

4

Огляд терапії: коротко про цілі, стратегії та припущення

Важливі кроки в терапії

Якщо говорити коротко, ДПТ є дуже простою. Замість того, щоб звинувачувати пацієнта, терапевт створює контекст, що валідує, в рамках якого блокує чи усуває “погану” поведінку, “дістає” з пацієнта “добре” та знаходить спосіб зробити останнє настільки підкріплюваним, що пацієнт дотримується його та відмовляється від “поганого” [1].

На самому початку складається список “поганих” та “хороших” видів поведінки (за ступенем важливості). Рішучість (хай навіть не на повну силу) прагнути досягнення поведінкових цілей ДПТ — обов’язкова вимога до пацієнта. Обов’язкові характеристики терапевта — співчуття, настійливість, терпіння, віра у дієвість терапії, що переважає переконання пацієнта у її неефективності, а також деяка готовність до ризику. Щоб розв’язати ці задачі, треба вдатися до певних дій, які обговорюються нижче.

Підготовка: як привернути увагу пацієнта

Обговорення цілей та орієнтація пацієнта на терапію

Вкрай важливим є дійти згоди стосовно цілей та спільних терапевтичних процедур між терапевтом та пацієнтом ще до початку терапії. На цьому етапі терапевт має привернути увагу пацієнта та допомогти йому чи їй зацікавленості. ДПТ надає великого значення порядку та важливості різноманітних терапевтичних цілей (докладніше про

це — у розділі 5). На першому місці — суїцидальна, парасуїцидальна та інші види поведінки, що небезпечні для життя людини. Друге місце посідають типи поведінки, що перешкоджають терапевтичному процесу. На третьому місці за важливістю — проблеми, які виключають можливість досягнення прийнятної якості життя. На всьому протязі терапії пацієнт навчається використанню навичок здолання стресу, які мають замінити звичні, дисфункційні реакції. Четверта з найважливіших задач — стабілізація цих поведінкових навичок. Щойно у цих сферах вдається досягнути деякого успіху, на перше місце за важливістю виходить завдання зі зняття посттравматичного стресу, а далі — допомога пацієнтові у досягненні стійкого прийняття власних почуттів та самоповаги.

Пацієнти, які не дають зобов'язання працювати над послабленням суїцидальної та парасуїцидальної поведінки, міжособистісних стилів, що перешкоджають терапії, а також над розвитком поведінкових навичок, не підлягають лікуванню. (По мірі того, як у терапії настає прогрес, необхідна згода пацієнта працювати над досягненням наступних цілей ДПТ). Майбутніх пацієнтів знайомлять з іншими аспектами терапії, включно зі способами її проведення та основними правилами. Пацієнти, які не приймають мінімальних вимог (вони описані нижче у цьому ж розділі), не підлягають терапії. Якщо програма, в межах якої здійснюється терапія, не передбачає юридичної чи етичної можливості відмовити пацієнту, необхідно створити “програму в програмі”, яка забезпечила б таку можливість. Пацієнтам нагадують про попередні зобов'язання виконувати умови ДПТ кожного разу, коли пацієнти намагаються порушити чи змінити правила. Також і пацієнт має право нагадувати клініцистові про його чи її зобов'язання стосовно терапії.

Встановлення відносин

Терапевт від самого початку має працювати над встановленням міцних, позитивних міжособистісних стосунків із пацієнтом. Це вкрай важливо, оскільки відносини з терапевтом часом виступають єдиним підкріпленням, яке допомагає індивіду з МРЛ керувати собою та змінювати поведінку. Що стосується пацієнтів із високою суїцидальністю, іноді саме відносини з терапевтом залишаються єдиною ниточкою, що пов'язує їх із життям. Нарешті, подібно до багатьох шкіл психотерапії, ДПТ виходить із припущення, що досвід щирого прийняття, уваги та турботи з боку терапевта має самостійну цінність, не кажучи вже про зміни, які досягаються в результаті терапії [Linehan, 1989]. Ви мало чого досягнете у ДПТ, не сформувавши необхідних відносин.

Щойно відносини встановлено, терапевт починає привчати пацієнта до думки про те, що правила змінились. Якщо до цього пацієнт міг вважати, що у випадку покращення йому доведеться розлучитися із терапевтом, то тепер йому дають зрозуміти, що без покращень це відбудеться набагато скоріше: “Неетично продовжувати неефективну терапію”. Дехто називає діалектичну поведінкову терапію “терапією шантажу”: терапевт пропонує пацієнту якісні стосунки, намагаючись домогтися від нього чи неї покращення поведінки. Якщо терапевт не може досягнути певного міжособистісного впливу, необхідного для стимуляції змін, то коло учасників терапевтичного процесу слід розширити, включивши до нього осіб, що мають вплив, який для цього потрібний. Наприклад, коли йдеться про підлітків, може виникнути необхідність у сімейній терапії.

Важливість дотримування діалектичних принципів

Основна діалектична напруга у ДПТ створюється між зміною та прийняттям. Парадокс полягає у тому, що терапевтичні зміни можуть мати місце лише у контексті прийняття того стану речей, який існує; однак “прийняття існуючого стану речей” як таке — це вже зміна. Тому ДПТ вимагає, щоб терапевт врівноважував зміну та прийняття у кожній взаємодії із пацієнтом. Стратегії ДПТ можна класифікувати за їхнім тяжінням до діалектичних полюсів зміни або прийняття. Ще один аспект діалектичної напруги — чергування контролю та вільного режиму. Терапевт контролює терапію (а іноді і пацієнта), щоб допомогти пацієнтові врешті-решт домогтися свободи та самоконтролю. Дотримування діалектичних принципів також вимагає від терапевта моделювання та підкріплення діалектичних стилів реагування. Здійснюється конфронтація поведінкових крайнощів (емоційних, когнітивних або зовнішніх реакцій), відбувається навчання новим, більш діалектично збалансованим реакціям.

Застосування основних стратегій: валідація та вирішення проблем

Основа терапії — застосування стратегій вирішення проблем, що збалансовані стратегіями валідації. Це ті “гойдалки”, з якими я порівнювала терапевтичний процес у розділі 1. З позиції пацієнта неадаптивна поведінка часто виступає способом вирішення проблем, розв’язання чи усунення яких він чи вона бажає. Однак з точки зору терапевта саме

неадаптивна поведінка як така представляє собою проблему, яку необхідно розв'язати.

Валідація

Існує два види валідації. Що стосується першого різновиду, терапевт знаходить сенс, правильність чи цінність у емоційних, когнітивних чи зовнішніх реакціях індивіда. Дуже важливий момент тут полягає у виділенні цих поведінкових реакцій, їхніх складових та патернів, що мають сенс у контексті поточних подій, які з ними співвіднесені. Головний сенс емоційних страждань та неадаптивної поведінки у індивідів з МРЛ полягає у неприйнятті власних почуттів. Таким чином, терапевтичні зміни не можуть бути досягнуті без прийняття пацієнтом власних почуттів. Лікування, спрямоване виключно на зміну пацієнта, не забезпечує пацієнтові валідації. Другий тип валідації стосується до бачення та віри терапевта у внутрішню здатність пацієнта вибратись із того безперервного страждання, на яке перетворюється його чи її життя, та побудувати нове, достойне життя. У ДПТ терапевт знаходить сильні сторони пацієнта та робить ставку на них, а не на його чи її слабкості. Терапевт вірить і в терапію, і у пацієнта.

Вирішення проблем

Основні стратегії змін — ті, що стосуються до вирішення проблем. Цей набір стратегій включає: 1) проведення поведінкового аналізу відповідної проблемної поведінки; 2) аналіз рішення з пошуком альтернативних поведінкових рішень; 3) орієнтування пацієнта на запропоноване рішення; 4) досягнення рішучості пацієнта слідувати терапевтичним процедурам, що рекомендуються; 5) застосування терапії.

Поведінковий аналіз полягає у покроковому аналізі, спрямованому на визначення подій, що викликають неадаптивну поведінку або сприяють їй, а також функціональному аналізі для визначення можливих стресових ситуацій, що підкріплюють неадаптивну поведінку. Процес та результати поведінкового аналізу підводять до аналізу методу вирішення: терапевт та (бажано) пацієнт знаходять альтернативні поведінкові реакції та розробляють терапевтичний план, спрямований на зміну відповідних поведінкових проблем. При цьому вирішуються такі питання.

1. Чи має індивід потенційну можливість реагувати у більш адаптивний спосіб та зробити своє життя більш прийнятним? Якщо ні, то які поведінкові навички для цього необхідні? Ці питання

фокусують увагу на процедурах навчання навичкам. Виділяють п'ять категорій навичок: “основні” навички психічної залученості, перенесення дистресу, емоційна регуляція, міжособистісна ефективність та керування собою. (Докладніше про ці навички говориться у розділі 5).

2. Які саме існують підкріплюючі стресові ситуації? Чи можна вважати проблему результатом підкріплюючих наслідків неадаптивної поведінки або негативних чи нейтральних наслідків адаптивної поведінки? У будь-якому випадку розробляються процедури керування цими факторами. Завдання полягає у тому, щоб допомогтися позитивного підкріплення “хорошої” поведінки, негативного підкріплення чи усунення “поганої” поведінки та засвоєння пацієнтом нових правил.
3. Якщо адаптивна поведінка вирішення проблем існує, то чи не стримується її застосування надмірним страхом чи почуттям провини? Чи не страждає пацієнт на емоційну фобію? Якщо так, показано експозиційну терапію.
4. Якщо адаптивна поведінка вирішення проблем існує, то чи не стримується чи ускладнюється її застосування помилковими уявленнями та припущеннями? Якщо так, то показано застосування програми когнітивної модифікації.

У більшості випадків поведінковий аналіз виявить дефіцит навичок здолання стресу, підкріплення стресових ситуацій, стримування емоцій, що виникає внаслідок страху та почуття провини, а також помилкові уявлення та припущення. Відповідно, виникне необхідність у терапевтичній програмі, що включає навчання навичкам здолання стресу та керування кризовими ситуаціями, експозиційні стратегії та когнітивну модифікацію. Однак поведінкова мета кожної стратегії залежить від результатів поведінкового аналізу.

Врівноваження міжособистісних стилів комунікації

ДПТ поєднує та врівноважує два різних міжособистісних комунікативних стилі: “негативний” та “взаємний”. Негативна комунікація розрахована на те, щоб змусити пацієнта, образно кажучи, “зійти з рейок”. Реакції терапевта здаються не такими, що відповідають повідомленням пацієнта, іноді пацієнти вважають реакції терапевта “дивними”, оскільки терапевт переносить проблему, що розглядається, до нового контексту,

який відрізняється від звичного контексту, що використовує пацієнт. Основна ідея полягає у тому, щоб вивести пацієнта зі стану рівноваги та переналаштувати баланс. Взаємна комунікація, навпаки, передбачає душевне тепло, емпатію та чутливість терапевта. Сюди входить і терапевтичне саморозкриття, що застосовується терапевтом, щоб змодельювати здолання проблем та нормативні реакції на повсякденні ситуації.

Сполучення стратегій консультивання пацієнта та інтервенцій середовища

ДПТ є характерною тим, що у ній віддається перевагу підготовці пацієнта до самостійного керування своїми справами (підхід консультивання пацієнта). Сенс цього підходу полягає у тому, що замість інтервенцій, що мають на меті розв'язання проблем за пацієнта, чи координації лікування із іншими професіоналами, спеціаліст з ДПТ вчить пацієнта самостійно поратися з проблемами. Такий підхід безпосередньо виходить із віри терапевта у пацієнта. Проблеми та недоречні дії інших спеціалістів (навіть якщо вони входять до терапевтичного колективу ДПТ) розглядаються як можливості для навчання. Стратегії консультивання пацієнта складають основну частину методів у ДПТ. Інтервенції середовища з метою змін, розв'язання проблем чи координування терапії в інтересах пацієнта застосовуються замість стратегій консультивання пацієнта та для їхнього врівноваження, якщо: 1) результат є вкрай важливим; 2) пацієнт явно не має можливості досягнути його.

Терапія терапевта

Робота в рамках ДПТ може бути надзвичайно складною для терапевта, що має справу із межовими індивідами. Важливий аспект ДПТ — терапія для самого спеціаліста за допомогою супервізії, обговорення клінічних випадків та за допомогою терапевтичного колективу. Функція консультивальної групи з обговорення клінічних випадків полягає у тому, щоб втримати терапевта в рамках терапії. Припущення, що терапія пацієнтів з МРЛ має здійснюватися індивідуально, поза колективом, є щонайменше ризикованим. Терапія терапевта є невід'ємною складовою ДПТ.

Форми терапії

Я використовую термін “форми”, маючи на увазі різноманітні компоненти терапії, які у сукупності складають ДПТ, а також способи

їхнього застосування. В принципі, ДПТ може здійснюватись за допомогою будь-якої форми терапії. В рамках нашої дослідницької програми, спрямованої на виявлення валідності ДПТ як амбулаторної терапії, робота здійснювалась в чотирьох основних формах, що застосовуються одночасно: індивідуальна психотерапія, груповий тренінг навичок, телефонне консультування та консультування з окремих клінічних випадків для терапевтів. Крім того, більшість пацієнтів отримували додаткову терапію. Залежно від умов застосування (наприклад, приватна практика чи стаціонарне лікування у клініці), може виникнути необхідність у розгортанні цих форм терапії чи, навпаки, у їхньому скороченні.

Індивідуальна амбулаторна психотерапія

В “стандартній” діалектичній поведінковій терапії (тобто, первинній версії ДПТ) кожним пацієнтом займається індивідуальний терапевт — член терапевтичного колективу, який закріплений за даним пацієнтом. Всі решта форми терапії так чи інакше пов’язані з індивідуальною. Індивідуальний терапевт відповідає за допомогу пацієнтові у пригніченні неадаптивної, межової поведінки та її заміні на адаптивні, корисні реакції. Терапевт, що займається індивідуальною психотерапією, ретельно стежить за мотиваційними моментами, включно із особистими факторами та факторами середовища, що стримують ефективну поведінку та викликають і підкріплюють неадаптивну поведінку.

Сеанси індивідуальної амбулаторної психотерапії зазвичай проводяться раз на тиждень. На початковому етапі роботи та у періоди криз терапія може проводитись двічі на тиждень, як правило, лише за скороченою програмою, хоча для деяких пацієнтів такий режим є навіть кращим. Сеанси зазвичай тривають від п’ятдесяти-шістдесяти до дев’яноста — ста десяти хвилин. Більш тривалі сеанси (так звані “подвійні”) проводяться з пацієнтами, яким складно емоційно “розігрітись” та потім “вистигнути” за більш короткий час. Довжина сеансу може змінюватись протягом всього періоду лікування залежно від конкретних терапевтичних задач, які необхідно вирішити. Наприклад, звичайний психотерапевтичний сеанс може тривати шістьдесят хвилин, однак коли планується терапевтична експозиція пацієнтові подразників, що асоціюються із перенесеним насильством, для сеансу може відводиться більше часу — дев’яноста — сто двадцять хвилин. Або ж на якийсь період часу може плануватись один подвійний сеанс та звичайний (або один

скорочений сеанс для “перевірки”). Безпосередньо під час психотерапевтичного сеансу клініцист може прийняти рішення про його продовження чи скорочення, щоб підкріпити терапевтичну роботу пацієнта чи покарати уникання. Якщо не виходить подовжити сеанс через можливі накладання у розкладі, можна у зручний час того ж дня провести телефонну консультацію чи призначити зустріч наступного дня. Доречним також є призначати зустрічі з пацієнтами, які часто потребують більш довгих сеансів, на кінець робочого дня. Основна ідея полягає у тому, щоб тривалість сеансу відповідала насущним терапевтичним задачам, а не визначалася настроєм пацієнта чи клініциста. Іноді від терапевта потрібний творчий підхід до вирішення проблем.

В умовах клінічного лікування чи наукового експерименту закріплення пацієнтів з МРЛ за певними терапевтами може бути поєднане з особливими труднощами. Багато індивідів з МРЛ мають досвід “невдалих” терапевтичних відносин, у них формуються стійкі уявлення про те, якою людиною має бути їхній терапевт. У терапевтів можуть існувати рівною мірою стійкі уявлення про ті якості, які повинні мати їхні майбутні пацієнти. Багато пацієнток, що стали жертвами сексуального насильства, воліють, щоб з ними працювали спеціалісти-жінки. В нашій клініці під час інтерв’ю при прийомі ми надаємо майбутнім пацієнтам інформацію про те, які терапевти у нас працюють, та цікавимось уподобаннями наших клієнтів. Індивідуальний терапевт закріплюється за кожним пацієнтом після вивчення терапевтичним колективом результатів інтерв’ю при прийомі, історії хвороби та скарг кожного індивіда. Хоча я підтримую ідею про бесіду пацієнта та терапевта для прийняття інформованого рішення про спільну роботу, в нашій клініці таку процедуру неможливо здійснити. Замість цього проводиться кілька структурованих сеансів, щоб кожний пацієнт та терапевт могли вирішити, чи здатні вони до співпраці. Пацієнт може попросити, щоб за ним закріпили іншого терапевта, якщо той є доступним для роботи та згодним на це. Однак пацієнт не зможе брати участь у інших елементах терапевтичної програми, якщо відмовиться від індивідуальної терапії з одним спеціалістом та не налагодить терапевтичного альянсу з іншим (як в нашій клініці, так і поза нею).

Тренінг навичок

Всі пацієнти у перший рік терапії мають пройти структурований тренінг навичок. З особистого досвіду мені відомо, що в контексті

індивідуальної психотерапії, спрямованої на зниження мотивації суїцидальної та інших видів межової поведінки, тренінг навичок у пацієнтів з МРЛ являє надзвичайну складність. Необхідність у кризових втручаннях та постійній увазі до інших важливих проблем зазвичай виключають можливість тренінгу навичок. Нелегко забезпечити й достатню увагу до мотиваційних факторів в контексті лікування з жорстким контролем терапевтичної програми, що необхідно для тренінгу навичок. Вирішенням цієї проблеми стало розділення терапії на дві складові; вони або проводяться різними терапевтами, або застосовуються одним і тим самим клініцистом, але у різних формах. Щодо нашої програми, пацієнти не можуть проходити тренінг навичок без супутньої індивідуальної психотерапії. Індивідуальна психотерапія необхідна для того, щоб допомогти пацієнтові інтегрувати навички, яких він чи вона набули, до повсякденного життя. Середньостатистичний індивід з МРЛ не може замінити дисфункційні, межові копінг-стилі на ефективне поведінкове подолання, якщо не пройде інтенсивної індивідуальної підготовки.

Тренінг навичок у ДПТ проводиться у психоосвітньому форматі. В рамках нашої програми він зазвичай здійснюється у відкритих групах, які зустрічаються раз на тиждень, зустріч триває від двох до двох з половиною годин. Можливі й інші формати. У деяких клініках проводяться два сеанси на тиждень, по годині кожний (одна година для аналізу домашніх завдань, друга — для викладання матеріалу). У великих клініках може проводитись одна загальна зустріч на тиждень для надання нового матеріалу та одна щотижнева зустріч чисельних малих груп для аналізу домашніх завдань. У невеликих клініках та у приватних психіатрів групи можуть бути малочисельні, а зустрічі — більш короткі.

Хоча мої колеги і я зазвичай включаємо до групи від шести до восьми пацієнтів, мінімальна кількість учасників групи — двоє людей. Пацієнт, який з певних причин не має можливості відвідувати групові заняття, може проходити індивідуальний тренінг навичок. З власного досвіду можу сказати: краще, коли індивідуальним тренінгом навичок займається інший спеціаліст; інакше спостерігається тенденція (якій особисто мені, наприклад, важко опиратися) до перетворення тренінгу навичок на індивідуальну психотерапію. Якщо індивідуальний терапевт все ж перетворює тренінг навичок на психотерапію, слід проводити окремі сеанси, що жорстко структуровані для тренінгу навичок. Програму послідовного тренінгу навичок описано у “Посібнику з тренінгу навичок при терапії межового розладу особистості”.

Підтримуюча групова психотерапія

По завершенні тренінгу навичок пацієнти у моїй програмі можуть за бажанням приєднатися до підтримуючих терапевтичних груп; ці групи відкриті та діють постійно. Зазвичай пацієнти приєднуються до груп тимчасово, але можуть повертатися до групи, якщо є необхідність. Виключення становлять найбільш просунуті групи, у яких групова психотерапія може стати первинною формою довгострокової терапії для деяких пацієнтів. Вступ до таких груп докладніше описано у “Посібнику з тренінгу навичок...”.

Хоча я не збирала емпіричних даних з цього питання, цілком імовірно, що описана вище індивідуальна психотерапія може дублюватися у контексті групової психотерапії. В такому випадку групова ДПТ доповнює чи заміщує індивідуальну.

Телефонне консультування

Важлива складова ДПТ — телефонне консультування з індивідуальним терапевтом у проміжках між психотерапевтичними сеансами. Це пояснюється декількома причинами. По-перше, багатьом суїцидальним індивідам та пацієнтам з МРЛ надзвичайно складно адекватно висловити свою потребу у допомозі. Декому заважає страх, сором чи переконання у тому, що вони не заслуговують на допомогу або їхні потреби “неправильні”; замість цього вони можуть вдаватися до парасуїцидальної поведінки чи інших видів кризової поведінки як “крику про допомогу”. Іншим пацієнтам не важко просити про допомогу, але вони роблять це у такій вимогливій чи образливій манері, що потенційні суб’єкти допомоги почуваються об’єктами маніпуляцій; пацієнти можуть використовувати й інші неефективні стратегії. Телефонні консультації розраховані на те, щоб забезпечити сприятливі умови для зміни цих дисфункційних патернів. По-друге, пацієнти часто потребують допомоги для інтегрування поведінкових навичок ДПТ до їхнього повсякденного життя. Суїцидальні пацієнти часто потребують більшого об’єму терапевтичного спілкування, ніж може бути надано в рамках одного індивідуального сеансу (і тим паче в рамках одного групового заняття з формування навичок) на тиждень, особливо під час кризи, коли вони не можуть впоратися із проблемами, що виникають, без сторонньої допомоги. В ході телефонної консультації пацієнт може отримати відповідні вказівки терапевта, необхідні для генералізації навичок. По-третє, проведення телефонної консультації

безпосередньо після конфліктних ситуацій дає пацієнтам можливість відновити атмосферу довірчих терапевтичних відносин, не чекаючи на наступну особисту зустріч із терапевтом.

У програмах денного стаціонару, у стаціонарних психіатричних відділеннях та резиденційних установах телефонні консультації якоюсь мірою можуть замінюватись спілкуванням з персоналом середньої ланки. При амбулаторному лікуванні телефонним консультуванням в рамках ДПТ іноді можуть займатися інші терапевти. Це особливо стосується перших двох цілей телефонної консультації (навчання тому, як правильно просити про допомогу та приймати її, а також навчання генералізації навичок).

Консультації з окремих клінічних випадків

Немає жодних сумнівів: лікування пацієнтів з МРЛ для терапевта поєднане із сильним стресом. Багато терапевтів швидко “вигорають”. Інші (через свою недалекоглядність, я думаю) демонструють ятрогенну поведінку. Як видно із наступного розділу, одне з припущень ДПТ полягає у тому, що у терапевтів часто спостерігається проблемна поведінка, яку пацієнт ставить їм у вину. Така поведінка терапевта цілком зрозуміла. Пацієнти з МРЛ створюють надзвичайні труднощі для терапевта, вимагаючи негайного полегшення їхніх страждань; терапевт іноді відчуває сильний тиск, що змушує його чи її робити серйозні (та часом — різкі) зміни у лікуванні, навіть якщо воно могло бути ефективним за більш довгого застосування. Часом терапевт реагує на цей тиск прямо протилежним чином, відмовляючись вносити до терапії будь-які зміни. Якщо жоден з цих підходів не допомагає і страждання пацієнта не припиняються, терапевт може перейти до “звинувачення жертви”. Стрес, що супроводжує лікування високосуїцидальних пацієнтів, може призвести до формування циклічного патерну: задоволення, що супроводжується покаранням, яке в свою чергу супроводжується примиренням тощо.

Проблеми, пов’язані зі здійсненням терапії, вирішуються на консультативних зустрічах спеціалістів, що практикують ДПТ. У цих зустрічах беруть участь всі терапевти (як індивідуальні, так і групові), які використовують діалектичну поведінкову терапію для лікування індивідів з МРЛ. Подібно до вимоги про обов’язковий тренінг навичок для пацієнтів, спеціалісти з ДПТ мають проходити супервізії чи консультування у досвідчених спеціалістів, індивідуально чи у групі

(особисто я віддаю перевагу останньому). У перший рік терапії як групі, так і індивідуальні терапевти мають відвідувати одні й ті самі зустрічі. У амбулаторії, денному стаціонарі чи у стаціонарному відділенні, де застосовується ДПТ, всі члени терапевтичного колективу мають відвідувати одні й ті самі зустрічі. Консультативні зустрічі для терапевтів проводяться раз на тиждень.

Допоміжне лікування

Пацієнтам з МРЛ іноді недостатньо щотижневих сеансів індивідуальної психотерапії, тренінгу навичок та телефонних консультацій. Наприклад, деякі пацієнти можуть потребувати фармакотерапії, денного стаціонару, професійного чи сімейного консультування, термінової шпиталізації тощо. Багато хто також може приєднатися до таких суспільних організацій, як “Анонімні алкоголіки”. ДПТ не забороняє додаткового професійного чи непрофесійного лікування.

Якщо допоміжне лікування здійснюється клініцистом, який регулярно відвідує консультативні зустрічі та застосовує методи ДПТ, то ДПТ інтегрує його чи її у якості однієї зі складових. Хоча я не робила протоколів ДПТ для цих додаткових компонентів, такі протоколи, засновані на принципах ДПТ, можуть (та мають) бути розроблені. Наприклад, наразі ДПТ адаптується для денного стаціонару, а також для кризових програм та довгострокових стаціонарних програм [Barley et al., in press]. Як правило, допоміжне лікування здійснюється клініцистами, що працюють у рідчизні інших теоретичних напрямів. Але навіть якщо воно проводиться спеціалістом з ДПТ, він чи вона може не мати умов для регулярних консультацій з терапевтичним колективом. У цьому випадку лікування, яке проводиться цим терапевтом, розглядається як додаткове по відношенню до основної ДПТ. Існують особливі протоколи для додаткового використання фармакотерапії та кризової шпиталізації; вони описані у розділі 15. Принципи взаємодії спеціалістів з ДПТ зі спеціалістами, що здійснюють допоміжне лікування, обговорюються у розділі 13.

Припущення стосовно індивідів з МРЛ та терапії

Найголовніше, що треба враховувати при розгляді припущень, — це те, що вони саме цим і є — припущеннями, а не фактами. Тим не менше прийняття припущень, описаних нижче, і дії відповідно до них можуть

стати у нагоді при терапії пацієнтів з МРЛ. Ці принципи складають контекст терапевтичного планування.

1. Пацієнти роблять все можливе

Перше філософське припущення ДПТ полягає у тому, що всі люди у будь-який момент часу роблять все, на що вони здатні. Мій досвід підказує, що пацієнти з МРЛ зазвичай докладають відчайдушних зусиль, намагаючись змінитися. Однак часто-густо ці зусилля не супроводжує жоден відчутний успіх, та й намагання пацієнтів домогтися контролю над своєю поведінкою, як правило, не вельми помітні. Оскільки поведінка пацієнтів часто є нестерпною для оточуючих, незрозумілою і такою, що не піддається контролю, дуже спокусливим є припустити, що індивіди з МРЛ не докладають ніяких зусиль. Іноді самі пацієнти, коли їх питають, говорять, що недостатньо старалися. Ці пацієнти прийняли соціальну інтерпретацію своїх поведінкових проблем. Тенденція багатьох терапевтів спонукати пацієнтів до більших зусиль чи давати зрозуміти пацієнтам, що вони не стараються як слід, може стати для останніх дуже важким досвідом інвалідації. (Це, однак, не говорить про те, що в рамках продуманої та обґрунтованої стратегії терапевт не має використовувати подібного типу тверджень для впливу на пацієнта).

2. Пацієнти хочуть змін на краще

Друге припущення впливає з першого та перекликається із висновком, до якого приходять терапевти, що працюють із суїцидальними індивідами: якщо вони благають про допомогу, значить, вони хочуть жити. Інакше навіщо просити про допомогу? Пацієнти з МРЛ настільки звикли чути, що їхні поведінкові невдачі та труднощі, що перешкоджають терапії, викликані нестачею мотивації, що самі починають у це вірити. Припущення, що пацієнт хоче домогтися змін на краще, звісно ж, не виключає аналізу всіх чинників, що заважають мотивації до покращень. Стимування, викликане страхом чи соромом, дефіцит поведінкових навичок, помилкові уявлення про результати поведінки та фактори, що підкріплюють поведінкову регресію, мають велике значення. Припущення терапевта, що невдачі у досягненні суттєвих чи швидких покращень пояснюються відсутністю наміру, у найліпшому випадку представляє собою приклад хибної логіки, а у найгіршому — стає ще одним фактором, що перешкоджає мотивації пацієнта.

3. Пацієнтам треба домагатися більших успіхів, докласти більше зусиль та мати більш високу мотивацію до змін

На перший погляд може здатися, що третє припущення протирічить першим двом, однак я так не вважаю. Той факт, що пацієнти з МРЛ роблять все, що можуть, та хочуть домогтися покращень, зовсім не означає, що їхні зусилля та мотивація є достатніми для досягнення мети; часто буває, що геть ні. Тому завдання терапевта — аналізувати фактори, що стримують чи перешкоджають мотивації та зусиллям пацієнта, спрямованим на досягнення покращень, а далі використовувати стратегії вирішення проблем, щоб допомогти пацієнту збільшити зусилля та посилити свою мотивацію.

4. Пацієнти можуть бути не винні у всіх своїх проблемах, але у будь-якому випадку їм доведеться їх вирішувати

Четверте припущення озвучує віру в те, що пацієнт з МРЛ має змінювати власні поведінкові реакції та своє оточення, щоб його чи її життя стало кращим. Пацієнт не досягне покращень, якщо просто прийде до терапевта, розбереться у своїй проблемі, прийматиме ліки та отримуватиме підтримку спеціаліста, зможе встановити ідеальні терапевтичні відносини чи просто віддасть себе на милість Богу. Найголовніше те, що сам терапевт не може врятувати пацієнта. Хоча це правда, що пацієнт не в змозі змінитися самостійно і що він потребує допомоги, лєвова частка роботи все ж таки залишається йому. Якби ж то це було не так! Ми б рятували пацієнтів без їхньої участі. Дуже важливо, щоб спеціаліст з ДПТ зрозуміло пояснив цю умову пацієнтові, особливо — у кризові періоди.

5. Життя суїцидальних індивідів з МРЛ у нинішньому вигляді нестерпне

П'ята гіпотеза полягає у тому, що незадоволення пацієнтів з МРЛ своїм життям, яке вони часто озвучують, цілком виправдане. Пацієнти дійсно терплять пекельні страждання. Якщо серйозно ставитися до скарг пацієнтів та їхнього опису свого життя, таке припущення є очевидним. Враховуючи цей факт, єдиним рішенням проблеми залишається зміна їхнього життя.

6. Пацієнти мають навчатися новим поведінковим патернам у всіх ситуаціях

Функціонування індивідів з МРЛ залежить від настрою, тому вони мають домагатися значних змін у своїх копінг-стратегіях — не лише у стані емоційної рівноваги, але й у кризових емоційних станах. За деякими виключеннями, ДПТ зазвичай не підтримує шпиталізацію, навіть у кризові періоди, оскільки шпиталізація передбачає ізоляцію індивідів від оточення, у якому вони мають навчатися застосуванню нових навичок. ДПТ також не вельми вітає ситуацію, коли терапевт починає діяти за пацієнта, коли стрес сягає критичного рівня чи здається нестерпним. Період стресу — час для засвоєння нових способів його подолання.

Те, що спеціаліст не має діяти *за* пацієнта, не означає, що терапевт не має турбуватися *про* пацієнта. Завдання терапевта у кризовий період — ані на крок не відходити від пацієнта, підбадьорювати його та давати корисні поради. Такий підхід, коли терапевт робить все можливе, щоб у кризовий період відкрити внутрішні ресурси пацієнта, а не діяти за нього, може призвести до ризикованих ситуацій. Припущення можливості суїциду — важлива умова проведення ДПТ. Альтернатива ризику не дуже приваблива — пацієнт залишається живий, але його життя буде, як і раніше, наповненим нестерпним емоційним болем.

7. Пацієнти не винні у невдалій терапії

Сьоме припущення полягає у тому, що у випадку передчасного припинення терапії, відсутності прогресу у ній чи погіршення стану пацієнта при проходженні ДПТ винен або терапевт, або терапія, або вони обидва. Якщо робота проводиться згідно протоколу, а стан пацієнта все ж не покращується, неспроможність приписується самій терапії. Це суперечить думці багатьох клініцистів про те, що якщо пацієнт передчасно припиняє терапію чи у ній не спостерігається прогресу, слід пояснювати невдачу недостатньою мотивацією пацієнта. Навіть якщо це припущення є вірним, терапія має підвищувати мотивацію пацієнта настільки, щоб забезпечити прогрес лікування.

8. Терапевти, які працюють із межевими пацієнтами, потребують підтримки

Як я вже неодноразово згадувала, індивіди з МРЛ являють собою одну з найскладніших категорій психіатричних пацієнтів. Терапевт

знову й знову припускається помилок, які заважають лікуванню. Деякі проблеми є результатом сильного бажання пацієнтів якнайшвидше позбутися страждання. Часто терапевт здатний притамувати емоційний біль, однак такі його дії нерідко заважають досягненню довгострокових цілей. Терапевт часто-густо розривається між вимогами негайної допомоги та необхідністю досягнення перспективних терапевтичних задач. Існує й багато інших факторів, які заважають спеціалістові залишатися у терапевтичних рамках. Щоб допомогти терапевтові не збитися з курсу, необхідна підтримка групи супервізії та консультивання, всього терапевтичного колективу, супервізору.

Особливості терапевта та його навички

У даному контексті під “особливостями терапевта” маються на увазі його чи її установки та міжособистісні позиції, що переважають, по відношенню до пацієнта. Якщо говорити коротко, терапевт має врівноважити здібності та недоліки пацієнта, послідовно та гнучко синтезуючи стратегії прийняття та опіки зі стратегіями змін та вимог. Спонування до змін має поєднуватись із безмежним терпінням. Оскільки ДПТ характеризується вираженим діалектичним ухилом, терапевт не має боятися двоїстості та парадоксальності, що притаманні стратегіям ДПТ. Терапевтам, які прагнуть до чорно-білих цілей, методів та понять, ДПТ може здатися суперечливою, особливо коли вони зіткнуться із парадоксальною необхідністю контролювати деструктивну поведінку пацієнтів і в той самий час розвивати їхню впевненість у своїх силах та стимулювати їхню готовність покладатися на себе.

Необхідні характеристики терапевта представлені на рис. 4.1. Хоча їх зображено як біполярні ознаки, ДПТ говорить про синтез чи рівновагу між полюсами; таким чином, схематично позицію терапевта може бути представлено як центр кожної осі, або точку їхнього перетину. Синтез прийняття та змін являє собою основний діалектичний баланс, якого треба досягти у ДПТ. Два інших виміри — незламна стійкість та співчутлива гнучкість, доброзичлива вимогливість та опіка — просто відображають основне.

Прийняття та зміни

Перша зміна обговорюється протягом усієї книги: баланс спрямованості на прийняття та досягнення змін. Під “прийняттям” я розумію

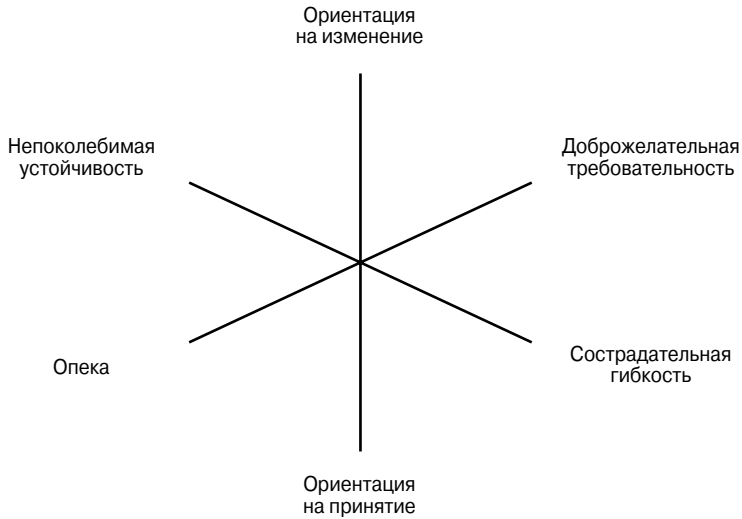


Рис. 4.1. Вимоги до клініциста, що практикує ДПТ

дещо доволі радикальне, а саме — прийняття як пацієнта, так і терапевта, як терапевтичних відносин, так і терапевтичного процесу у тому вигляді, у якому вони перебувають у даний момент. Це не прийняття заради змін, інакше це була б стратегія зміни. Скоріше, прийняття передбачає готовність терапевта знайти внутрішній сенс та “правильність” у ситуації, що існує, та її учасниках та повністю зануритися у досвід — без критики, звинувачення чи маніпулювання. Однак, як вже згадувалося, життя є безперервною зміною, й будь-які відносини передбачають взаємний вплив. Терапевтичні відносини зароджуються з необхідності змін та бажання пацієнта отримати професійну допомогу у процесі змін. Орієнтація на зміни вимагає, щоб терапевт приймав відповідальність за напрям терапевтичного впливу, або змін, заради блага пацієнта. Така позиція характеризується активністю та усвідомленістю; вона передбачає систематичне використання принципів поведінкових змін.

З позиції прийняття/зміни ДПТ являє собою баланс між поведінковими підходами, які перш за все слугують технологіями змін, і гуманістичними, клієнт-центрованими, які можна вважати технологіями прийняття. У ДПТ терапевт не лише моделює синтез змін/прийняття, але також сприяє виробленню пацієнтом відповідної життєвої установки, підтримуючи зміни та виправлення ним небажаних сторін своєї особистості та ситуацій, а також толерантність та прийняття тих самих

характеристик. Навчання навичкам психічної залученості та перенесення дистресу врівноважується навчанням навичкам емоційного контролю та міжособистісної ефективності у конфліктних ситуаціях.

Для балансу прийняття та змін суттєве значення має здатність терапевта в контексті терапії одночасно проявляти душевну теплоту до пацієнта та встановлювати контроль над його чи її поведінкою. Основний контроль в процесі змін поведінки досягається шляхом використання відносин; за відсутності достатніх теплоти та прийняття з боку терапевта його дії сприйматимуться не як турбота та підтримка, а як прояви ворожості та вимогливості.

Незламна стійкість та співчутлива гнучкість

“Незламна стійкість” передбачає віру у себе, в терапію та у пацієнта. Це спокій посеред бурі — зовсім як у центрі урагану. Дана якість вимагає достатньої ясності розуму — терапевт має усвідомлювати, чого, за великим рахунком, потребує пацієнт, а також не дозволяти стражданням пацієнта збити себе з цього курсу. Стійкість у ДПТ не означає прихильності до правил, встановлених довільним чином, як у деяких інших видах терапії. Вона також не вимагає дотримання особливої послідовності дій (виключенням є відданість терапевта благополуччю пацієнта). Ані довільним чином встановлені правила, ані жорстка послідовність дій терапевта не мають особливої цінності у ДПТ.

“Співчутлива гнучкість” стосується протилежної здібності терапевта враховувати значущу інформацію про статус пацієнта та відповідним чином змінювати свою позицію. Це вміння з легкістю змінювати позицію, яку раніше необхідно було наполегливо відстоювати. Якщо застосувати образне порівняння, то стійкість — це коли ноги міцно стоять на землі, а гнучкість — здатність так повернути плечі, щоб дозволити пройти пацієнтові. Гнучкість передбачає легкість, чутливість та креативність терапевта. З точки зору діалектики, це здатність змінювати межі проблеми, виявляючи та додаючи складові, які раніше виключались.

Враховуючи шанси зробити помилку при проведенні ДПТ, велике значення має готовність визнавати та виправляти хиби, що було припущено у терапевтичних відносинах. Інакше кажучи, у такому складному та нелегкому терапевтичному процесі помилок не можна уникнути; терапія характеризується не помилками, а тим, що робиться задля їхнього виправлення. Компетентний терапевт має вміти визнавати хибність своїх дій, була це несвоечасна усмішка, яку пацієнт приймає за насміхання,

примусові методи впливу або втрата терпіння через відсутність терапевтичного прогресу та подальше відкидання пацієнта (коли терапевт не відповідає на телефонні дзвінки, листи та холодно поводить із пацієнтом). Індивіди з більш адекватним функціонуванням можуть одночасно відчувати довіру до свого терапевта та болісний афект, викликаний деякими його чи її діями, тому потребують менше зусиль з відновлення. Однак індивіди з МРЛ навряд чи можуть бути зараховані до цієї категорії, тому вони можуть ототожнювати терапевтів, які працюють з ними, з аб'юзивними людьми, що присутні в їхньому житті. Без валідації терапевтом почуттів пацієнта та гнучких спроб вирішення проблем у певній ситуації терапія перетворюється для пацієнта на черговий випадок, коли його довіру було скривджено, чергові невдалі відносини, від яких треба або втікати, або знову терпіти, не сподіваючись на покращення. Більш того, терапевт має бути здатний переносити як незадоволення, викликане тим, що пацієнт відкидає, здавалось би, цілком доречне терапевтичне втручання, так і уповільнення прогресу. Гнучкість у стратегіях та розподілу часу є важливою умовою успішної терапії.

Баланс між незламною стійкістю та співчутливою гнучкістю означає, що терапевт має бути здатний враховувати існуючі умови та межі, часто за інтенсивних, іноді відчайдушних спроб пацієнта контролювати його реакції, і в той же час гнучко перебудовуватися, пристосовуватися та “поступатися” пацієнтові залежно від ситуації. Терапевт має бути уважним як до власної ригідності (природна реакція на стрес терапевтичної ситуації), так і до неправильної тенденції поступатися кожному бажанню, вимозі чи тимчасовій потребі пацієнта.

При роботі із суїцидальними межовими пацієнтами рівновага між двома цими крайнощами стає суттєвою, коли терапевт почне займатися усуненням патерну дисфункційної міжособистісної поведінки. Вкрай важливим є зберегти стійкість та дотримуватися обраного курсу, якщо тільки терапевт ненавмисне не встановить режим періодичного підкріплення, за якого дисфункційна поведінка набуде високої стійкості до терапевтичних змін. Це один з проявів оперантного навчання. Однак при роботі з суїцидальними індивідами терапевт може проявляти надмірну ригідність в усуненні дисфункційної поведінки та не реагувати необхідним чином на насущні потреби індивіду. Як вказувала одна з моїх пацієнток, у будь-якому суспільстві нормою вважається приділяти людині більше уваги та турботи, коли вона хворіє. Однак не кожна людина залишається хворою, щоб отримувати увагу та турботу.

Опіка та доброзичлива вимогливість

ДПТ передбачає інтенсивне опікування пацієнтом. У даному контексті слово “опіка” означає навчання, ведення, допомогу, укріплення та підтримку пацієнта для стимуляції його чи її здатності до навчання та змін. Від терапевта необхідні бажання та певна природність турботи та опіки по відношенню до пацієнта. Співчуття та чутливість важливі при роботі з пацієнтами, які мають характерне для індивідів з МРЛ поєднання чутливості та скутості емоційного вираження. Без цих якостей терапевт завжди відставатиме від часто-густо дуже тонких реакцій пацієнта на його твердження, зауваження інших пацієнтів при груповій терапії та внутрішні подразники або подразники середовища. Хоча основне зусилля у ДПТ спрямоване на навчання пацієнтів ідентифікації та вербалізації емоцій, терапевт, якому не вдасться “прочитати думки” пацієнта на ранніх етапах терапії, буде схильний вважати, що той навмисне саботує терапію своїми примхами чи що пацієнт, який насправді відчуває страх та відчай, проявляє ворожість.

Терапевт має знаходити баланс між наданням необхідної допомоги та відмовою у наданні допомоги, яка пацієнтові не потрібна. “Доброзичлива вимогливість” полягає у визнанні терапевтом потенціальних здібностей пацієнта, підкріпленні його чи її адаптивної поведінки та самоконтролю й відмові турбуватися про пацієнта у тих випадках, коли він чи вона самі здатні подбати про себе. В цілому компетентне використання несприятливих умов (у даному випадку — вимагання змін як необхідної умови виконання бажань пацієнта) відіграє дуже важливу роль. Необхідною характеристикою терапевта є здатність проявляти певну твердість, якщо того потребує ситуація. Діалектична позиція тут полягає у тому, щоб однією рукою підштовхувати пацієнта вперед, а іншою — підтримувати його чи її, щоб вони не впали. Таким чином, опіка є підсиленням здібностей пацієнта. Як я вже зауважувала вище, розмірковуючи про пацієнта та терапію, баланс полягає у знаходженні оптимального сполучення дій *за* пацієнта та турботи *про* пацієнта. Щоб сприяти змінам, треба застосовувати і покарання, і винагороду.

Угоди пацієнта та терапевта

Угоди з боку пацієнта

ДПТ потребує укладання певних угод. Зазвичай вони необхідні для формального прийому індивіда на терапію та розглядаються як

умова роботи з ним. Положення угод мають обговорюватися та роз'яснюватися під час перших кількох зустрічей терапевта та пацієнта, після яких необхідно укласти як мінімум усну угоду.

Угода про річну терапію

Обмежена у часі терапія, що відновлюється. Після першого чи декількох перших психотерапевтичних сеансів пацієнт та терапевт мають досягти чіткої угоди про спільну роботу та її строки. Не слід автоматично припускати, що пацієнт хоче працювати з даним терапевтом. За звичайних обставин пацієнт та терапевт укладають угоду про спільну роботу протягом року, та після спливання цього строку угоду може бути продовжено ще на рік. Наприкінці кожного року оцінюється успіх терапії та обговорюється питання відновлення угоди. Різні терапевти мають різну думку щодо того, що є необхідним для продовження спільної роботи. Дехто віддає перевагу роботі з пацієнтами на довгостроковій основі та щороку відновлює угоду, якщо тільки не виникає серйозних перешкод чи якщо не досягається мета терапії. Інші терапевти орієнтуються на обмежені строки лікування та встановлюють терапевтичні відносини, заздалегідь плануючи направити пацієнта до іншого спеціаліста, коли спливе рік роботи, якщо у того ще зберігатиметься необхідність у терапії. ДПТ в умовах стаціонару може бути обмеженою в часі.

Деякі індивіди з МРЛ не переносять обмеженої в часі, не відновлюваної терапії. Вони не можуть відкритися ані емоційно, ані вербально, якщо знають, що терапія має закінчитися у строго обмежений строк. Таким пацієнтам не можна нав'язувати угоду про річну не відновлювану терапію. Очевидно, що при обмеженому в часі, не відновлюваному лікуванні терапевтичні задачі можуть бути більш вузькими, ніж при довгостроковому лікуванні. Наприклад, я прийняла на обмежену в часі ДПТ кількох пацієнток, які неодноразово були ушпиталені для психіатричного лікування, були відкинуті кількома терапевтами через відсутність прогресу, перебували у дисфункційному та хронічно парасуїцидальному стані та не здатні були знайти терапевта, який погодився б працювати з ними. Кількох із пацієнток включили до своїх "чорних списків" різні клініки. В цих випадках я роз'яснюю таким пацієнтам, що працюватиму з ними протягом одного року, а далі допоможу їм знайти іншого терапевта. Моє завдання полягає у тому, щоб допомогти цим пацієнтам усунути парасуїцидальну поведінку та навчитися ефективному функціонуванню в рамках терапії, щоб вони змогли налагодити відносини та

працювати з наступним терапевтом. Я розглядаю таку терапію як попередню, необхідну для подальшої роботи.

Обставини одностороннього припинення угоди. Під час перших кількох сеансів терапевт має зрозуміло пояснити пацієнтові обставини, які можуть призвести до одностороннього припинення угоди. У ДПТ існує єдине формальне правило дострокового припинення терапії: пацієнт, що пропустив чотири тижні прописаного лікування поспіль, хай це був тренінг навичок чи індивідуальна психотерапія, вибуває з програми. Пацієнт не зможе повернутися до терапії до кінця періоду, обумовленого угодою, а питання подальшого відновлення терапії обговорюється з терапевтом. Немає таких обставин, за яких це правило може бути порушене. Ніякі причини, з яких пацієнт пропускає чотири тижні запланованої терапії поспіль, у ДПТ не розглядаються як поважні. Від початку таке правило було прийняте для зручності проведення наукових досліджень; ми потребували операціонального визначення припинення терапії. Далі я зрозуміла, що це правило є дуже ефективним у клінічних умовах. Воно дуже чітко розділяє пропуск психотерапевтичних сеансів (до трьох поспіль) та вибування з терапії (невідвідування чотирьох поспіль сеансів індивідуальної психотерапії чи приписаних занять з тренінгу навичок). Таким чином, пацієнти, які пропустили один, два чи три психотерапевтичні сеанси поспіль, знають, що зможуть продовжити терапію; але знають також, що четвертий пропущений сеанс означатиме для них припинення лікування. Це правило допомагає знизити відсоток “відтоку пацієнтів”.

Багато пацієнтів з МРЛ чекають від терапевтів безумовного зобов'язання продовжувати терапію без обмежень в часі чи до кінця встановленого періоду (того, який обговорено у попередній угоді) незалежно від обставин. Такі пацієнти аргументують своє бажання тим, що не зможуть довіряти терапевтові чи розкритись, боячись розриву відносин з боку спеціаліста. Можливість такого результату може постійно непокоїти пацієнта. Дуже спокусливо для терапевта спробувати переконати пацієнта, що незалежно від його чи її дій чи слів під час терапії спеціаліст не ініціюватиме передчасного припинення лікування. ДПТ не рекомендує такого підходу. У ДПТ відносини терапевта та пацієнта регулюються приблизно так, як відносини у подружжі. Хоча терапевт бере на себе зобов'язання працювати з пацієнтом, долати труднощі, намагатися вирішити будь-які терапевтичні проблеми по мірі їхнього виникнення, ці обставини не є безумовними. Якщо терапевт переконується,

що подальша допомога пацієнтові неможлива, якщо пацієнт створює для спеціаліста такі труднощі, які тому несила здолати, чи якщо виникають якісь зовнішні обставини, що перешкоджають терапії (наприклад, переїзд до іншого міста), буде розглянуто питання про припинення терапії. Як я кажу своїм пацієнткам, навіть материнська любов не є безумовною. Тим не менше, угода, яку укладає спеціаліст, передбачає, що терапевт докладе всіх зусиль, щоб захистити пацієнта від одностороннього припинення терапії. Якщо поведінка пацієнта сприяє розриву терапевтичних відносин, терапевт: 1) зверне увагу пацієнта на небезпеку одностороннього припинення терапії достатньо своєчасно для того, щоб той встиг відповідним чином змінити свою поведінку; 2) допоможе пацієнтові втілити ці зміни. (Поведінка, яка може призвести до дострокового припинення терапії, — друга за важливістю терапевтична мішень, про що докладніше говориться у наступних двох розділах). І хоча пацієнт може полишити терапію у будь-який час, очікується, що він прийде до свого терапевта, щоб обговорити з ним таке рішення.

Угода про відвідування

Наступна угода передбачає відвідування пацієнтом всіх призначених психотерапевтичних сеансів. Індивідуальний тренінг навичок та психотерапевтичні сеанси можуть переноситись, якщо це зручно як для терапевта, так і для пацієнта. Якщо пропущений груповий тренінг навичок записується на відео, пацієнт може подивитися запис перед відвідуванням наступного заняття. Терапевт має зрозуміло пояснити пацієнтові, що є неприпустимим пропускати психотерапевтичні сеанси тільки через те, що він вважає їх надто болісними для себе, у нього поганий настрій, він хоче уникнути обговорення небажаної теми чи переживає відчай.

Угода про суїцидальну поведінку

Якщо у пацієнта є проблеми з суїцидальною поведінкою (включно з парасуїцидом без наміру покінчити з собою), слід порадити йому вважати таку поведінку першочерговою терапевтичною мішенню. Необхідна загальна угода про те, що за інших рівних умов пацієнт працюватиме над вирішенням проблеми такими методами, які виключають навмисне самопошкодження, суїцидальну спробу чи завершений суїцид. Слід підкреслити, що якщо це не стане однією з задач пацієнта, лікування за допомогою ДПТ може йому не підійти. Терапевт має бути

особливо уважний до двоїстості пацієнта стосовно суїцидальної поведінки. Хоча в цілому треба прагнути до ясно висловленої згоди пацієнта припинити суїцидальну поведінку, можна приймати й менш чіткі угоди. Іноді пацієнт погоджується на відвідування терапії, розуміючи, що терапевтична мета полягає у припиненні суїцидальної поведінки, однак він може бути не здатний прямо заявити, що не вчинить самогубства. Структура цієї угоди докладніше обговорюється у розділі 14.

Угода про поведінку, яка перешкоджає терапії

Наступна угода полягає у тому, щоб працювати над вирішенням будь-яких проблем, які перешкоджають терапії. Відкрите обговорення цієї угоди від самого початку підкреслює сутність терапії як відносин міжособистісної співпраці.

Угода про тренінг навичок

Оскільки одна з найважливіших цілей терапії — допомогти пацієнтові замінити дисфункційні реакції на ефективні та функціональні, то зрозуміло, що пацієнт має якимось чином засвоїти необхідні поведінкові навички. Тому протягом першого року застосування ДПТ всі пацієнти мають пройти програму тренінгу навичок (чи, якщо це неможливо, якусь аналогічну програму).

Угода про участь в експерименті та оплати

Якщо ДПТ проводиться у контексті науково-дослідницького експерименту, пацієнт має бути поінформований про це та надати свою згоду на участь в експерименті. Слід чітко обговорити суму винагороди та форму оплати.

Угоди терапевта

Вкрай важливим є, щоб терапевт чітко пояснив, чого має право очікувати від нього пацієнт. З боку терапевта передбачаються такі угоди.

Угода про “всі можливі зусилля”

Найбільше, чого пацієнт може очікувати від терапевта — максимальних (у розумних межах) зусиль компетентно проводити терапію. Пацієнт може очікувати від терапевта всебічних зусиль, які докладатимуться до того, щоб діяти заради пацієнтового блага, допомагати йому чи їй досягати усвідомлення проблем та засвоювати нові навички, а також озброювати пацієнта такими поведінковими засобами, які

допоможуть ефективніше поратися із життєвими труднощами, що виникають. Терапевт має ясно дати зрозуміти пацієнтові, що сам він не в змозі врятувати його, не може вирішити проблеми пацієнта замість нього, не може втримати його чи її від суїцидальної поведінки. Це витікає з положення, що було згадане раніше, — про те, що пацієнти мають вирішувати свої проблеми самі.

Терапевтові корисно пам'ятати про розповсюджені помилкові уявлення стосовно терапії. Найсерйозніше з них полягає у тому, що зусиль одного терапевта достатньо, щоб якимось чином виправити ситуацію. Нездатність терапевта припинити сильні страждання пацієнта чи хоча б послабити їх часто інтерпретується пацієнтом як відсутність турботи чи бажання допомогти. Дуже важливо, щоб терапевт не натякав пацієнтові, що той зрозуміє помилковість такого припущення, коли “виросте” чи стане “менш самозакоханим”. Завданням практикуючого спеціаліста з ДПТ є активно спростовувати подібні омани. Я особисто вважаю корисним підкреслювати, що, хоча я можу допомогти пацієнтові сформулювати та відпрацювати нові поведінкові патерни, використовуючи які, він чи вона зможе змінити своє життя на краще, однак я не в змозі зробити це за нього. Тут корисним буде застосувати порівняння терапевта із провідником. Я можу показати комусь дорогу, але не можу пройти цю дорогу за нього. Робота спеціаліста полягає у тому, щоб йти поряд із пацієнтом та не полишати його одного. Терапевтові слід нагадувати про це пацієнту час від часу протягом всього терапевтичного процесу.

Етична угода

Етика поведінки терапевта може бути вельми важливим аспектом лікування пацієнтів з МРЛ. Пацієнткам, які проходять лікування у моїй клініці, доводилося мати справу із терапевтами, чия поведінка була вкрай сумнівною, а часом — відверто неетичною. Йдеться про випадки сексуальних домагань, зловживання службовим становищем та інші порушення, які явно виходять за межі терапевтичних відносин. Тому відверта угода про дотримання основних принципів професійної етики є дуже важливою.

Угода про особисті контакти

Так само як і пацієнт, терапевт зобов'язується відвідувати всі заплановані психотерапевтичні сеанси, відмінити сеанси завчасно, якщо виникне необхідність, чи переносити їх, якщо є можливість. Слід

обговорювати тривалість сеансів, беручи до уваги уподобання пацієнта та досвід попередньої терапії. Завдання терапевта — забезпечити розумну тривалість психотерапевтичного сеансу та виключити його довільне припинення. Крім забезпечення підстрахування на випадок своєї відсутності, терапевт також зобов'язується підтримувати із пацієнтом телефонний контакт (в розумних межах). Формат такого контакту визначається як стратегією телефонних контактів ДПТ (розділ 15), так і принципом дотримання меж (розділ 10).

Угода про повагу до пацієнта

Це може здаватися очевидним, але не буде зайвим згадати про те, що терапевт має поважати особистість та права пацієнта. Хоча повага до пацієнта є необхідною для ефективної терапії, угода у цьому питанні передбачає дещо більше, ніж допомога пацієнтові у необхідних поведінкових змінах.

Угода про конфіденційність

Терапевт зобов'язується суворо охороняти конфіденційність всієї інформації, що надається пацієнтом. Зазвичай лише члени терапевтичного колективу чи дослідницька група (якщо проводяться наукові дослідження) мають доступ до відео- та аудіоматеріалів, записів терапевтів та іншої інформації. (Звичайно, всі документи, що містять інформацію про пацієнтів, яка може вийти за межі згаданого кола осіб, мають містити підпис відповідної посадової особи, що санкціонує це). Навіть в межах терапевтичного колективу та на супервізіях терапевт зобов'язується зберігати конфіденційність болісної та глибоко особистої інформації, такої, що потенційно компрометує, якщо тільки немає крайньої необхідності вчинити інакше. Записи терапевтів про пацієнтів зберігаються у надійному, недоступному для сторонніх місці. Однак слід також підкреслити, що терапевт не зобов'язаний дотримуватися конфіденційності, якщо пацієнт погрожує самогубством чи за інших обставин, коли терапевт не має юридичного права тримати в таємниці інформацію, яку він отримав від пацієнта. Якщо це є необхідним для безпеки пацієнта або безпеки оточуючих, терапевт може повідомляти про суїцидальні загрози іншим людям — або родичам пацієнта, або відповідним посадовим особам.

Угода про консультації

Терапевт зобов'язується отримувати консультації з терапії, якщо виникає така необхідність. У стандартній ДПТ всі терапевти мають

регулярно відвідувати заплановані консультативні зустрічі або з супервізором, або із групою супервізії та консультування, або з іншими членами терапевтичного колективу. Сенс цього у тому, що пацієнт може розраховувати на допомогу терапевта тоді, коли вона є необхідною, не будучи зобов'язаним терпіти неефективну терапію та не боячись звинувачень у відсутності терапевтичного прогресу.

Угоди терапевтів про взаємні консультації

З-поміж іншого, терапевти, які входять до групи супервізії та консультування, укладають угоду про певні види співпраці. Ця угода стосується дотримання загальних принципів ДПТ в контексті взаємної супервізії чи консультативних зустрічей. Іншими словами, терапевти зобов'язуються допомагати один одному так само, як вони допомагають пацієнтам. Крім того, угоди такого ґтибу спрямовані на те, щоб утримувати терапевта в рамках ДПТ.

Діалектична угода

Консультативна група ДПТ зобов'язується прийняти діалектичну філософію — принаймні у практичному, прикладному аспекті. Абсолютної істини не існує, тому при напрузі, що викликана протиріччями, треба шукати можливості синтезу, а не істину в останній інстанції. Діалектична угода не забороняє мати тверді переконання та не розглядає існування протилежностей як щось небажане. Скоріше, вона просто вказує напрямок, у якому терапевт рухатиметься, якщо відстоювання протилежних позицій загрожуватиме розколом консультативної групи.

Угода про консультації з пацієнтами

Сутність терапевтичного планування у ДПТ полягає у тому, що терапевти не є посередниками між пацієнтами та іншими спеціалістами, включно із рештою членів терапевтичного колективу. Консультативна група ДПТ укладає таку угоду: індивідуальні терапевти мають консультуватись зі своїми пацієнтами про те, у який спосіб їм слід взаємодіяти з іншими спеціалістами, але не вказувати іншим терапевтам, як тим слід взаємодіяти з їхніми пацієнтами. Таким чином, коли терапевт припускається помилок (у розумних межах), завданням інших членів терапевтичного колективу є допомогти своїм пацієнтам впоратися із проблемами,

які викликані помилками терапевта, але не обов'язково перевиховувати клініциста, що помиляється. Це не означає, що члени терапевтичного колективу не займаються спільним плануванням лікування для своїх пацієнтів, не обмінюються інформацією про своїх пацієнтів (включно з інформацією про їхні проблеми з іншими членами терапевтичного колективу) та не обговорюють труднощі, які виникають у роботі. Докладніше ця угода розглядається у розділі 13.

Угода про послідовність

Невдачі при реалізації терапевтичних планів являють собою чудову можливість для пацієнтів навчитися мати справу із реальним світом. Робота терапевтичного колективу не передбачає формування для пацієнтів ідеального оточення, вільного від стресів. Таким чином, консультативна група, включно з усіма членами терапевтичного колективу, укладає угоду про те, що єдина послідовність дій різних терапевтів не є обов'язковою, різні терапевти не зобов'язані навчати пацієнта одних і тих самих речей та не зобов'язані дотримуватись одних і тих самих терапевтичних правил. Кожний терапевт вільний встановити свої власні правила стосовно умов терапії. Хоча загальні правила для всіх членів організації, установи чи клініки забезпечують більш злагоджену роботу колективу, розбіжності, з точки зору ДПТ, вважаються невідворотними та природними у тому світі, у якому ми всі живемо, вони надають пацієнтам (та терапевтам) можливість на практиці застосувати майже всі навички, яких їх навчають.

Угода про дотримання меж

Консультативна група укладає угоду про те, що всі терапевти дотримуються своїх особистих та професійних меж. Більш того, члени консультативної групи зобов'язуються не інтерпретувати вузькі межі як прояв страху емоційної близькості, егоцентризму, проблем із домінуванням та контролем чи загальної замкнутості характеру, а широкі межі — як відображення потреби опікати інших людей, нестриманості чи проєктивної ідентифікації. Пацієнтам надається можливість самим з'ясувати ці межі.

Угода про емпатію

Терапевти укладають угоду при інших рівних умовах прагнути до емпатичних інтерпретацій поведінки пацієнтів. Ця угода впливає

з фундаментальної ідеї (яку описано вище) про те, що пацієнти роблять все можливе та хочуть покращити своє життя, а не саботують терапію чи “грають в ігри” з терапевтом. Якщо терапевт не здатний на таку інтерпретацію, інші члени консультативної групи зобов’язуються допомогти йому, в той же час валідуючи установку терапевта на “звинувачення жертви”. Члени консультативної групи погоджуються втримувати один одного у рамках ДПТ, не вдаючись до осуду. Вони погоджуються не вважати терапевтів, які завжди застосовують емпатичні інтерпретації, наївними, недосвідченими чи такими, що надто ототожнюють себе із пацієнтами. Вони також погоджуються не відносити терапевтів, які завжди інтерпретують поведінку пацієнтів як ворожу, негативну та займають позицію “звинувачення жертви”, до агресивних, домінуючих чи мстивих.

Угода про те, що терапевт може помилятися

ДПТ передбачає відкриту угоду про те, що всі терапевти можуть помилятися. Говорячи мовою пацієнтів, це означає, що “всі терапевти — сволота”. Тому немає сенсу виправдовуватися та вигороджувати себе — адже терапевтів задалегідь звинувачують у всіх помилках, яких вони можуть припуститися. Завдання членів консультативної групи — застосовувати ДПТ один до одного, щоб допомогти кожному спеціалісту залишатися в рамках протоколу ДПТ. Однак, як і при роботі з пацієнтами, вирішення проблем серед терапевтів має бути збалансованим валідацією внутрішньої мудрості, що впливає з їхнього положення спеціалістів. Оскільки, в принципі, всі терапевти можуть помилятися, вони невідворотно порушуватимуть всі домовленості, які згадані вище. При цьому їхні колеги вказуватимуть на діалектичні протилежності, що дозволить терапевтам шукати можливості синтезу.

Висновок

Припущення стосовно терапії та пацієнтів з МРЛ, а також угоди пацієнта, терапевта та консультативної групи створюють основний робочий контекст, у якому будується ДПТ, а також забезпечують ґрунт для прийняття терапевтичних рішень протягом усього періоду лікування. Досвідчені клініцисти, без сумніву, помітили, що ДПТ багато в чому перетинається з іншими терапевтичними школами — як поведінковими та когнітивно-поведінковими, так і тими, що не належать

до цієї парадигми. Хоча ДПТ, можливо, несе в собі мало (чи зовсім нічого) принципово нового, ниточки терапевтичних порад (і, я сподіваюсь, мудрості), які я збирала у численних практичних посібниках та наукових роботах з лікування МРЛ, у діалектичній поведінковій терапії сплітаються у новий візерунок. У наступних двох розділах та частині III моєї книги описуються конкретні терапевтичні дії та правила прийняття рішень, що складають сутність ДПТ. У розділах 5 та 6 я докладніше описую поведінкові патерни, які складають предмет ДПТ. Важливий аспект будь-якого посібника — позначення видів поведінки, на яких має зосередитися терапевт; у деяких випадках це є основною формою опису терапії. В частині III книги я описую конкретні терапевтичні стратегії та процедури, які використовуються при контактах з пацієнтами. Застосування терапевтичних стратегій у будь-якій школі все ще більше нагадує мистецтво, ніж науку, але я намагаюсь виділити, наскільки це можливо, правила, які визначають застосування терапевтичних стратегій у ДПТ.

Примітки

1. Це коротке визначення сутності ДПТ люб'язно надала Лора Бенджамін.