацієнта	687
Протокол медикаментозного лікування	688
Протокол для стаціонару	692
Стратегії відносин	697
1. Прийняття відносин	700
2. Вирішення проблем у відносинах	701
3. Генералізація відносин	703
Висновок	703
Додаток 15.1. Шкала оцінювання ступеню небезпеки для життя	705
Примітки	712
<b>Список літератури</b>	<b>713</b>