

Подяки від автора

Ця книга та ця форма лікування — діалектично-поведінкова терапія (ДПТ) — з'явилися як продукт зусиль багатьох розумів та сердець. Я відчула вплив багатьох моїх колег, студентів та пацієнтів і використала чимало їхніх ідей. Було б неможливо посилатися на кожного, хто зробив свій внесок до цієї книги, але я все ж хочу віддати данину вдячності тим, чий вплив був найбільшим.

По-перше, я дізналася про багато складових ДПТ від людей, які були моїми власними терапевтами та консультантами. До них відносяться люди, яким я присвятила цю книгу, — Річард Гоуд, д-р медицини, Аллан Левенталь, д-р філософії, Джон О'Брайєн, д-р медицини, та Хелен Маклейн. Мені дуже пощастило зустріти таких чудових спеціалістів. Джеральд Дейвісон, д-р філософії, та Мартін Гоулфрід, д-р філософії, були моїми першими вчителями у поведінковій терапії. Більшу частину того, що я знаю про клінічні методи зміни поведінки, я дізналася від них, і саме їхній вплив та ідеї переважають у моїй книзі. Сильний вплив на мене здійснила й інтернатура у Службі запобігання самогубствам та психологічної кризи у Баффало. Джин Брокопп, д-р філософії, як то кажуть, із нічого створив для мене місце інтерна, у той час, коли всі решта мені відмовляли. Більшість аспектів терапії, яку я розробила, являють собою інтеграцію методів запобігання суїциду та поведінкової терапії, з одного боку, та мого досвіду учнівства у дзен — з іншого. Більшості того, що я знаю про прийняття, мене вчив (і досі це робить) мій наставник дзен, Віллігіс Ягер, який також є монахом ордену св. Бенедикта.

Більша частина моїх теоретичних вибудов стосовно психотерапії та межового розладу особистості (МРЛ) виникла завдяки тому невичерпному джерелу ідей, яке б'є на факультеті психології Вашингтонського університету. Невипадково багато хто з нас приходять до схожих ідей, працюючи у дуже різних сферах. Найбільший вплив на мене справили ідеї переконаного біхевіориста Роберта Коленберга, д-ра філософії; робота про запобігання рецидивів, що написана Аланом Марлаттом, д-ром філософії, та Джудіт Гордон, д-ром філософії; теорії розвитку та клінічні перспективи Джеральдін Доусон, д-ра філософії, Джона Готтмана, д-ра філософії, та Марка Грінберга, д-ра філософії. Ніл Джейкобсон,

д-р філософії, також розвивав багато ідей ДПТ, особливо щодо стратегій прийняття/змін, та застосовував їх у контексті терапії подружжів. Його творчі ідеї (особливо контекстуалізація прийняття у радикальній поведінковій системі) вплинули на подальший розвиток ДПТ.

Жоден професор не зможе досягнути успіху без допомоги яскравих та здібних студентів — неспокійних, сповнених сумнівів, таких, що критикують та пропонують нові ідеї. Мене це також стосується. Келлі Еган, д-р філософії, моя перша учениця у докторантурі Вашингтонського університету, додала чимало творчих ідей та викрила неспроможність моїх колишніх, менш творчих думок. Мені пощастило співпрацювати із, можливо, найкращою групою докторантів та проводити її супервізію; це Майкл Еддіс, д-р філософії, Беатрис Арамбуру, д-р філософії, Алан Фурцетті, д-р філософії, Барбара Грехем, д-р філософії, Келлі Кернер, Едвард Ширін, д-р філософії, Емі Вагнер, Дженніфер Уолц та Елізабет Воссон. Джейсон МакКларг, д-р медицини, та Джінн Блаше, дипломова на медсестра, разом із докторантами брали участь у клінічному семінарі для супервізорів. Оскільки вони дивилися на ДПТ більше з точки зору медицини, ніж психології, їм вдалося прояснити та доповнити деякі положення, що лежать в її основі. Хоча формально я навчала їх ДПТ, насправді я сама багато чого в них вчилася.

Коли я почала клінічні випробування нової форми терапії, деякі її аспекти здавалися доволі спірними. Мій співробітник та однокласник Г'ю Армстронг, д-р філософії, взяв на себе боротьбу із перешкодами. Його величезний особистий та клінічний авторитет у Сієтлі сприяв тому, що клініцисти вирішили надати нам шанс. Терапевти, які проводили дослідження, — Дуглас Оллмон, д-р філософії, Стів Клансі, д-р філософії, Декі Фідлер, д-р філософії, Чарлз Гаффіні, д-р медицини, Карен Лінднер, д-р філософії, та Алехандра Суарез, д-р філософії, — підтвердили ефективність ДПТ та водночас виявили багато недоліків у її першому варіанті. Вони створили групу, що втілила у собі дух діалектичної стратегії. Успіх клінічних випробувань частково пояснюється їхньою здатністю співчувати, зберігати душевну рівновагу та не відхилитися від принципів ДПТ, навіть перебуваючи у епіцентрі стресогенних ситуацій. Моя дослідницька група та мої співробітники, з якими я пропрацювала довгі роки, — Джон Чайлз, д-р медицини, Гайді Герд, Андре Івановф, д-р філософії, Конні Керер, Джоан Локард, д-р філософії, Стів МакКатчен, д-р філософії, Евелін Мерсьє, Стів Нільсен, д-р філософії, Кірк Штрозаль, д-р філософії, та Даррен Тутек, — надали неоціненну допомогу та

внесли багато ідей, які сприяли формуванню емпірично обґрунтованого підходу до терапії МРЛ. Не думаю, що могла б написати цю книгу, якби у моєму розпорядженні не було емпіричних доказів ефективності ДПТ. І я ніколи не отримала б цих емпіричних даних без першокласної дослідницької групи.

Мої пацієнти часто цікавляться, які ще нові терапевтичні методи я на них випробовуватиму. Вони роками демонстрували дивовижне терпіння, дозволяючи мені експериментувати із ДПТ. Вони надихнули мене своєю мужністю та стійкістю. В умовах, в яких багато інших людей не витримали б та здалися, жоден з моїх пацієнтів не здався та не відступив. Вони дуже люб'язно вказували мені на мої помилки, досягнення та давали поради з того, як покращити терапію. Найпрекрасніше у терапії межових пацієнтів те, що при роботі з ними почувашся так, ніби у кабінеті постійно присутній твій супервізор. Мої пацієнти насправді були дуже хорошими та доброзичливими супервізорами.

Серед моїх друзів багато терапевтів, які належать скоріше до психодинамічної школи, ніж когнітивно-поведінкової. Деякі з них дали мені привід для міркувань та сприяли появі цієї книги. Чарлз Свенсон, д-р медицини, психіатр Корнельського медичного центру в Уайт-Плейнс, мав мужність застосувати ДПТ у стаціонарному відділенні клініки, що використовує виключно психодинамічні методи. Ми витратили купу часу, обговорюючи технічний бік цього нововведення та шляхи подолання проблем. Ці дискусії сприяли набагато більш чіткому визначенню ДПТ. Джон Кларкін, д-р філософії, та Отто Кернберг, д-р філософії, провели порівняльне дослідження ДПТ та підходу Кернберга та спрямували мої думки у те річище, якого я, можливо, не хотіла помічати, а також допомогли мені з'ясувати свою позицію в інших моментах. Із Саллі Паркс, д-ром медицини, аналітиком юнгіанської школи та моєю подругою, ми впродовж багатьох років обговорювали юнгіанські та біхевіористичні ідеї, і багато моїх думок стосовно терапії народились саме у цих дебатах. Нарешті, моя стара подруга, Себерн Фішер, д-р медицини, одна з найкращих терапевтів, яких я знаю, вислуховувала мої ідеї та ділилась своїми міркуваннями про проблеми межових пацієнтів.

Остаточну версію книги написано у Великобританії, коли я була у творчій відпустці в Досліджувальному центрі прикладної психології при Кембриджському університеті. Мої англійські колеги — Дж. Марк Вільямс, д-р філософії, Джон Тіздейл, д-р філософії, Філіп Барнард, д-р філософії, та Една Фоу, д-р філософії, — критикували багато моїх

ідей та запропонували нові. Керолайн Мансі врятувала мене від божевілля, знову і знову передрукуючи текст майбутньої книги. Леслі Гортон, мій секретар у дослідницькому проєкті, також заслуговує на величезну подяку за те, що організовував мій час та систематизував матеріали.

Хочу подякувати науковому редакторові моїх книг Алленові Франсесу, д-ру медицини, за його сувору критику та настійливі рекомендації дотримуватися практичного підходу, наскільки це можливо. Він забезпечив діалектичну альтернативу тій “башті зі слонової кістки”, у якій я часом усамітнююсь для роботи. Зацікавленість у цій праці багато в чому пояснюється його багаторічною натхненною підтримкою. Мій брат, В. Марстон Лінехан, д-р медицини, який також займається науковими дослідженнями, постійно закликав мене “дивитись на результат”, завдяки чому я змогла завершити цю книгу. Він та його дружина, Трейсі Руо, д-р медицини, а також моя сестра, Алін Хейнз, довгі роки надавали мені неоціненну допомогу.

Матеріали, що увійшли до цієї книги, підготовлені частково за підтримки гранту №МН34486 Національного інституту психічного здоров'я. Моріс Парлофф, д-р філософії, Айрін Елкін, д-р філософії, Баррі Вулф, д-р філософії, та Трейсі Шей, д-р філософії, плекали цю роботу та боролися за неї від самого початку, і заслуговують на сердечну вдячність за успіх дослідження, на якому заснована ДПТ.

Хоча й в останню чергу, але не з меншою вдячністю я згадую редактора тексту Марі Спрейберрі. Вона творила дива, систематизуючи та уточнюючи структуру цієї книги, і з янгольським терпінням чекала, поки я схаменуся та визнаю, що вона має рацію, коли ми не погоджувалися одна з одною.

Вступ

Час від часу — дуже рідко в нашій сфері діяльності — з’являються клінічні інновації, що призводять до прориву у роботі з пацієнтами. Саме до таких інновацій належить когнітивно-поведінкова терапія межового розладу особистості, розроблена Маршею Лінехан. Я познайомився із роботою доктора Лінехан майже десять років тому — приблизно в той час, коли вона починала проводити серію систематичних наукових експериментів з метою встановлення ефективності свого підходу. Ще до того, як стали відомі позитивні результати досліджень, я був впевнений, що доктор Лінехан стоїть на порозі якогось важливого відкриття. Було дуже приємно спостерігати, як вона вдосконалювала свої методи, роблячи їх щодалі всебічнішими, практичнішими та такими, що можна застосовувати у сфері охорони психічного здоров’я у цілому.

Проблема, якою займається доктор Лінехан, — межовий розлад особистості — є дуже важливою та масштабною, вона являє собою одну з найскладніших клінічних головоломок. Індивіди із межовим розладом особистості страждають самі та завдають страждань іншим людям, часто — у найбільш болісний та драматичний спосіб. Це різновид розладу особистості, що найчастіше зустрічається у клінічній практиці, він має найвищі показники завершеного суїциду та спроб самогубства. Із індивідами, що відповідають діагностичним критеріям межового розладу особистості, надзвичайно важко працювати. Часто вони є норавливими, непокірними, а у терапевтичних відносинах схильні до надмірного скорочення чи, навпаки, збільшення дистанції. Вони провокують сильне контрперенесення у терапевта, і внаслідок цього терапевт може або зваблювати пацієнток, або відштовхувати їх, чи кидатися від однієї крайнощі до другої. “Межові” індивіди (який жажливий термін; втім, нам не вдалося знайти йому достойну заміну) також більше за інших схильні негативно реагувати на терапію. Нерідко вони намагаються накласти на себе руки чи відповідають завданням шкоди іншим на реальне чи уявне відкидання з боку терапевта (ситуація, коли терапевт пішов у відпустку, імовірно, є найбільш розповсюдженим приводом). Часто вони зв’язують терапевта по руках і ногах, в результаті кожна терапевтична інтервенція здається спеціалістові невірною та жорстокою. Зазвичай

така терапія супроводжується образами чи нападом гніву та нерідко завершується шпиталізацією.

Клініцисти, які в роботі із межовими індивідами намагаються знайти підходи до них, нерідко відчують безсилля та дезорієнтацію. Деякі клініцисти покладають всі надії на виявлення ефективного способу фармакотерапії. Однак досьгодні результати у цій галузі були досить неоднозначні. Не існує певного способу фармакотерапії нестабільності межових пацієнтів; а препарати (нейролептики, антидепресанти, літій, карбомезапін), що ефективно впливають на супутню симптоматику, спричиняють побічні дії та ускладнення. Інші клініцисти звернулись до психотерапевтичних (особливо — психодинамічних) стратегій, що розроблені для терапії межових індивідів. Однак, і в цьому випадку результати є вельми неоднозначними, а сама терапія може мати побічні ефекти та ускладнення (особливо часто зустрічаються явища перенесення та контрперенесення, що вже було згадано вище). Вірогідно, буде справедливим сказати, що терапія індивідів із межовим розладом особистості являє собою найскладнішу та найбільш важку для розв'язання проблему середньостатистичного клініциста та середньостатистичної психіатричної клініки чи стаціонарного відділення. Всі говорять про межовий розлад особистості, але складається враження, що ніхто не знає, як його лікувати.

Ніхто, крім доктора Лінехан. Вона поєднала неймовірно емпатичне розуміння внутрішнього досвіду межових індивідів та технік когнітивно-поведінкової терапії. Доктор Лінехан — творчий клініцист-новатор. Вона проаналізувала межову поведінку, розклавши її на компоненти, та розробила систематизований та інтегрований підхід до кожного з них. Її методики зрозумілі, доступні та сповнені здорового глузду як для терапевта, так і для пацієнта. Метод доктора Лінехан значно покращив мій власний підхід до терапії межових індивідів та моє розуміння цього розладу. Не сумніваюсь, що завдяки цій книзі зміниться ваша практика та значно підвищиться ефективність вашої роботи із цими людьми, що страждають та потребують допомоги.

Аллен Франсес, д-р медицини