

СОДЕРЖАНИЕ

Об авторах	14
Предисловие	15
Благодарности	17
Предисловие переводчиков	20
Глава 1. Изменение поведения в ДПТ	21
Обзор книги	24
Уточнение терминов	25
Основы ДПТ для изменения поведения	28
Теория научения	28
Решение проблем	33
Диалектические принципы	38
Принципы дзен	42
ДПТ-контекст для поведенческих изменений	45
Диагностика и проработка проблемы	45
Функции и методы терапии	54
Стратегии валидации для сбалансированного решения задач	58
Глава 2. Выбор мишеней	
Концепции и стратегии	63
Построение иерархии на предварительном этапе терапии	64
Определение и выбор мишеней во время сессии	72
Общие проблемы	76
Отсутствие возможности просмотреть дневниковую карточку	76

Отказ от выбора мишеней и использования иерархии мишеней	78
Неспособность определить проблему в поведенческих терминах	82
Выбор неправильной мишени из-за концептуальной ошибки	85
Отвлечение или уход от мишени	88
Глава 3. Поведенческий цепной анализ	91
Концепция и стратегии	91
Структура ЦА	91
Теория	96
Стратегии для эффективных и успешных ЦА	104
Общие проблемы	106
Структура	107
Теория	115
Стратегии	123
Провал при попытках справиться с ПТП клиентов	132
Глава 4. Анализ решений	139
Анализ решений: общие рекомендации	139
Концептуализация и стратегии	139
Общие проблемы, связанные с анализом решений	147
Генерация решений	152
Концептуализация и стратегии	152
Общие проблемы при генерации решений	163
Оценка решений	174
Концептуализация и стратегии	174
Общие проблемы, возникающие при оценке решений	180
Реализация решений	185
Концептуализация и стратегии	185
Общие проблемы при реализации решений	188

Глава 5. Тренинг навыков	193
Приобретение навыков	197
Концептуализация и стратегии	197
Общие проблемы	201
Укрепление навыков	206
Концептуализация и стратегии	206
Общие проблемы	210
Генерализация навыков	218
Концептуализация и стратегии	218
Общие проблемы	227
Глава 6. Контроль стимулов и экспозиция	233
Контроль стимулов	236
Концептуализация и стратегии	236
Общие проблемы	246
Экспозиция	248
Концептуализация и стратегии	248
Общие проблемы	259
Глава 7. Когнитивная модификация	265
Ключевые принципы и стратегии	265
Отличительные особенности ДПТ	267
Стандартные процедуры КПТ	273
Общие проблемы	280
КПТ-процедуры	281
ДПТ-процедуры	286
Глава 8. Управление обуславливающими последствиями	293
Ключевые принципы и стратегии	293
Менеджеры по управлению обуславливающими последствиями	294

Оценка эффективности последствий	305
Подкрепление	307
Угасание	310
Наказание	312
Общие проблемы	315
Вопросы, влияющие на все процедуры	315
Угасание	322
Наказание	324
Эпилог. Поведение терапевтов, решающих проблемы	327
Иллюстрация	327
Список литературы	337

ТРЕНИНГ НАВЫКОВ

Тренинг навыков стал решением, наиболее часто используемым в ДПТ. Как описано в главе 1, в ходе недавнего исследования [Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010] выяснилось, что тренинг навыков — это критически важный компонент ДПТ. В отдельном учебнике по тренингу навыков [Linehan, 1993b, 2014], вместе с лекциями и темами для обсуждения, раздаточными материалами и рабочими листами для домашней работы, реализация тренинга навыков описана как решение. Иногда, однако, терапевты путают обучение навыкам с простой работой через обучение навыкам. Терапевты могут предположить, например, что для изучения нового навыка просто необходимо, чтобы терапевт представил тему лекции, раздаточные материалы и рабочие листы для этого нового навыка. Упрощая процесс внедрения новых навыков, терапевты непреднамеренно инвалидируют своих клиентов так же, как это делали первоначально инвалидирующие среды, в которых эти клиенты находились.

М. Линехан [Linehan, 1993a, 1993b] описывает три основные процедуры, необходимые для успешного тренинга навыков: 1) приобретение навыков; 2) укрепление навыков; и 3) генерализацию навыков. При приобретении навыков терапевты информируют клиентов о новом навыке, ориентируют их на цель навыка, инструктируют о его основных компонентах или шагах и моделируют, как реализовать навык. Во время укрепления навыков клиенты практикуют новые навыки, а терапевты подкрепляют любое их использование. Затем терапевты обеспечивают корректирующую обратную связь и коучинг для дальнейшего формирования навыка. Наконец, для генерализации навыков необходимо, чтобы терапевты помогали клиентам внедрять новые навыки и интегрировать их во всех соответствующих контекстах. ДПТ требует, чтобы у терапевтов, в любой форме использующих ДПТ, была возможность применить все эти процессы обучения. Например, в программах ДПТ ожидается, что тренеры групп навыков обеспечат приобретение всех навыков,

однако индивидуальным терапевтам часто также нужно реализовать эту процедуру со своими клиентами, потому что группа еще не научила навыку, который нужен клиенту сейчас, или потому что клиент пропустил соответствующую групповую сессию.

Тренеры навыков, прежде всего, сосредоточиваются на процедурах генерализации, но их сессии часто включают подкрепление навыков. Таким образом, во время обучения ДПТ все терапевты, а не только тренеры навыков, должны прочитать учебник по тренингу навыков [*Linehan, 1993b, 2014*], практиковать все навыки и выполнить всю соответствующую домашнюю работу. Этот процесс предоставит им по крайней мере некоторый опыт этих трех процедур обучения навыкам, а также знания о каждом навыке. В этой главе речь пойдет о принципах, стратегиях и общих проблемах для каждого типа процедур обучения навыкам.

Хотя дефицит навыков занимает центральное место в концепции ДПТ ПРЛ, варианты использования терапии различаются по степени, в которой они оценивают дефицит навыков, обучают навыкам как решениям и исключительно обучают навыкам ДПТ. Например, тренеры групп тренинга навыков заранее определяют, какие навыки ДПТ они будут преподавать каждую неделю по плану, не оценивая конкретный дефицит навыков у участников. Затем они фокусируют группу на обучении навыкам ДПТ, выделяя время для каждого типа процедуры обучения навыкам. И напротив, индивидуальные терапевты не имеют заранее определенного плана обучения навыкам. В ходе анализа решений проблемы терапевт и клиент решают, какие навыки помогут решить проблему. Анализ решений не должен полагаться только на навыки ДПТ. Например, один терапевт должен был обучить своего клиента навыкам собеседования, чтобы помочь клиенту получить работу. Другой психотерапевт должен был научить клиента основным навыкам финансового планирования, чтобы помочь клиенту уменьшить долг. Индивидуальный терапевт и клиент также должны определить, является ли недостаток навыков результатом дефицита навыков или мотивационным дефицитом. Дефицит навыков может быть результатом недостаточного приобретения, укрепления или генерализации навыков. Чтобы оценить дефицит, терапевт может

напрямую спросить клиента, знаком ли ему навык и что мешало его использовать. Кроме того, терапевты наблюдают за использованием навыков клиентов во время сессии и просят их продемонстрировать соответствующие навыки. Эти методы оценки, как правило, лучше всего сочетать друг с другом, поскольку они могут привести к ошибочным результатам. Например, многие клиенты скажут: “Я не могу использовать навык”, что приведет к обучению навыкам, в то время как более тщательная оценка показывает, что им недостает мотивации для реализации навыка. Точно так же отказ использовать навык, происходящий естественным образом, не обязательно указывает, что клиент испытывает недостаток в способности его выполнять, так как другие переменные (например, эмоции, мысли или обуславливающие последствия) могут мешать клиенту использовать навык. К счастью, предположение о дефиците возможностей и обучение определенным навыкам только для того, чтобы обнаружить, что клиент на самом деле обладает этими навыками, вызывает гораздо меньше проблем, чем предположение, что у клиента есть навыки, когда на самом деле он их не использует.

Если в середине обучения новому навыку терапевт обнаруживает, что такой навык у клиента уже есть, то терапевт начинает анализировать факторы, которые мешали использованию навыка. Клинические примеры в этой главе вытекают в первую очередь из опыта, в котором терапевт и клиент выявили дефицит навыков ДПТ из одного из стандартных модулей навыков ДПТ (т.е. осознанность, регулирование эмоций, стрессоустойчивость и межличностная эффективность).

Тренеры навыков и индивидуальные терапевты также различаются в том, когда и как они обращаются к ПТП клиентов. Поскольку тренеры навыков несут ответственность за обучение навыкам как можно большего количества клиентов, они не могут останавливать весь процесс обучения для оценки и разработки плана работы с поведением одного клиента каждый раз, когда происходит ПТП. Хотя тренеры навыков немедленно вмешиваются, чтобы остановить любое поведение, которое может нарушить терапию, и хотя у них есть время в момент проверки домашней работы, у них может быть

только ограниченная во времени возможность нацелиться на другие ПТП. Иногда, чтобы решить проблему, достаточно простого блокирования или выдвижения такого поведения на первый план, разъяснения или применения нескольких обуславливающих последствий или предложения использовать несколько навыков. В противном случае тренеры навыков могут работать с поведением во время перерывов или после занятий. Если поведение сохраняется, тренеры навыков направляют клиента к индивидуальному терапевту, который несет основную ответственность за лечение всех ПТП клиента, для более глубокого анализа.

В случае с Максом его тренеры по навыкам заметили, что он, похоже, изо всех сил пытался вспомнить, чему его учили в группе неделя за неделей, когда он часто проводил время в группе, глядя в окно. Они предположили связь между этими способами поведения, но не имели возможности проанализировать, что контролировало “отсутствие запоминания”. Они называли его имя всякий раз, когда замечали, что он смотрит в окно, и это временно переключало его внимание и побуждало его делать заметки во время занятия. Когда “отсутствие запоминания” продолжилось, они проинструктировали Макса рассказать об этом своему терапевту и поделились своими наблюдениями с консультационной командой. Макс сообщил своему терапевту, что он часто не помнит, чему учили в группе навыков. В ходе ЦА отсутствия запоминания части последней сессии тренинга навыков было установлено, что концентрация на межличностных навыках в этой сессии вызвала размышления о том, как испортились прошлые отношения. Затем появились оценочные суждения и тревожные мысли, которые стали сигналами к тревоге, которая отвлекла внимание Макса от занятий, тем самым помешав ему изучить новые навыки.

Затем терапевт и Макс провели анализ решений для наиболее важных связей. Ими оказались звенья, связанные с вниманием Макса, и терапевт тренировал его сознательно сосредоточивать свое внимание на сессии (например, пристально смотреть на тренера навыков, смотреть на соответствующий раздаточный материал и делать заметки, а также отпускать осуждающие мысли и руминации). Они также согласились, что Макс попросит тренеров навыков либо мягко нажать на его руку, либо задавать ему вопросы по теме в группе, если они заметят, что Макс отвлекается. Реализация этих решений улучшила

способность Макса получать информацию в группе навыков, а затем оказалась полезной, когда он вернулся в школу.

ПРИБРЕТЕНИЕ НАВЫКОВ

Концептуализация и стратегии

Ориентация на навыки

Основная задача в приобретении навыков — предоставить клиентам достаточно информации о навыке для его реализации. Клиницисты обычно начинают приобретение навыков, как и другие процедуры изменения, ориентируя клиентов на навык, в том числе на сведения о его основной функции и на ожидаемое воздействие. Например, если бы Рита ранее не получала ориентацию на навык “Друг” межличностной эффективности во время занятий по обучению навыкам, ее терапевт ориентировал бы ее на него во время написания извинений психиатру. Ориентация прояснила бы, что навык “Друг” поможет Рите восстановить ее отношения с психиатром и, вероятно, повысит мотивацию психиатра к сотрудничеству с ней. Точно так же, если бы Сьюзан не узнала о навыке регуляции эмоций “противоположное действие” в группе тренинга навыков, ее терапевт пояснил бы, что цель навыка — уменьшить необоснованную интенсивность ее вины и стыда, изменяя поведение, связанное с этими эмоциями. Ориентация на навыки также часто включает в себя разъяснение того, чего не следует ожидать от навыков. Например, хотя навыки осознанности часто уменьшают отрицательные эмоции, они не функционируют в первую очередь для регулирования эмоций; клиницисты не должны позволять клиентам оценивать эффективность навыков или успех в их реализации на основе того, прекращаются ли отрицательные эмоции. Аналогичным образом межличностные навыки, как правило, повышают вероятность достижения межличностной цели, но не гарантируют успеха.

Предоставление дидактической информации

После ориентации клиницисты предоставляют четкую дидактическую информацию о поведенческих компонентах, из которых

складывается навык, как описано в руководстве по обучению навыкам [*Linehan, 1993b, 2014*]. Эти поведенческие инструкции варьируются от общих рекомендаций до конкретных инструкций.

Например, когда в группе по обучению навыкам рассматривали противоположное действие, Джейн узнала о различных компонентах эмоций (например, выражение лица, осанка, мысли, импульсы), на которые ей нужно было обращать внимание, когда она действовала противоположно. Она также научилась действовать противоположно компонентам, но не получила конкретных инструкций о том, как реализовать навыки, испытывая сильную вину и стыд после спора с матерью и ощущая, насколько тесны ее джинсы. Ее индивидуальный терапевт, однако, дал конкретные предложения для различных компонентов, которые они идентифицировали во время ЦА. Терапевт поручил ей держать голову прямо, а не поддерживать ее руками, уйти из туалета, а не подходить к нему и прервать навязчивые размышления, сосредоточившись на настоящем, в частности на том, как она могла бы компенсировать ущерб, нанесенный во время спора.

Для предоставления общей информации и конкретных инструкций для навыка часто необходимо уточнять, что к навыку не относится. Например, противоположное действие не включает маскировку эмоций. Один клиент выявил такое недоразумение, описав навык как буквально “ухмыльнуться и перенести” свои эмоции. Другой клиент выразил аналогичное мнение, описав навык как “притворяться, что это меня не беспокоит”. Аналогичным образом врачам-клиницистам часто приходится разъяснять, что “радикальное принятие” не подразумевает молчаливое согласие с ситуацией. Клиенты могут указать на такое предположение, используя фразу “Я просто должен принять ситуацию” — фразу, обычно употребляемую для описания подхода к превратностям жизни, основанного на силе воли. Эта формулировка подразумевает отсутствие выбора, моральный императив или молчаливое “должен принять любые обстоятельства”. Ничто из этого не отражает суть радикального принятия. Для радикального принятия необходим преднамеренный выбор, чтобы повернуться к ситуации, а не отвернуться от нее и радикально не принять. Клиенты также часто имеют неточные

представления о том, насколько быстро и интенсивно навык будет работать и сколько усилий и настойчивости потребуется. Например, многие клиенты ожидают, что противоположное действие мгновенно снизит эмоциональную интенсивность с высокой до нулевой. Многие также ожидают, что если замечать размышления и возвращать свое внимание к настоящему, то однажды все размышления о ситуации прекратятся вообще. Хотя многие факторы способствуют ошибочным ожиданиям клиентов, индивидуальные терапевты в конечном счете несут ответственность за обнаружение, уточнение и исправление этих убеждений.

Моделирование навыка

В связи с дидактическим обучением ДПТ-терапевты используют моделирование или демонстрацию навыков. Бандура, самый влиятельный специалист в концептуализации и исследовании моделирования, определяет модель как “любой массив стимулов, организованный таким образом, что наблюдатель может извлечь действие из основной информации о внешних событиях без необходимости сначала действовать открыто” [Rosenthal & Bandura, 1978, p. 3].

Моделирование может выполнять различные функции, но в отношении приобретения навыков оно относится к “изучению новой последовательности поведения в результате наблюдения за моделью” [Wilson & O’Leary, 1980, p. 188]. Во время занятий, например, терапевты демонстрируют свое мастерство в применении навыков с помощью ролевого проигрывания, рассказывают обучающие истории или показывают видеоролики. Они могут также побуждать клиентов наблюдать за другими соответствующими моделями вне терапии, в их естественной среде. Например, в романах Агаты Кристи о Пуаро и в других детективных романах последовательно иллюстрируется, как разумно наблюдать и как отличать наблюдение от интерпретации или оценочных суждений. В биографических или документальных фильмах о Нельсоне Манделе приводятся многочисленные примеры радикального принятия. Фильм “День сурка” иллюстрирует, как межличностные навыки иногда требуют практики и формирования снова, снова и снова, прежде чем они станут эффективными. Помимо предоставления

информации, демонстрации и других видов моделирования, особенно эффективно привлекать внимание клиентов к тому, что является ключевыми факторами успешного приобретения навыков.

Как и большинство поведенческих техник, ДПТ подчеркивает, что важнее скорее справиться, чем идеально изучить модель. В ДПТ чаще, чем в других видах терапии, поощряют терапевтов использовать самораскрытие как модель эффективного способа справляться [Linehan, 1993a]. Например, часть возмещения ущерба Джейн по отношению к ее матери связана с использованием навыка межличностного общения “Друг” (как извиниться в целом и оценить и возместить ущерб, нанесенный ее матери и их взаимоотношениям, в частности). Чтобы помочь Джейн приобрести необходимые навыки, ее врач описал, как она может применять навык “Друг” в общении с матерью после недавней ссоры. Хотя Джейн сочла модель самих навыков весьма полезной, она обнаружила, что моделирование терапевтом того, как управлять трудностями в реализации навыков, было еще полезнее. Другая клиентка рассказала, что она больше всего узнала из самораскрытия своего терапевта о том, как он использует осознанность в качестве решения для руминаций и гнева, сколько настойчивости при этом требуется и как заметить, что она снова стала “оценочной”. В дополнение к описанию навыков, используемых в повседневной жизни, терапевты демонстрируют использование навыков, особенно осознанность, в рамках сессий. Например, терапевты замечают собственные оценочные суждения или предположения, комментируют ситуацию вслух и описывают навыки, которые они используют для противодействия проблеме. Когда клиентка сказала терапевту, что ее отец написал о ней в Интернете как о шлюхе-наркоманке, терапевт сначала ответил, что он осуждает отца. Затем он сказал: “Я осуждаю, но это не помогает вам решить, как реагировать на сообщение или на тех, кто об этом говорит. Я собираюсь отпустить оценочные суждения и сосредоточиться на том, чтобы помочь вам решить проблему”. Весь этот ответ создал диалектический баланс во время сессии, в котором клиентка получила опыт подтверждения радикальной искренности терапевта и моделирования наблюдения за оценочными суждениями, позволяя им уйти и сосредоточиваясь

на поставленной задаче. Терапевты могут повысить свою способность применять самораскрытие, практикуя все навыки и выполняя все домашние задания, описанные в учебном пособии по навыкам [Linehan, 1993b, 2014] во время обучения или на ранних стадиях терапии.

Общие проблемы

Проблемы с приобретением навыков чаще всего возникают на занятиях по обучению навыкам и в индивидуальной терапии, поскольку телефонный коучинг и связанные с ним методы обычно сосредоточены на генерализации навыков, которые клиент уже приобрел. Некоторые проблемы чаще возникают в том или ином варианте предоставления терапии. Например, неспособность научиться соответствующему навыку вообще проявляется почти исключительно в индивидуальной терапии, поскольку тренеры навыков имеют априорный план обучения конкретным навыкам каждую неделю. Многие проблемы, однако, кажется, с одинаковой частотой возникают в обоих вариантах. Они включают в себя предоставление неточной информации о функции или компонентах навыка, неспособность предоставить достаточную информацию о компонентах навыка и упрощение процесса обучения новому навыку.

Провал в обучении критически важным навыкам

Иногда индивидуальные терапевты генерируют навык как часть анализа решений, но не в состоянии обеспечить приобретение каких-либо навыков, когда клиенты не имеют базовых знаний о навыке, а навык играет решающую роль в анализе решений. В некоторых случаях терапевты опускают приобретение навыков, потому что не знают достаточно о навыке, чтобы кого-либо ему обучить. Это, кажется, происходит чаще с терапевтами, у которых мало или нет опыта в качестве тренера навыков ДПТ. Для обучения навыкам, как правило, необходима подготовка: терапевты должны знать хотя бы некоторые основные моменты, и в ходе ответов на вопросы членов группы эти знания дополнительно уточняются. Кроме того, слушая, как клиенты делятся своим опытом о практике навыков,

терапевты получают ценную обратную связь о том, насколько хорошо они обучили навыку. Терапевт, который не может участвовать в занятии по обучению навыкам, может получить необходимую информацию, посмотрев обучающее видео или пройдя ролевое обучение навыкам во время консультационных встреч. В других случаях терапевты принимают стратегическое решение не тратить время на сессиях, чтобы обучить клиентов навыку, который они в конечном итоге приобретут на тренингах. Это может оказаться эффективной стратегией для навыков, которые имеют меньшее значение для анализа решений, однако применение этой стратегии к критически важным навыкам может продлить страдания клиента на недели и даже месяцы.

Чтобы клиенты могли изучить новый навык эффективно во время индивидуальных сессий, терапевты коротко обозначают необходимые элементы навыка и обучают клиентов, что им нужно знать о навыке, чтобы использовать его в контексте текущего анализа. Например, вместо того чтобы читать лекции о противоположном действии вообще или рассказывать о том, как применить его к каждой эмоции, терапевт должен кратко ориентировать клиента на навык в целом, а затем сосредоточиться на том, как именно действовать противоположно эмоции в конкретном контексте. Наконец, терапевты, которые пропускают процедуру приобретения навыков, часто делают это, потому что предполагают, что клиенты узнали основы навыка в группе. Высокая мнимая компетентность клиентов может увеличить вероятность такой ошибки. Тенденция терапевтов недооценивать трудность обучения новым навыкам также, кажется, связана с этим предположением. Оценка знаний клиента о новом навыке всякий раз, когда навык впервые включается в анализ решений, поможет свести к минимуму любые неточные предположения.

Предоставление неточной информации о навыке

Значительные проблемы возникают, если тренеры по навыкам или индивидуальные терапевты предоставляют неточную информацию о навыке, включая его функцию, вероятные последствия или компоненты, или не в состоянии исправить недопонимание клиента.

Например, некоторые тренеры и терапевты учили клиентов тому, что противоположное действие требует от них действовать таким образом, чтобы вызвать противоположную эмоцию, а не просто действовать против скрытого и открытого поведения, связанного с существующей эмоцией. Тренеры навыков могут получить корректирующую обратную связь друг от друга, если не разделяют одни и те же неточные убеждения, а индивидуальные терапевты могут дать обратную связь тренерам навыков, если обнаружат во время индивидуальной терапии, что клиент получил неправильную информацию от тренеров навыков. При прослушивании записей сеансов терапии, как правило, консультационным командам предоставляется хорошая возможность определить, когда у индивидуальных терапевтов возникают такие проблемы, при этом ролевые игры могут оказаться полезной альтернативой или дополнением. Обычно предоставления клиницисту корректирующей обратной связи и репетиции с ним процесса обучения навыку достаточно, чтобы решить эту проблему. Если нет, то клиницисту может потребоваться более внимательно прочитать, например, книги, статьи или главы о регулировании эмоций, посмотреть обучающие видео по тренингу навыков, посетить соответствующие тренинги (например, ретриты осознанности) или больше практиковать обучение навыкам во время консультационных встреч.

Как компонент терапии навыки осознанности кажутся наиболее уязвимыми к ошибкам в обучении клинициста и понимании клиента. Многие клиницисты прошли минимальную подготовку по осознанности, которая может частично объяснить трудности. Например, предоставляя инструкции по навыкам осознанности, некоторые терапевты путают “отпускание” с “отталкиванием” мыслей или эмоций. В других случаях они научили клиентов полагать, что осознанность функционирует в первую очередь для получения облегчения, релаксации или удовольствия. Врач может сделать это напрямую (например, заявив, что осознанность поможет клиентам расслабиться) или косвенно (например, спросив, практикуют ли клиенты упражнения на осознанность). Осознанность, однако, включает в себя развитие большего осознания того, что происходит в настоящий момент, безоценочно. Часто то, что происходит, трудно,

огорчает и не дает ничего такого, что мог бы дать отдых. Признание и принятие дистресса или дискомфорта является существенной частью осознанности. Клиенты, которые ожидают “наслаждения” осознанностью или “чувства расслабленности” и не получают такого опыта, обычно заключают, что либо осознанность “не работает”, либо они “не могут сделать это правильно”. Даже у клиницистов, имеющих опыт в других видах терапии, основанных на осознанности, могут возникнуть проблемы, поскольку ДПТ учит осознанности определенным образом [Williams & Swales, 2004]. Например, многие клиницисты путают “оценочность”, как описано в руководстве по обучению навыкам, с тем, как другие психологические модели используют термин “суждение” в качестве синонима для интерпретаций (например, “Фи не разговаривает со мной, потому что не любит меня”) или ожиданий (например, “Ни один из навыков у меня не будет работать”). Хотя клиенты часто получают пользу, осознанно замечая, описывая и отпуская другие виды мыслей, недостаток понимания в отношении суждений и навыка безоценочности как минимум сбивает клиентов с толку и часто приводит к инвалидации валидного.

Некоторые терапевты путают упражнения на осознанность с осознанной жизнью. В таком случае клиенты полагают, что осознанность означает необходимость прекратить делать то, что они делали, и вместо этого выполнять упражнения на осознанность. Например, когда индивидуальный терапевт попросил клиента описать осознанность, клиент сказал: “Это когда вы расстроены и растираете лосьон в ладонях, и чувствуете его запах или съедаете изюм и обращаете внимание на то, каков он на вкус, или смотрите на следы на листьях”. В таком случае клиенты учатся использовать практики осознанности как еще один способ отвлечься от своей жизни.

Упражнения или практики осознанности в ДПТ — это просто упражнения или практики, предназначенные для обучения и укрепления навыков осознанности, подобно тому, как студент выполняет математические упражнения или музыкант практикует аккорды. Упражнения просто предоставляют отдельную возможность замечать блуждающий ум и возвращать его к настоящему

моменту, замечать суждения или привязанности, которые мешают действовать по фактам ситуации, и наблюдать эмоции, не действуя импульсивно. В одном случае терапевт заметил, что его клиент часто приходил на сеансы очень взволнованным, беспокоясь о множестве событий прошлой недели, и быстро говорил о своих тревогах, входя в кабинет. Терапевт правильно определил, что клиент был неосознанным и разумно решил вмешаться, чтобы сосредоточить клиента на непосредственных задачах сеанса. Терапевт предложил клиенту практиковать осознанность звуков в помещении. Клиент занялся практикой и показался на мгновение менее взволнованным, но затем сразу же начал перечислять свои заботы, как и раньше. Неудача вмешательства достаточно удивила терапевта, чтобы он обсудил проблему со своей командой. Группа выдвинула две гипотезы. Во-первых, эмоциональное возбуждение клиента, возможно, помешало полноценному участию в практике, хотя мгновенное прекращение перечисления тревог аргументировало против этой гипотезы. Во-вторых, клиент, возможно, использовал практику осознанности как отвлечение от терапии, при этом, когда отвлечение закончилось, вернулись неосознанное мышление и соответствующее поведение. После выбора второй гипотезы как более точной, терапевт и команда провели ролевое проигрывание, как дать клиенту поведенчески конкретные инструкции о том, как быть осознанным на сессии. Самое главное в этом случае — терапевт дал указания о том, как сознательно участвовать в работе на сессии, в частности чтобы заметить, когда тревожные мысли отвлекают от работы, и вновь сосредоточить свое внимание на завершении каждой конкретной задачи, например, отвечая на вопросы терапевта и предоставляя информацию, относящуюся к задаче, или при реализации решений. В инструкции также были включены указания, как заметить беспокойство и возбуждение и связанные с ними поведения, в том числе неглубокое дыхание и перечисление домашних забот, в качестве первого шага к управлению возбуждением. Предоставление клиенту этих инструкций о том, как быть осознанным в существующей ситуации, значительно повысило способность клиента к сознательному участию во время следующей сессии.

Пренебрежение обучением компонентам навыка

Клиницисты иногда предоставляют точную информацию о новом навыке, но не могут научить клиентов его основным компонентам, предоставить достаточные инструкции о них или смоделировать эти компоненты.

Например, клиницисты могут научить клиентов, как применять радикальное принятие к событию или ситуации, но не как использовать навык, чтобы справиться с эмоциональной реакцией на ситуацию, или как принять то, что, если они хотят изменить ситуацию или свою эмоциональную реакцию на нее, им нужно будет изменить свое поведение. Этот тип проблемы, как правило, возникает потому, что у терапевта недостаточно знаний о навыке или он недостаточно валидирует трудности его приобретения. Например, один индивидуальный терапевт неоднократно отказывался от моделирования того, как клиенты могут реализовать навыки межличностного общения ДПТ, потому что признавал недостаточность своих знаний о навыках ДПТ и опасался, что моделирование разоблачит его невежество.

Клиницисты, которые узнают об осознанности только из руководства по навыкам [*Linehan, 1993b*], кажется, менее склонны учить клиентов, как замечать другие типы автоматического мышления. Во многих случаях клиницисты просто давали клиентам инструкции “Заметить свои суждения и отпустить их”, не предоставляя инструкций о том, как это сделать. Таким образом, когда клиенты пытаются отпустить мысли, они либо вообще не преуспевают, либо мысль быстро возвращается, чтобы “заполнить ментальную пустоту”. Решения, описанные выше для передачи неточной информации, в равной степени применимы и к этой проблеме.

УКРЕПЛЕНИЕ НАВЫКОВ

Концептуализация и стратегии

Функция укрепления навыков состоит в том, чтобы повысить вероятность использования клиентами определенных навыков и их компетентность в выполнении этих навыков. Процедуры укрепления

навыков в ДПТ состоят из побуждения клиента к тренировкам навыка, подкрепления повышения мастерства клиентов в его выполнении, обеспечения обратной связи относительно любых проблем с тренировкой и обучением клиента тому, как улучшить реализацию навыка. Бандура [*Bandura, 1971*] предположил, что моделирование принесет пользу, если терапевт участвует в практике клиента, а затем формирует эту практику. Последующие исследования последовательно подтверждают это предположение. Тренеры навыков и индивидуальные терапевты применяют процедуры укрепления навыков каждый раз, они знакомят клиентов с новым навыком. Тренеры навыков обычно повторяют эту процедуру для конкретного навыка только тогда, когда обучают этому навыку снова в группе, за исключением навыков осознанности, которые они пытаются укреплять еженедельно, начиная группу с упражнения на осознанность. В отличие от этого индивидуальным терапевтам и тренерам навыков, возможно, придется повторить процедуры несколько раз для навыка, даже если клиенты уже приобрели базовые знания о навыке, но показывают плохую компетентность в его применении или использует его реже, чем необходимо.

Поведенческая репетиция требует, чтобы клиенты практиковали соответствующие компоненты навыка во время сессии. Например, терапевт Джейн попросил, чтобы она повторяла вслух осознанные мысли, которые у нее будут появляться в следующий раз, когда она подумает “Я всегда буду толстой”. Чтобы практиковать действия, противоположные необоснованному уровню вины и стыда, он заставил Джейн практиковать поднятие головы и зрительный контакт каждый раз, когда она отводила взгляд на сессии из-за неоправданной вины или стыда. Он также заставил Джейн снова представить себя в ситуации, когда она подошла к туалету и отвернулась, а затем поднять голову, сказав себе “Стоп!” В отличие от Джека (его стационарное лечение описано в главе 4), его терапевт действовал на примере ситуации, в которой необоснованный гнев заставил Джека кричать на медсестру, которая сделала ему замечание из-за плевка. Терапевт играл медсестру, а Джек играл себя, используя навык противоположного действия. Джек тренировался сидеть, а не приближаться к “медсестре”, и разжимать пальцы, а не сжимать их

в кулаки. Он также практиковал признание ответственности и извинения умеренным голосом, а не обвинение и осуждение громким голосом. Сьюзан и ее терапевт также использовали ролевую игру, когда Сьюзан нужно настаивать на том, чтобы незнакомец покинул ее дом, для выработки навыков межличностного общения. При повторении более сложных навыков клиентам часто нужно репетировать компоненты навыка по отдельности. Например, Джек и его терапевт сначала репетировали сидение и разжимание, а затем — как говорить, принимая ответственность и извиняясь, прежде чем объединить компоненты в ролевой игре. Как обсуждается в главе 4, терапевты должны обеспечить для клиентов практику основных элементов навыков, а не просто их перечислить. Кроме того, как указано в главе 4, индивидуальные терапевты должны тратить больше времени с новыми клиентами на приобретение навыков и их укрепление. По мере продвижения терапии у клиентов появляется больше навыков в репертуаре и приходится меньше их повторять во время сессии.

Клиенты должны в конечном счете получить подкрепление для выполнения навыка в их естественной среде, чтобы поддерживать достаточно высокое положение навыка в иерархии поведенческих ответов. Однако клиницистам обычно нужно укреплять навыки с помощью повторений уже в процессе обучения, чтобы навык вообще появился в иерархии. Врачи-клиницисты обеспечивают подкрепление как практики в целом, так и грамотной демонстрации компонентов навыка в частности. Хотя тренеры групп навыков обычно не имеют достаточно времени, чтобы точно оценить, какой тип ответа подкрепит каждого клиента, индивидуальные терапевты могут максимизировать эффективность подкрепления и своих ответов, уделяя время тому, чтобы оценить с клиентами, какие типы ответов терапевта могут усилить использование навыков, а какие их наказать.

На раннем этапе лечения единственное, что могут подкреплять ДПТ-терапевты, — это практика навыков, так как клиенты обычно не находят репетицию по своей сути усиливающей и не имеют достаточной компетенции в навыке, чтобы навык немедленно имел предполагаемый внутренний или внешний эффект. Когда клиенты

занимаются повторением навыков более последовательно и учатся более грамотно их реализовывать, терапевты снижают интенсивность подкрепления, оставляя его только в том, что касается использования навыков во внешней среде. Более подробно ключевые принципы подкрепления рассматриваются в главе 8.

В дополнение к использованию поведенческой репетиции в качестве возможности для укрепления компетентной практики навыков клиницисты используют репетицию для выявления и исправления любых ошибок или упущений в общем понимании или конкретных попытках клиента. Выявление ошибок и упущений требует, чтобы терапевты оставались одинаково бдительными к вербальному и невербальному поведению и замечали тонкие аспекты и того, и другого. Например, один терапевт заметил, что, когда его клиентка практиковала радикальное принятие, она сказала: “Я радикально принимаю ситуацию, в которой нахожусь”, напрягая при этом челюсть и сжимая кулаки. Таким образом, она тренировала речевой компонент поведения, соответствующий навыку, но ее невербальное поведение указывало на обратное.

Во время первой ролевой игры Джека терапевт заметил, что, когда Джек сидел в кресле, он наклонился вперед таким образом, чтобы подготовиться к выпад вперед, и когда он извинился, его губа дернулась, как могло бы быть при рычании. Если терапевты замечают упущение или ошибку, они предлагают поведенчески специфическую обратную связь о проблеме и инструкции о том, как улучшить реализацию навыка. Например, терапевт описал напряженную челюсть клиентки и сжатые кулаки и предположил, что клиентка может найти радикальное принятие более эффективным, если изменит мышечное напряжение. Затем терапевт предоставил конкретные инструкции, как использовать тело как часть навыка. Терапевт Джека смоделировал несколько способов сидеть в кресле, которые будут блокировать “выпад” вперед. В идеале после обратной связи и коучинга терапевты просят клиентов повторить навык еще раз. Джеку потребовалось три ролевых проигрывания, прежде чем навык оказался достаточно подкрепленным, чтобы у него появился шанс успешно реализовать его в отделении. Терапевты часто могут повышать эффективность процедуры укрепления навыков, прерывая репетиции клиентов, как только

замечают ошибку, особенно если они ранее предоставили обратную связь и инструктаж относительно этой ошибки. Когда Джек бросился вперед во время второго ролевого проигрывания, его терапевт прервал ролевою игрою с некоторой похвалой, а затем попросил, чтобы Джек просто практиковал разные способы сидения, которые блокировали бы выпад, прежде чем они вернулись к ролевому проигрыванию в целом. Во время второго и третьего ролевого проигрывания, когда Джек дергал губой, терапевт обеспечивал обратную связь, просто говоря “Не дергай”, что побудило Джека выполнить соответствующие инструкции.

Такие прерывания блокируют потенциальную возможность подкрепления ошибок, хотя терапевты должны проверить, что они не наказывают, пытаясь отрепетировать навык. Успешное предоставление обратной связи и коучинг также требуют понимания, какой объем обратной связи будет подавлять клиента или препятствовать ему.

Общие проблемы

В связи с процедурами укрепления навыков могут возникать различные проблемы. Неспособность отрепетировать навыки вообще является самой значительной проблемой среди индивидуальных терапевтов, однако в тренинге навыков это происходит реже, поскольку в руководстве по навыкам М. Линехан [*Linehan, 1993b, 2014*] содержатся конкретные инструкции о том, когда и что репетировать. Проблемное поведение, которое происходит в разных вариантах предоставления терапии, включает в себя недостаточно отрепетированные навыки, подкрепление отказа клиентов от репетиций или избегания репетиций, неспособность обеспечить необходимую обратную связь и коучинг, а также ошибочную обратную связь и упрощение навыка в момент осуществления коучинга. Многие из решений, описанных в главе 4 для реализации решений, применимы к проблемам укрепления навыков.

Неспособность заставить репетировать навыки

Клиницисты не всегда могут распознать, пропускают ли они несколько раз поведенческую репетицию или принимают за практику

слишком поверхностную тренировку. Тренеры по навыкам имеют преимущество, так как работают с ко-тренерами, которые могут заметить проблему, которую пропустил другой тренер. Некоторые индивидуальные терапевты и тренеры навыков определяют проблему сами, но другие замечают ее только после того, как консультационная команда прослушала запись или провела ролевую игру с терапевтом. Аналогичным образом некоторые терапевты легко выявляют причины проблемы, в то время как другим требуется более структурированный анализ контролирующих переменных. Как обсуждается в главе 4, посвященной анализу решений, общие причины включают плохое управление временем, убежденность в том, что инсайт важнее действий, а также путаницу между описанием, генерализацией навыка и его репетицией. Мысли и эмоции, оправданные или необоснованные, часто препятствуют репетиции навыков. Например, многие терапевты могут опасаться, что клиенты откажутся, и терапевты не будут знать, как реагировать на ПТП клиентов. Некоторые терапевты чувствуют затруднения, когда речь идет о том, чтобы попросить клиентов сделать что-то трудное, и испытывают смущение во время ролевой игры.

В отдельных случаях клиницисты могут генерировать и внедрять решения для проблем, связанных с репетицией навыков, практически без консультаций с командой. Например, некоторые индивидуальные терапевты сообщили, что выделение времени на работу в качестве инструкторов навыков существенно помогает решать различные проблемы. Терапевт, который не знает, как реагировать на отказы клиентов репетировать, может попросить команду сыграть различные роли. В одном случае терапевт определила две ключевые управляющие переменные, снижающие частоту поведенческих репетиций, а именно — мысль о том, что “репетиция не имеет значения, так как клиент все равно не использует навыки”, и тот факт, что ее клиент редко внедрял новые навыки. Для мысли она попробовала когнитивную реструктуризацию, а также осознанное смещение фокуса внимания с этой мысли на участие в поведенческой репетиции. В этом случае осознанность оказалась более эффективной, поскольку когнитивная реструктуризация отвлекала ее от продолжения репетиции. В связи с отсутствием подкрепления она

обратилась к команде за консультацией по поводу того, как повысить использование навыков клиентом. Команда провела консультацию, но ожидала, что использование навыков будет улучшаться медленно, поэтому предложила терапевту также сосредоточиться на другом немедленном подкреплении для репетиций с клиентом. Терапевт обнаружила, что оценка ее собственной работы с точки зрения ее приверженности лечению, а не частоты использования навыков клиентом, значительно увеличила подкрепление для дальнейших репетиций.

В некоторых случаях врачам-клиницистам может потребоваться дополнительная консультация со стороны команды для выявления управляющих переменных, приводящих к проблеме с применением навыков, или дополнительная помощь в реализации соответствующих решений. В одном случае команда первоначально определила убеждения, связанные со снижением частоты репетиций навыков, как основную причину, по которой терапевт редко просил клиентов репетировать. Они попытались использовать когнитивную реструктуризацию, представляя соответствующие данные, а также предлагая осознавать мешающие убеждения. Когда поведение терапевта не улучшилось, новый анализ проблемы показал, что терапевт обычно “чувствовал усталость” во время сеансов и хотел уменьшить свои усилия и что функция убеждений заключалась в том, чтобы оправдать уменьшение усилий. Затем команда сосредоточила свой анализ решения на “усталости” и позаботилась об обуславливающем управлении для проведения последовательной терапии против уменьшения усилий. В другом случае терапевт знала, что смущение мешает ей участвовать в ролевом проигрывании в любом терапевтическом контексте и что это мешает как ее моделированию, так и репетиции межличностных навыков с клиентом. Она решила попробовать противоположные действия, попросив консультационную команду “требовать” от нее еженедельного проведения межличностных ролевых игр. Во время этих ролевых игр команда выявила несколько связанных со смущением поведений, включая нерешительность, с которой терапевт просила “клиента” репетировать, ее позу во время репетиций и ее обширную и чрезмерную похвалу “клиента” в конце. Со временем,

однако, частота ролевых проигрываний во время сеансов не увеличилась, а ее смущение не уменьшилось. Анализ, проведенный командой, показал, что, хотя терапевт явно действовала противоположно, скрытно она поддерживала несколько связанных со смущением мыслей, особенно хронические негативные самооценки. Ее смущение уменьшилось только после того, как терапевт отнеслась к этим мыслям осознанно.

Подкрепление отказов клиентов от репетиций

Некоторые терапевты последовательно пытаются проводить поведенческую репетицию во время сессии, но затем подкрепляют клиентов, отказываясь от репетиции или иным образом ее избегая. Такое подкрепление может быть результатом молчаливого сговора терапевтов с клиентами из-за собственных мотивационных проблем терапевтов, и для него применяются ранее обсуждавшиеся стратегии для мотивационных переменных. Также у терапевтов может быть дефицит навыков в более стратегических ответах. В этих случаях терапевты должны изучать и применять те же типы стратегий решения проблем, что и для любого другого ПТП клиента. Часто достаточно просто кратко напомнить клиентам об их целях и связать эти цели непосредственно с практикой навыков. Точно так же, уточняя другие обуславливающие последствия отказа, можно уменьшить избегание. Например, после того как Рита и ее терапевт обсудили, какие межличностные навыки использовать вместо того, чтобы угрожать психиатру (см. врезку 4.1 в главе 4), Рита первоначально отказалась от репетиции навыка. Затем ее терапевт подчеркнул, что репетиция навыков во время сессии, вероятно, повысит способность Риты использовать их позже с психиатром и, следовательно, достичь своих межличностных целей, а именно — чтобы психиатр “понял” ее и не выписал из стационара. Терапевт также пояснил, что продолжающийся отказ Риты уменьшит ее собственную мотивацию, чтобы научиться управлять ее отношениями с психиатром. Тогда Рита согласилась репетировать, хотя и неохотно. В других случаях клиенты перестанут отказываться, если их терапевты обучат их тому, как уменьшать или терпеть любые эмоции, контролируемые отказ.

Если такие краткие вмешательства невозможны, то терапевт будет продвигаться к проведению краткого, но более структурированного ЦА факторов, приводящих к отказу. В случае Джанин, стационарной пациентки с анорексией, консультационная команда заметила, слушая запись сессии, что терапевт всегда сразу же переходил к другому решению, если просил Джанин репетировать решение, а Джанин отказывалась. Терапевт объяснил, что в ответ на отказы от предыдущих репетиций он связал репетицию с целями Джанин и разъяснил преимущества репетиций и затраты на то, чтобы не репетировать, но Джанин всегда продолжала отказываться.

Команда подчеркнула, что терапевт только пытался “уговорить клиента” репетировать и никогда не анализировал, почему Джанин отказывалась. Во время следующего сеанса индивидуальной терапии, когда Джанин отказалась репетировать упражнение, в котором нужно было описать свое тело мысленно и безоценочно, терапевт провел краткий анализ отказа. Он обнаружил, что после просьбы Джанин сосредоточилась на своем теле и сразу же испытала сильное физическое отвращение. Затем она подумала, что терапевт “Не должен просить меня делать это. Он знает, что это заставит меня почувствовать тошноту”, и испытала всплеск гнева, который привел к снижению отвращения и отказу репетировать. Затем отвращение еще уменьшилось, и Джанин рассказала, что в прошлом, когда терапевт переставал просить о репетиции, гнев также рассеивался. После этого анализа терапевт валидировал нежелание Джанин, особенно потому, что просьба практиковать упражнение вызвала такие тревожные эмоции, и потому, что отказ ранее был подкреплен как уменьшением эмоционального дистресса, так и прекращением просьб терапевта репетировать навык. Затем они согласились сосредоточиться на работе с отвращением, поскольку гнев казался вторичной эмоцией, функция которой была в том, чтобы облегчить избегание отвращения.

Джанин охотно репетировала различные аспекты противоположного действия, чтобы уменьшить отвращение, в том числе двигаясь вперед, а не прижимаясь к стулу, глядя вперед, а не отводя взгляд, открывая глаза вместо того, чтобы щуриться, расслабляя

нос, а не сморщивая его, и легко улыбаясь вместо того, чтобы напрягать верхнюю губу. Джанин также репетировала радикальное принятие того, что испытывает некоторое отвращение. С некоторым колебанием терапевт затем попросил Джанин снова репетировать, описывая свое тело осознанно, и Джанин согласилась, используя противоположные действия, чтобы свести к минимуму отвращение, которое первоначально вызвала репетиция. Это возвращение к первоначальной просьбе, которая вызвала отказ, имело большое значение для лечения ПТП. Без этого анализ отказа от репетиций мог бы послужить дальнейшему уклонению от необходимой тренировки. Другими словами, терапевт использовал процедуры обуславливающего управления для борьбы с избеганием репетиции.

Пренебрежение обратной связью и коучингом

Клиницисты, успешно добивающиеся поведенческой репетиции, все еще могут свести к минимуму влияние репетиции, если не смогут обеспечить необходимую корректирующую обратную связь и коучинг. Тренеры навыков кажутся такими же уязвимыми к этой проблеме, как и индивидуальные терапевты. Некоторые терапевты не замечают соответствующих ошибок и упущений либо потому, что не научились навыку достаточно хорошо, чтобы определить такие проблемы, либо потому, что стали неосознанными во время сессии.

Чтобы устранить первую причину, терапевтам может потребоваться более глубокое обучение навыкам (например, чтение книг и просмотр видео) или большее количество отзывов от команды о записях сеансов и больше ролевых игр с консультационной командой. В том, что касается тренеров навыков, также может помочь, если ко-тренер заметит проблему и обратит на нее внимание. Для того чтобы справиться с дефицитом внимания, терапевты могут нуждаться в большем количестве практики осознанности, связанной с отвлечением во время сессии, или в лучшей физической заботе для повышения осознанности (например, достаточный сон, физические упражнения до сессий и свежий воздух во время сессий). Другие терапевты замечают ошибки и упущения, но не исправляют их либо потому, что не научились достаточно хорошо обеспечивать

обратную связь или коучинг, или потому, что какие-то мысли или эмоции этому мешают. Ролевые игры с консультационной командой о том, как дать обратную связь, и коучинг могут помочь эффективно устранить этот дефицит навыков. Убеждения, которые препятствуют предоставлению обратной связи и коучинга, включают уверенность в том, что клиницисты не должны инвалидировать клиентов, что клиенты должны любить их и что обратная связь может наказывать клиентов, которые затем будут избегать дальнейшей практики. Эмоции, которые препятствуют обратной связи, включают страхи о том, что клиенты будут сердиться, а терапевты будут испытывать чувство вины за то, что “толкают” клиентов. Решения для любого конкретного терапевта зависят от конкретных мыслей и эмоций, контролирующих поведение терапевта.

Наблюдая за записью сеанса, клиницисты из ДПТ-команды Риты заметили, что ее терапевт не смог обеспечить обратную связь и коучинг репетиции навыков межличностной эффективности Риты. В частности, терапевт не формировал тон голоса Риты и ее позу, которые передавали ее гнев. Неспособность изменить это поведение снизила эффективность применения навыков Риты в отделении стационара. Терапевт Риты заметил проблемы с тоном голоса и осанкой, но страх и связанные с ним убеждения помешали ей выделить их. Анализируя свою неспособность формировать поведение Риты, терапевт понял, что сделал потенциально неточные предположения о поведении. Поскольку Рита ранее вообще отказывалась от ролевой игры, терапевт автоматически предположил, что любая корректирующая обратная связь накажет готовность Риты на этой сессии к ролевой игре. Команда предложила терапевту изучить доказательства этого предположения, обсудив его с Ритой. Они также предложили способы, которыми терапевт мог бы свести к минимуму любые последствия наказания и сбалансировать их с большим подкреплением. Терапевт также признал, что опасался, что любое формирование навыков подтолкнет Риту к дальнейшим жалобам на нее. Поскольку поведение Риты в прошлом оправдывало этот страх, команда сначала валидировала страх как устно, так и путем решения проблем, связанных с тем, как свести к минимуму вероятность жалоб и устранить любые угрозы, которые бывали раньше.

Команда также помогла терапевту отрепетировать противоположные действия, так как интенсивность страха достигла неоправданных уровней.

Наконец терапевт в ролевом проигрывании отработал эффективную обратную связь с Ритой о проблемах с позой и тоном голоса, используя при этом валидацию сложности задачи для Риты и подкрепление ее усилий.

Предоставление неточной или неполной обратной связи и коучинга

Клиницисты, дающие корректирующую обратную связь и коучинг, иногда делают это с ошибками или упрощенно. Например, в некоторых случаях, когда клиенты репетировали, мысленно описывая свое внутреннее состояние и отвращение (например, “Я ненавижу своего бывшего мужа”), их терапевты “исправили” их ошибочно, назвав суждение оценочным. Когда клиенты репетируют “за” и “против”, некоторые терапевты позволяют им просто читать ряд последствий с таким малым включением или эмоцией, как при чтении списка покупок. Несмотря на точность, такое чтение часто сводит к минимуму влияние навыка. Наиболее распространенные причины этих проблем включают в себя те же причины, по которым клиницисты предоставляют неточную или неполную информацию во время приобретения навыков, а именно — недостаточное знание навыков и инвалидацию сложности тренировки навыка. К счастью, те же решения применимы и в этом случае. Кроме того, некоторые клиницисты не развили способность тренировать, хотя приобрели точные знания о навыках. Коучинг требует замечать ошибки и упущения, выделяя их таким образом, чтобы поддерживать вовлеченность клиента, предоставляя конкретные инструкции, моделируя приобретение навыков и, наконец, мотивируя клиента снова отрепетировать навык и, возможно, повторить весь процесс еще раз. Однако терапевты могут развивать эту способность, просматривая обучающие видеоролики, используя ролевые игры с консультационной командой и много практикуя с клиентами.

ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ НАВЫКОВ

Концептуализация и стратегии

Процедуры генерализации навыков помогают клиентам научиться использовать навыки, приобретенные в ходе лечения, в их повседневной жизни. Клиенты ведут себя иногда умело во время сессии, но в других условиях могут возникать трудности. Другие люди затем обвиняют клиентов в том, что они “просто не хотят” вести себя умело, в то время как клиенты “хотят” вести себя умело, но не научились генерализовать навыки в разных контекстах. Два вида процедур используются для максимальной генерализации навыков в различных контекстах, с которыми сталкиваются клиенты. Генерализация стимула включает в себя выявление возможностей практиковать один навык в различных контекстах, в то время как генерализация ответа включает в себя обучение клиентов, как выбирать и комбинировать различные варианты навыков в одном и том же контексте.

К тому же, чтобы убедиться, что клиенты имеют возможность реализовать ряд навыков для целого ряда контекстов, терапевты должны следить и за обуславливающими последствиями реализации. Терапевты включают процедуры генерализации, когда и терапевт, и клиент оба готовятся к реализации навыков, а затем пересматривают их.

Усиление генерализации стимулов

Для усиления генерализации стимулов терапевты выявляют соответствующие внешние и внутренние контексты и поощряют клиентов практиковать навыки в этих условиях. В идеале эти условия будут различаться, как в том, что касается стимулов, так и в том, что касается обуславливающих последствий, чтобы в обоих случаях определить, насколько хорошо навыки генерализованы. Руководство по обучению навыкам [Linehan, 1993b, 2014] содержит еженедельные домашние задания для клиентов, которые затем надо пересмотреть на следующей неделе. Чтобы повысить вероятность того, что клиент может успешно выполнить домашнее задание, тренеры навыков

направляют выбор клиентов относительно простых или более сложных контекстов для этих заданий. Индивидуальные терапевты также задают домашние задания, но основывают их на собственных знаниях о недостатках навыков каждого клиента. Индивидуальные терапевты могут также “выйти в поле”, чтобы провести подкрепление навыков в местах, где клиенты будут их использовать. Например, во время претерапевтической стадии клиенты, которые ожидают, что тревога может препятствовать их посещению группы тренинга навыков, часто получают выгоду от репетиции навыков управления тревогой в группе тренинга навыков, а не в кабинете у терапевта. Тренеры навыков обеспечивают коучинг в то время, когда клиенты все еще находятся в их естественной среде.

Соответствующие внешние среды для генерализации стимулов включают как физические, так и межличностные среды; например, исследование показало связь между жаркой погодой и агрессией [Anderson, 1989]. Ночное время чаще, чем дневное, представляет собой набор различных раздражителей. Некоторые клиенты испытывают больше стресса в шумных условиях, чем в тишине. Что касается межличностных контекстов, мультимодальный характер ДПТ сразу же предоставляет несколько контекстов, в которых можно практиковать навыки. Клиенты реализуют навыки, приобретенные и укрепленные в группе тренинга навыков, с их индивидуальным терапевтом. В соглашении о консультационной команде, которое называется “соглашение о согласованности” [Linehan, 1993a], прямо говорится, что единодушие в ответах, методах или стилях терапевтов не требуется. Это соглашение действует главным образом для усиления генерализации. Таким образом, терапевты могут использовать различные методы для обучения навыкам, выражать контрастные уровни провокативности, иметь разные уровни интенсивности подкрепления или требовать различного межличностного поведения, прежде чем обеспечить подкрепление.

Врачи-клиницисты ДПТ могут обеспечить корректирующую обратную связь и коучинг для клиентов, если это необходимо, создавая тем самым оптимальную среду для клиентов, чтобы экспериментировать с реализацией навыков. Многие клиенты ДПТ также подвергаются лечению, отличному от ДПТ (например, ходят на

консультации к психиатру или социальному работнику), обеспечивающие дополнительные контексты, в которых клиент может практиковать навыки. В первую очередь, однако, терапевты сосредоточены на оказании помощи клиентам в генерализации навыков в семейных и других социальных контекстах.

В то время как вариации во внешнем контексте предоставляют многочисленные возможности для генерализации, часто наиболее существенные проблемы для клиентов возникают из-за значительных колебаний их внутренней психологической и физиологической среды. Навыки, эффективные в одном внутреннем состоянии, могут полностью испариться в другом! Например, исследование самоконтроля [*Clailot & Baumeister, 2007*] продемонстрировало, что низкий уровень глюкозы является предиктором плохого функционирования, эмоциональной регуляции и управления импульсами. Эмоции, аффективные расстройства, слуховые галлюцинации и недостаток сна могут в равной степени снизить способность к выполнению навыков. Для того чтобы помочь клиентам перейти от укрепления навыков во время сессии к их генерализации вне сессии, терапевты пытаются предвидеть внутренние состояния, в которых клиент будет использовать навыки, и включать их в репетиции. Например, гнев Риты во время сессии препятствовал терапевту в оказании помощи в укреплении навыков межличностного общения Риты, при этом наличие этого гнева также создало более “реалистичную” среду. В качестве альтернативы может быть достаточно просто попросить клиентов представить определенную эмоцию или другое внутреннее состояние.

Для обеспечения того, чтобы клиенты не забывали практиковать навык во всех соответствующих контекстах, иногда необходимо, чтобы терапевт помог клиенту создать ассоциации между стимулом в контексте и навыком или добавить соответствующий стимул к контексту. Например, Джейн нужно практиковать осознанность и использовать серфинг желаний при одевании. Ее терапевт предложил, чтобы она неоднократно подходила к своему шкафу и смотрела на него, думая об этих навыках, чтобы сформировать ассоциацию: когда она видит шкаф, у нее возникает побуждение практиковать навыки. Ее терапевт также предложил, чтобы она прикрепила надпись “Осознанность” к дверце шкафа, пока

не сложилась ассоциация. Позже они применили аналогичный набор стратегий в ванной комнате. Кроме того, терапевт Джейн дал ей домашнее задание, которое потребовало от нее практиковать каждую стандартную задачу в ванной. Терапевт Сьюзан поднял палец и произнес единственную инструкцию: “Будь осознанной!”, когда Сьюзан сказала что-то оценочное. Хотя это функционировало в первую очередь как укрепление навыков, Сьюзан сообщила, что после нескольких недель такого укрепления, когда у нее возникали определенные оценочные мысли вне сеанса, воспоминания о терапевте вспыхивала в ее разуме. Терапевт Сьюзан также рекомендовал ей использовать заметки или знаки в критических местах, например в ее вечерней сумочке.

Усиление генерализации ответов

Генерализация ответов учитывает тот факт, что не все навыки работают во всех контекстах и что в большинстве ситуаций требуется несколько навыков. Это — реальность, особенно для сложных клиентов, которые нуждаются в такой терапии, как ДПТ. Процедуры генерализации ответов направлены на обеспечение широкого набора навыков гибкого реагирования в различных контекстах и возможность комбинировать эти варианты в любой конкретной ситуации. Первое учебное пособие тренинга навыков [Linehan, 1993b], например, содержит 176 способов усиления положительных эмоций от приятного события. В нем определено несколько общих вариантов преодоления кризисов, включая самоподдержку. Затем в нем предлагается несколько способов реализации самоподдержки, так как не всем нравится лосьон, а принятие ванны с пеной на работе, вероятно, вызовет еще один кризис. Индивидуальные терапевты способствуют генерализации ответов, когда валидируют то, что клиенты знают несколько навыков для одной управляющей переменной. Например, чтобы уменьшить эмоции, клиенты учатся с помощью навыков менять свою физиологию, переориентировать свое внимание и действовать вопреки эмоциональным побуждениям. Чтобы уменьшить физиологическое возбуждение для “горячих” эмоций, Джейн научилась погружать лицо в холодную воду [Linehan, 2014], изменять дыхание и расслаблять мышцы.

Холодная вода оказалась наиболее эффективной, но применима в немногих контекстах. Клиентам нужны навыки, чтобы помочь им немедленно изменять аспекты ситуации и навыки, которые помогут им предотвратить повторение ситуации. Терапевты стараются обеспечить, чтобы клиенты развивали различные навыки для различных типов звеньев в цепочке, например, как в анализах решений Джейн и Сьюзан (см. врезки 4.2 и 4.3 соответственно в главе 4). Терапевты также обучают клиентов принципам, которые они используют для создания решений для клиентов, в том числе тому, как сопоставлять связи с решениями (см. главу 4) и как упорядочивать решения. Например, интенсивные эмоции часто требуют изменения физиологического возбуждения или переориентации внимания, чтобы снизить их интенсивность, прежде чем клиенты смогут эффективно использовать навыки, требующие большего когнитивного потенциала. Межличностный успех часто требует реализации навыков “Друг” до того, как использовать навыки “Проси так”. Терапевты также должны настороженно относиться к клиентам, использующим только ограниченный набор навыков, особенно навыков переживания кризисных ситуаций или других краткосрочных решений, когда лучше соответствовали бы другие навыки. Со временем терапевты и тренеры по навыкам уменьшают генерирование решений и требуют от клиента большего количества самостоятельных решений.

Случай Джейн дает пример сложности навыков, часто необходимых для достижения одной цели. Когда Джейн сказала терапевту, что “чувствовала себя напряженной” из-за того, что ее мать всегда “наблюдает за ней”, и что это “сделало ее слишком застенчивой”, что мешает применять многие из ее ДПТ-навыков, она и ее терапевт начали репетировать навык “Проси так”, с помощью которого можно было бы попросить мать оставлять ее в одиночестве для тренировки навыков. После нескольких сеансов Джейн сообщила, что ее мать по-прежнему не оставляет ее одну, оправдывая это тем, что побуждения Джейн к самоповреждению означают, что оставлять ее без присмотра “не будет хорошей идеей”. Джейн и ее терапевт пригласили ее мать на следующий сеанс, чтобы объяснить стратегию. Во время этого обсуждения терапевт попросил, чтобы

Джейн потренировалась просить мать дать ей время в одиночестве для тренировки навыков. Хотя содержание того, что сказала Джейн, указывало на некоторую силу межличностных навыков, то, как она сказала, указывало на значительную слабость. Терапевт заметил, что Джейн спросила робким голосом, опустив голову и слегка отвернувшись. Она дышала быстрее и казалась очень эмоциональной. Когда ее спросили, Джейн сообщила, что чувствует смущение и страх. Ее мать сообщила, что такое поведение имело место и дома и усилило ее беспокойство по поводу Джейн. Сначала терапевт сосредоточился на том, чтобы помочь Джейн справиться с эмоциями, в частности используя изменение темпа дыхания для страха, изменение позы — для смущения и повышение тона голоса — и для страха, и для смущения. Эти навыки сделали Джейн более уверенной в себе. Они также включили дополнительные межличностные навыки, чтобы валидировать беспокойство матери и обсудить решение, которое помогло бы справиться с ее проблемами. После нескольких ролевых игр с матерью навыки Джейн улучшились, и мать согласилась дать ей время, чтобы тренировать навыки в одиночестве. Мать также сообщила, что она и сама почувствовала себя менее тревожной.

Последствия использования навыка определяют, насколько генерализован этот навык и насколько у клиента есть способность его использовать. Если внутренняя и внешняя среда клиента не подкрепляет навык, навык гаснет. Клиенты часто живут в средах, которые усиливают неадаптивное поведение и наказывают умелое поведение. Это в равной степени относится к внутренней и внешней среде. Например, большинство клиентов легко приобретают умение успокаивать себя, но использование навыка часто наказывается их осуждающими мыслями, такими как “Я не заслуживаю заботиться о себе” или “Я — эгоист”, и последствиями в виде вины или стыда. Когда Джек начал лучше регулировать свои эмоции и использовать больше навыков межличностного общения, некоторые новые сотрудники, не ориентированные в ДПТ, выразили озабоченность тем, что он что-то скрывает или пытается ими манипулировать. Тогда Джек стал использовать менее умелое поведение в присутствии этих сотрудников.

Ошибочные ожидания относительно навыка могут привести к угасанию, а не к укреплению навыка. Хотя клиницисты обучают клиентов, чего ожидать во время процедур приобретения навыков, у клиентов все еще могут быть неточные предположения. Клиенты могут ожидать, что одного навыка будет достаточно, когда ситуация требует нескольких. Некоторые клиенты ожидают, что только после приобретения базовых навыков и укрепления приобретенных могут произойти значительные изменения у них и у других людей в их среде. Например, клиенты, приступившие к лечению и стремящиеся улучшить свои межличностные отношения, могут решить сразу после нескольких занятий по межличностной эффективности попытаться найти решения для крупных долгосрочных семейных проблем. Хотя решение таких проблем потребует компетентности в межличностных навыках, немногие клиенты имеют достаточную компетентность на ранних этапах лечения, и такие ситуации требуют больше чем просто межличностных навыков. Успешное планирование в целях генерализации и последующего анализа тренировок часто требует оценки и сдерживания ожиданий клиентов в отношении вероятных результатов.

Для изучения новых навыков неизбежно необходимо много работать, и есть большой риск недостаточного подкрепления, пока клиенты не достигнут некоторого уровня. Например, противоположное действие может значительно уменьшить интенсивность эмоции, но оно включает в себя несколько компонентов навыка, в том числе правильную идентификацию эмоции, идентификацию нескольких действий, связанных с эмоцией (включая когнитивное поведение), и создание противоположного действия для каждого поведения, а затем — реализацию противоположного действия. Неудивительно, что клиенты могут не испытывать значительных изменений в своих эмоциях, первоначально изучая навык. Таким образом, клиенты, как правило, нуждаются в валидации относительной сложности обучения и других видов подкрепления от терапевтов, чтобы мотивировать их на этапе обучения. По иронии судьбы ограниченный, но надежный успех с одним навыком или набором навыков может привести к чрезмерному его использованию и снижению генерализации других навыков. Это, как правило, возникает, если в группе

тренинга навыков учат навыку, уже хорошо зарекомендовавшему себя в репертуаре клиента, или если клиент узнает новый навык, который надежно дает немедленные результаты без особых усилий. Использование отвлечения клиентами является типичным примером. Поскольку многие клиенты очень успешны в отвлечении, они становятся зависимыми от него (чтобы немедленно уменьшать свой дистресс). Проблема возникает, когда отвлечение внимания становится настолько подкрепленным навыком, что у клиентов мало мотивации для реализации других навыков, которые требуют большего обучения, усилий или терпения, но дают лучшие результаты в долгосрочной перспективе.

Оптимизация последствий использования навыков

Процедуры генерализации навыков также пытаются оптимизировать последствия использования навыков. Процедуры генерализации стимулов позволяют терапевтам оценивать последствия использования навыков в различных контекстах и определять наиболее подкрепляющие условия. Например, Джек и его терапевт определили, какие сотрудники будут подкреплять умелые просьбы Джека о помощи в решении проблем, а какие, вероятно, погасят поведение. Процедуры генерализации ответов включают обучение клиентов тому, как адаптировать или комбинировать свои навыки, чтобы максимизировать подкрепление и минимизировать угасание или наказание, как в примере с матерью Джейн. В некоторых случаях включение навыка, который повышает внимание ко всему спектру существующих обуславливающих последствий для использования других навыков, повышает вероятность реализации этих навыков. Например, Сюзан обладала навыками межличностного общения, чтобы сказать “нет” мужчине в баре, но больше внимания уделяла немедленному подкреплению (чувству радости), чтобы сказать “да”, чем негативным долгосрочным последствиям. Она никогда не думала, что сказать “нет” также может иметь свое положительное подкрепление. Чтобы устранить этот дисбаланс, ее терапевт помог Сюзан рассмотреть плюсы и минусы, сказать “нет” или “да”. Они следили за немедленными (например, “да” вызывает радость), промежуточными (например, “да” приводит к стыду и вине) и долгосрочными

последствиями (например, “да” рискует потерять отношения с парнем и вызвать суицидальные побуждения, “нет” достигает цели прекращения промискуитета и может вызвать чувство удовлетворения от того, что справилась с задачей). Такое внимание к более широкому спектру последствий немедленно сместило мотивацию Сьюзан сказать “нет”. Чтобы увеличить вероятность того, что Сьюзан будет использовать плюсы и минусы вне сессии, она положила список в чехол телефона, чтобы просматривать его перед посещением баров и даже в барах.

Случай Макса иллюстрирует, как терапевты поощряют использование навыков в разных контекстах, следят за обуславливающими последствиями и добавляют новые навыки и среду для максимального подкрепления. Хотя в процессе терапии Макс продолжал злоупотреблять психоактивными веществами, что обычно происходило, когда он видел своих друзей, которые использовали наркотики, при этом они агрессивно подталкивали его к употреблению. Поскольку межличностные навыки Макса с его терапевтом и семьей улучшились, его терапевт предложил практиковать некоторые навыки “Проси так” с теми друзьями, которые продавали наркотики. Макс бросил испепеляющий взгляд и сказал, что, хотя он попробовал эти “странные” навыки с “обычными людьми”, такими как его родители и школьные учителя, он просто не думал, что они будут работать с наркоторговцами. Вместо того чтобы отмахнуться от этого, терапевт попросил Макса сыграть роль друга-наркоторговца, в то время как терапевт взял на себя роль Макса, чтобы он мог понять, с чем он “был не согласен”.

После нескольких исследований различных сценариев они решили использовать некоторую разумную ложь о его лекарствах, подразумевая, что ему не нужно принимать незаконные наркотики, когда его законные работают так хорошо. Они решили, что это наряду с вежливостью, валидацией и легкой манерой общения и без извинений могут сработать лучше всего. Терапевт работал над своими навыками, чтобы выдать себя за подозрительного, агрессивного наркоторговца и помочь Максиму практиковать эту стратегию, и был обрадован, когда Макс похвалил его недавно отработанные навыки. Хотя Макс успешно реализовал свои новые навыки межличностного общения

с друзьями, в конце концов он решил, что ему нужны новые друзья, которые подкрепят более широкий диапазон умелого поведения, и его терапевт затем помог ему в достижении этой новой цели.

Общие проблемы

Пренебрежение генерализацией

Одни терапевты редко занимаются генерализацией вообще, в то время как другие занимаются одними аспектами, но упускают другие. Эти проблемы могут возникнуть, если терапевты не знают, как применять процедуры генерализации, но чаще возникают, если терапевты считают, что генерализация будет происходить через психологический осмос, т.е. автоматически, без планирования или усилий. Когда клиенты не используют навыки вне сеанса, эти терапевты склонны предполагать, что “они сопротивляются” или “они не хотят меняться”. С одними терапевтами проблема быстро решается путем когнитивной модификации в виде дидактической информации о генерализации и клинических примеров причин, по которым клиенты не используют навыки. Другим терапевтам может потребоваться консультационная команда, чтобы подчеркнуть повторяющиеся случаи в течение длительного периода. Третьи терапевты также нуждаются в некотором управлении обуславливающими последствиями, с помощью которого они узнают не только о том, насколько их предположение неверно, но и о том, насколько отрицательно это влияет на лечение клиента.

Например, один терапевт в стационаре оставался привязанным к гипотезе “осмоса”, пока не вернулся однажды из длительного отпуска и не увидел, насколько чаще его клиенты использовали навыки после работы с другим терапевтом ДПТ, который занимался генерализацией.

Отсутствие проверки, что клиенты обладают достаточным набором навыков

Конкретные аспекты генерализации, которые терапевты могут пропустить, включают в себя обеспечение того, чтобы клиенты знали, как реализовать ряд навыков, обучение клиентов

распознавать, когда использовать какие навыки, и внимание к последствиям внедрения навыков. Ошибки терапевта в отношении клиентов, которые не имеют достаточного диапазона навыков для генерализации, включают в себя отсутствие проверки, когда клиенты используют только ограниченный диапазон навыков, автоматически предполагая, что клиенты грамотно реализовали навыки, и отсутствие домашних заданий для навыков, которые не были генерализованы.

Просмотр части дневниковой карточки, посвященной использованию навыков, является эффективным способом проверить любые модели ограниченного использования навыков. Пренебрежение целым модулем навыков, таким как навыки регуляции эмоций, кажется очевидным на дневниковой карте, в то время как с другими способами поведения может быть все в порядке. Например, некоторые клиенты внедряют навыки по всем модулям, но пренебрегают всеми навыками, связанными с заботой о себе, такими как увеличение положительных эмоций, навыки “Забота”, навыки самоподдержки и навыки “Честь”. Хотя терапевты также следят за способами поведения во время анализа поведенческих мишеней, в консультационной команде можно обнаружить те, которые терапевт пропустил, просмотрев письменные ЦА и анализы решений друг у друга. Затем терапевты будут оценивать, является ли ограничение использования навыков клиентом результатом отсутствия сигналов для их использования, дефицита навыков или проблемных обуславливающих последствий.

Неспособность оценить, насколько компетентно клиенты реализовали навыки, кажется наиболее очевидной, когда терапевт автоматически принимает заявление клиента о том, что навык “не работал”. Навык может не работать для клиента, но оценка того, что клиент на самом деле сказал или сделал, часто показывает недостатки в реализации. Например, клиенты могут сказать, что мудрый разум не работал, когда они использовали только рациональный разум, или что противоположные действия для страха не работали, когда они подавляли позывы бежать, но поддерживали катастрофическое мышление, напряженную осанку и выражение лица. Прослушивание записей во время консультационных встреч

может помочь определить, смог ли терапевт оценить компетентность клиента. Команда может также определить причины ошибки терапевта (например, неуверенность в эффективности навыков, недостаток опыта в том, как клиенты могут неправильно понять навыки, боязнь инвалидировать клиента и незнание, как оценить компетентность), а затем помочь терапевту генерировать и внедрять соответствующие решения.

Некоторые терапевты выделяют и исправляют недостатки навыков клиентов во время сессии, но затем не дают соответствующих домашних заданий. Например, одна терапевт пожаловалась консультационной команде, что каждую неделю она замечала оценочные мысли клиента как во время сессии, так и в цепных анализах клиента и тренировала его в том, как применять навыки осознанности, но она не заметила никаких улучшений. Выслушав часть последней сессии терапевта, команда высоко оценила ее достаточную компетентность в применении навыков и их укреплении во время сессии, но заметила, что она не дала домашнее задание по осознанности для генерализации навыков за пределами сессии.

Отсутствие помощи клиентам в том, чтобы распознать, когда использовать конкретные навыки

Терапевты иногда упускают из виду, насколько развита генерализация, способен ли клиент распознавать, когда какие навыки использовать, и знает ли, как их использовать. Со временем эффективное внедрение навыков может стать автоматическим, но изначально клиентам придется осознанно выбирать, когда и какие навыки реализовать. Ошибки терапевтов включают в себя отсутствие помощи в приобретении принципов отбора навыков, отсутствие подкрепления возможности отбора навыков у клиентов и отсутствие помощи клиентам в создании сигналов во внешней среде для использования навыков. Что касается первой ошибки, некоторые терапевты предполагают, что, поскольку они моделировали выбор навыков во время еженедельных анализов решений, их клиенты должны были изучить основные принципы.

Выбор навыков для реализации, однако, требует признания потребности в навыках; способности определять переменные,

управляющие проблемными эмоциями, мыслями или поведенческими мишенями (включая как внутренние, так и внешние сигналы и обуславливающие последствия); и, наконец, составлять соответствующие наборы навыков из множества навыков. Выбор навыков, таким образом, является очень сложным навыком. Клиентам часто нужны их индивидуальные терапевты для того, чтобы обеспечить очень специфические директивы и иногда даже написанные инструкции или диаграммы. Просьба о том, чтобы клиенты записывали звенья из своей цепочки в одну колонку, а соответствующие решения — в другую, может сильно облегчить создание ассоциаций между проблемами и навыками, чем просто написание сводного списка навыков для практики.

Кроме того, терапевты не всегда обучают клиентов выбирать навыки. При этом они либо не требуют, чтобы клиенты вносили все больший вклад в анализ решений с течением времени, либо не исправляют критические ошибки в их выборе навыков. Например, многие терапевты просят, чтобы клиенты сделали письменный ЦА в качестве домашней работы, но не могут затем попросить о выполнении анализа соответствующих решений. Когда один индивидуальный терапевт жаловался, что его клиент все еще часто звонил по поводу коучинга после многих месяцев терапии, команда проиграла звонок терапевту и заметила, что он сразу же начал создавать решения для клиента, а не тренировать клиента в том, как определять решения самостоятельно. Дальнейший анализ показал, что сочетание дистресса клиента и нехватки времени для коучинга заставило терапевта так волноваться, что он хотел как можно быстрее найти как можно больше решений. Команда предложила, чтобы терапевт потребовал от клиента генерирования все большего количества соответствующих навыков, прежде чем звонить терапевту, и что терапевт будет использовать телефонную консультацию, чтобы тренировать клиента, как выбирать навыки, если клиент пропустил критически важные из них. Другой индивидуальный терапевт попросил у своей клиентки найти решение для неоправданного страха, который вызвал у нее суицидальные побуждения. Клиентка сформировала и реализовала несколько навыков, но позже сообщила, что, хотя страх первоначально

уменьшился, вскоре он вернулся, и она сильно устала, пытаясь сохранить навыки.

Когда терапевт проверил реализацию решений клиенткой с командой, они заметили, что клиентка нашла решения, связанные только с навыками стрессоустойчивости, и пропустила навыки регуляции эмоций и осознанности, которые могли бы дать долгосрочный эффект. В третьем случае терапевт в исправительном учреждении заметил, что клиент, несколько месяцев проходивший лечение, все еще использует только отвлечение, чтобы уменьшить умеренно обоснованное чувство вины, а не возмещение ущерба. Однако терапевт не подтолкнул его к этой модели, потому что боялся, что клиент будет сердиться на него, если он оспорит его выбор навыков. Чтобы свести к минимуму вероятность того, что клиент рассердится, команда провела ролевое проигрывание с терапевтом, как сориентироваться и провести обзор реализации в стиле, который вызвал бы у клиента любопытство, а не конфронтацию.

Могут быть следующие причины не помогать клиентам создавать сигналы во внешней среде: неспособность признать необходимость этого, незнание, как создавать ассоциации “стимул–ответ”, и предположения о том, что у клиента нет навыков реализации, потому что он делает так умышленно или у него “проблемы с приверженностью терапии”. Например, во время сессии терапевт и клиентка рассмотрели плюсы и минусы передозировки. На следующей сессии клиентка сообщила, что у нее была передозировка, и рассказала, что она не использовала плюсы и минусы, потому что не смогла их вспомнить, поэтому ее терапевт попросил, чтобы клиентка составляла их список, когда они вновь их рассматривали. Узнав на следующей неделе, что клиентка все еще не использовала плюсы и минусы, чтобы попытаться предотвратить передозировку, терапевт пришел к выводу, что клиентка “просто не хотела меняться”. Когда он обратился за консультацией к команде, они, в частности, отметили, что список может напоминать его клиентке о том, как реализовать плюсы и минусы, но не напоминает ей, когда нужно реализовать этот навык. Перемещение списка из довольно хаотичной папки ДПТ клиента в комнату, где она хранила свои лекарства, значительно увеличило вероятность использования ею навыка.

Отсутствие проверки последствий применения навыков

Терапевты могут не проверять и не корректировать, как последствия подкрепляют, гасят или наказывают внедрение навыков. Например, жалоба Риты о том, что ее терапевт всегда сосредоточивается на навыках и не понимает ее, частично вызвана тем, что терапевт ранее не уделял внимания обуславливающим последствиям для использования навыков. В частности, до анализа решения, представленного в главе 4 (см. врезку 4.1), терапевт Риты подтолкнул ее использовать противоположное действие для гнева. Попробовав применить его в стационаре, Рита сообщила, что навык “не работал” и что она “все еще чувствовала себя ужасно”.

После оценки того, как Рита использовала навык, терапевт пришел к выводу, что Рита правильно реализовала навык и просто “не хотела становиться лучше”. Терапевт обсудил эту проблему с членами команды, и они спросили, что еще произошло после того, как Рита использовала навык. Оценив последствия с Ритой, он обнаружил, что навык успешно уменьшил гнев, но затем Рита начала испытывать беспокойство, поскольку гнев действовал, чтобы отвлечь ее от беспокойства. Тогда терапевт обратился к проблемным ситуациям, которые вызывали это беспокойство. В главе 8 управление обуславливающими последствиями рассматривается более подробно.