

Содержание

Об авторе.....	12
Предисловие.....	13
Предисловие к русскому изданию.....	20
Благодарности	24
Список раздаточных материалов и рабочих листов.....	26

..... **ЧАСТЬ I**

Введение в тренинг навыков ДПТ

ГЛАВА 1 Обоснование тренинга навыков диалектико-поведенческой терапии	41
ГЛАВА 2 Планирование проведения тренинга навыков ДПТ	83
ГЛАВА 3 Структура занятий тренинга навыков	119
ГЛАВА 4 Тренинг навыков: мишени и процедуры.....	155
ГЛАВА 5 Применение базовых стратегий ДПТ в тренинге навыков.....	197
Приложение к части I	247

..... **ЧАСТЬ II**

Методические рекомендации по проведению модулей тренинга навыков ДПТ

ГЛАВА 6 Общие навыки: ориентация и поведенческий анализ	275
I. Цели тренинга навыков (Общие навыки: раздаточный материал 1–1a) ...	279
II. Обзор введения в тренинг навыков (Общие навыки: раздаточный материал 2).....	286
III. Ориентация в тренинге навыков (Общие навыки: раздаточный материал 3–4)	287
IV. Биосоциальная теория эмоциональной дисрегуляции (Общие навыки: раздаточный материал 5)	299
V. Обзор поведенческого анализа (Общие навыки: раздаточный материал 6).....	306

VI.	Анализ поведенческой цепочки (Общие навыки: раздаточный материал 7–7А)	307
VII.	Анализ пропущенного звена (Общие навыки: раздаточный материал 8) ...	311
VIII.	Анализ пропущенного звена в сочетании с анализом поведенческой цепочки (Общие навыки: раздаточный материал 7–8)	314
ГЛАВА 7 Навыки осознанности		319
I.	Цели модуля (Осознанность: раздаточный материал 1–1а)	338
II.	Обзор базовых навыков осознанности (Осознанность: раздаточный материал 2)	346
III.	Мудрый разум (Осознанность: раздаточный материал 3–3а)	347
IV.	Навыки осознанности “что”: наблюдение (Осознанность: раздаточный материал 4–4а)	363
V.	Навыки осознанности “что”: описание (Осознанность: раздаточный материал 4–4б)	382
VI.	Навыки осознанности “что”: участие (Осознанность: раздаточный материал 4–4в)	389
VII.	Навыки осознанности “как”: безоценочность (Осознанность: раздаточный материал 5–5а)	400
VIII.	Навыки осознанности “как”: однонаправленность (Осознанность: раздаточный материал 5–5б)	415
IX.	Навыки осознанности “как”: эффективность (Осознанность: раздаточный материал 5–5в)	419
X.	Резюме модуля	423
XI.	Обзор: другие подходы к осознанности (Осознанность: раздаточный материал 6)	423
XII.	Практика осознанности с точки зрения духовности (Осознанность: раздаточный материал 7)	424
XIII.	Мудрый разум с духовной точки зрения (Осознанность: раздаточный материал 7а)	431
XIV.	Практика любящей доброты (Осознанность: раздаточный материал 8)	433
XV.	Искусные навыки: достижение равновесия разума действия и разума бытия (Осознанность: раздаточный материал 9–9а)	437
XVI.	Следование срединным путем к мудрому разуму (Осознанность: раздаточный материал 10)	443
ГЛАВА 8 Навыки межличностной эффективности		451
I.	Цели модуля (Межличностная эффективность: раздаточный материал 1)	459
II.	Факторы, снижающие межличностную эффективность (Межличностная эффективность: раздаточный материал 2–2а)	462

III.	Обзор базовых навыков межличностной эффективности (Межличностная эффективность: раздаточный материал 3).....	469
IV.	Прояснение целей в ситуациях межличностного взаимодействия (Межличностная эффективность: раздаточный материал 4).....	471
V.	Навыки эффективности достижения целей: ПОПРОСИ (Межличностная эффективность: раздаточный материал 5–5а)	480
VI.	Навыки эффективности взаимоотношений: ДРУГ (Межличностная эффективность: раздаточный материал 6–6а)	493
VII.	Навыки эффективности самоуважения: ЧЕСТЬ (Межличностная эффективность: раздаточный материал 7).....	502
VIII.	Оценка ваших вариантов выбора: насколько настойчиво просить или отказывать (Межличностная эффективность: раздаточный материал 8).....	507
IX.	Трудности в применении навыков межличностной эффективности (Межличностная эффективность: раздаточный материал 9).....	512
X.	Обзор: как построить новые отношения и завершить деструктивные старые (Межличностная эффективность: раздаточный материал 10)	518
XI.	Навыки поиска новых друзей (Межличностная эффективность: раздаточный материал 11–11а)	519
XII.	Осознанность по отношению к другим людям (Межличностная эффективность: раздаточный материал 12–12а)	527
XIII.	Как завершить отношения (Межличностная эффективность: раздаточный материал 13–13а)	535
XIV.	Обзор навыков: следование срединному пути (Межличностная эффективность. Раздаточный материал 14) [1]	542
XV.	Диалектика (Межличностная эффективность: раздаточный материал 15–16в) [1].....	543
XVI.	Навыки валидации (Межличностная эффективность: раздаточный материал 17–19а) [1].....	557
XVII.	Стратегии изменения поведения (Межличностная эффективность: раздаточный материал 20–22а) [1].....	577
ГЛАВА 9 Навыки эмоциональной регуляции		597
I.	Цели модуля (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 1)	606
II.	Понимание и обозначение эмоций (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 2).....	610
III.	Роль и значение эмоций (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 3).....	611
IV.	Трудности в регуляции эмоций (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 4–4а)	619

V.	Модель эмоций (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 5–6)	624
VI.	Наблюдение, описание и обозначение эмоций (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 6)	641
VII.	Обзор изменения эмоциональных реакций (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 7)	646
VIII.	Проверка фактов (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 8–8а)	648
IX.	Подготовка к противоположному действию и решению проблем (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 9).....	662
X.	Практика противоположного действия по отношению к испытываемой эмоции (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 10–11)	666
XI.	Решение проблемы (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 12).....	683
XII.	Обзор противоположного действия и решения проблемы (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 13).....	693
XIII.	Обзор снижения эмоциональной уязвимости (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 14).....	698
XIV.	Аккумулировать положительные эмоции в краткосрочной перспективе (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 15–16)	699
XV.	Аккумулировать положительные эмоции в долгосрочной перспективе (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 17–18).....	706
XVI.	Вырабатывать мастерство и справляться заранее (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 19).....	715
XVII.	В здоровом теле — здоровый дух (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 20).....	721
XVIII.	Протокол работы с ночными кошмарами (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 20а).....	724
XIX.	Протокол гигиены сна (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 20б)	728
XX.	Обзор управления непереносимыми эмоциями (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 21).....	732
XXI.	Осознанность к текущим эмоциям (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 22).....	733
XXII.	Управление чрезмерно сильными эмоциями (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 23).....	738
XXIII.	Устранение трудностей в регуляции эмоций (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 24).....	741
XXIV.	Обзор навыков эмоциональной регуляции (Эмоциональная регуляция: раздаточный материал 25).....	744

ГЛАВА 10	Навыки стрессоустойчивости	753
I.	Цели модуля (Стессоустойчивость: раздаточный материал 1)	760
II.	Обзор навыков переживания кризиса (Стессоустойчивость: раздаточный материал 2)	762
III.	Как распознать кризис, когда вы с ним сталкиваетесь (Стессоустойчивость: раздаточный материал 3)	763
IV.	Остановить проблемное поведение немедленно (Стессоустойчивость: раздаточный материал 4)	768
V.	“За” и “против” как способ принятия поведенческих решений (Стессоустойчивость: раздаточный материал 5)	771
VI.	Навыки ТРУД для управления чрезмерным эмоциональным возбуждением (Стессоустойчивость: раздаточный материал 6–6в)	778
VIII.	Самоуспокоение (Стессоустойчивость: раздаточный материал 8–8а)	796
IX.	Улучшить момент (Стессоустойчивость: раздаточный материал 9–9а)	801
X.	Обзор навыков принятия реальности (Стессоустойчивость: раздаточный материал 10)	809
XI.	Радикальное принятие (Стессоустойчивость: раздаточный материал 11–11б)	810
XII.	Поворот сознания (Стессоустойчивость: раздаточный материал 12)	832
XIII.	Готовность (Стессоустойчивость: раздаточный материал 13)	836
XIV.	Полуулыбка и ладони готовности (Стессоустойчивость: раздаточный материал 14–14а)	841
XV.	Отпускающая осознанность к текущим мыслям (Стессоустойчивость: раздаточный материал 15–15а)	844
XVI.	Обзор навыков: если кризис — это зависимость (Стессоустойчивость: раздаточный материал 16–16а)	850
XVII.	Диалектический отказ (Стессоустойчивость: раздаточный материал 17–17а)	851
XVIII.	Ясный разум (Стессоустойчивость: раздаточный материал 18–18а)	858
XIX.	Поддерживающее сообщество (Стессоустойчивость: раздаточный материал 19)	862
XX.	Сжечь старые мосты и построить новые (Стессоустойчивость: раздаточный материал 20)	865
XXI.	Альтернативный бунт и адаптивное отрицание (Стессоустойчивость: раздаточный материал 21)	870
	Предметный указатель	877

Обоснование тренинга навыков диалектико-поведенческой терапии

Что такое ДПТ

Тренинг поведенческих навыков, описанный в настоящем руководстве, основан на терапевтической модели, которая называется диалектико-поведенческой терапией (ДПТ). ДПТ — это универсальная когнитивно-поведенческая терапия, первоначально разработанная для клиентов с хроническим суицидальным поведением, у которых было диагностировано пограничное расстройство личности (ПРЛ) [1]. Сочетая индивидуальную терапию, групповой тренинг навыков, телефонный коучинг и консультативную команду терапевтов, ДПТ стала первой психотерапией, эффективность в работе с ПРЛ которой была доказана в контролируемых клинических исследованиях. С тех пор были проведены многочисленные исследования, которые доказали эффективность ДПТ не только для ПРЛ, но и для широкого спектра других расстройств и проблем, включая как недостаточный и чрезмерный эмоциональный контроль, так и связанные с ним когнитивные и поведенческие модели. Кроме того, все большее количество исследований (обобщенных ниже в этой главе) свидетельствуют о том, что тренинг навыков сам по себе является многообещающей интервенцией для таких групп людей, как лица с алкогольной зависимостью, семьи суицидальных клиентов, жертвы домашнего насилия и др.

ДПТ, включая тренинг навыков, основывается на диалектической и биосоциальной теории психологического расстройства, в которой подчеркивается роль трудностей в регуляции эмоций — чрезмерный или недостаточный контроль — и поведения. Эмоциональная дисрегуляция связана с различными проблемами психического здоровья [2], обусловленными трудностями в регуляции эмоций и контроле побуждений, а также проблемами в межличностных отношениях и самооценке. Навыки ДПТ нацелены непосредственно на эти дисфункциональные паттерны. Общая цель тренинга навыков в ДПТ состоит в том, чтобы помочь людям изменить поведенческие, эмоциональные, когнитивные и межличностные модели, которые доставляют немало трудностей в жизни. Поэтому для эффективного использования настоящего руководства

важно понимать философию и теоретические основы ДПТ в целом. Такое понимание представляется крайне важным, поскольку оно определяет отношение терапевтов к терапии и к своим клиентам. Это отношение, в свою очередь, является существенным компонентом взаимоотношений терапевтов со своими клиентами, что является основой эффективности терапии, особенно в случаях суицидального риска и тяжелой дисрегуляции.

Взгляд вперед

Настоящее руководство состоит из двух основных частей. Часть I (главы 1–5) помогает читателям ориентироваться в ДПТ, в частности в тренинге навыков. Часть II (главы 6–10) содержит подробные инструкции по тренингу конкретных навыков. Раздаточные материалы для клиентов и рабочие листы для всех модулей навыков изданы отдельной книгой.

В остальной части этой главы я описываю диалектическое мировоззрение, лежащее в основе терапии, и допущения, присущие такому взгляду. Затем описываются биосоциальная модель выраженной эмоциональной дисрегуляции (включая ПРЛ) и ее развитие, а также то, как вариации этой модели применяются к трудностям в регуляции эмоций в целом. Как отмечалось выше, представленные в настоящем руководстве навыки ДПТ специально разработаны для устранения эмоциональной дисрегуляции и ее дезадаптивных последствий. Глава 1 завершается кратким обзором исследований по стандартной ДПТ (индивидуальная терапия, телефонный коучинг, консультативная команда терапевтов и тренинг навыков), а также исследований тренинга навыков в отдельности без индивидуальной терапии. В главах 2–5 обсуждаются практические аспекты тренинга навыков: план проведения тренинга навыков, включая идеи для различных программ в зависимости от контингента участников и условий (глава 2); структура занятий и начало тренинга навыков (глава 3); мишени и процедуры проведения тренинга навыков (глава 4); применение других стратегий и методик ДПТ в поведенческом тренинге навыков (глава 5). Вместе эти главы помогают решить, как проводить тренинг навыков в конкретной клинике или частной практике. Набор приложений к части I состоит из 11 вариантов программ тренинга навыков.

В части II глава 6 начинается с формальной составляющей тренинга навыков в ДПТ. В ней описывается, как ввести клиентов в тренинг навыков и направить их на свои цели. Затем следуют методические рекомендации по тренингу отдельных навыков. Они сгруппированы в четыре модуля навыков: навыки осознанности (глава 7), навыки межличностной эффективности

(глава 8), навыки эмоциональной регуляции (глава 9) и навыки стрессоустойчивости (глава 10).

Каждому навыку соответствуют раздаточные материалы с инструкциями по его применению. Каждый раздаточный материал содержит как минимум один (обычно более одного) рабочий лист для клиентов, в котором они могут отмечать то, как они практиковали конкретный навык. Все эти раздаточные материалы и рабочие листы для клиентов можно найти в виде отдельной книги М. Линехан *Диалектическая поведенческая терапия: тренинг навыков. Раздаточные материалы и рабочие листы* (“Диалектика”, 2020). Описания раздаточных материалов и соответствующих им рабочих листов приведены в блоках перед каждым модулем навыков (главы 6–10).

Здесь я должна отметить, что все тренинги навыков в наших исследованиях проводились в группах, хотя в клинике мы проводим также тренинги индивидуально. Большинство терапевтических рекомендаций в настоящем руководстве предполагают групповой тренинг навыков, главным образом потому, что легче адаптировать техники группового тренинга навыков к отдельным клиентам, чем наоборот. (Вопрос о групповом и индивидуальном тренинге навыков подробно обсуждается в следующей главе.)

Настоящее руководство является дополнением к моей книге *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности* (пер. с англ., изд. “Диалектика”, 2020 г.) [3]. Хотя навыки ДПТ эффективны и при работе с расстройствами, отличными от ПРЛ, принципы, которые лежат в основе терапии, по-прежнему важны и обсуждаются здесь в полном объеме. Поскольку я часто ссылаюсь на эту книгу в настоящем руководстве, далее я буду называть ее основным учебником по ДПТ. Научные обоснования и ссылки на многие мои высказывания и позиции полностью описаны в главах 1–3, поэтому я не пересматриваю и не цитирую их здесь снова.

Диалектическое мировоззрение и основные допущения

Как следует из названия, ДПТ основана на диалектическом мировоззрении. Применимо к поведенческой терапии термин “диалектика” имеет два определения: фундаментальная природа реальности и убеждающие диалоги¹ и взаимосвязи. Как мировоззрение или философская позиция диалектика формирует основу ДПТ. С другой стороны, диалектика в виде диалога и

¹ В ДПТ под *persuasive dialogue*, очевидно, понимается диалог, отменяющий различия. — *Примеч. науч. ред.*

взаимосвязи относится к терапевтическому подходу или стратегиям, используемым терапевтом для осуществления изменений. Эти стратегии подробно описаны в главе 7 основного учебника по ДПТ [3] и обобщены в главе 5 настоящего руководства.

Диалектический подход к природе реальности и поведения человека имеет три основные характеристики. Во-первых, как в подходе динамических систем, так и в диалектике подчеркивается фундаментальная взаимосвязь или целостность реальности. Это означает, что в диалектическом подходе анализ отдельных частей системы имеет ограниченную ценность за исключением случаев, когда благодаря этому анализу достигается связь части с целым. Таким образом, диалектика направляет наше внимание на отдельные части системы (на то или иное поведение), а также на взаимосвязь части с другими частями (например, с другим поведением, с окружением) и с *большим* целым (например, с культурой, с международной ситуацией в то время). В данном случае это означает, что терапевт должен обязательно учитывать взаимосвязи, характеризующие дефицит навыков. Чрезвычайно сложно обучить одним навыкам, не обучая при этом другим, связанным с первыми. Взгляд с точки зрения диалектики, кроме того, совместим с рассмотрением психопатологии с точки зрения ее контекста развития и идей феминизма. Обучать поведенческим навыкам особенно тяжело, когда непосредственная окружающая среда человека или культура в целом не поддерживает такое обучение. Таким образом, человек должен учиться не только навыкам саморегуляции и навыкам влияния на свое окружение, но и знанию, когда эти навыки необходимо применять.

Во-вторых, реальность рассматривается не как статичная, а как состоящая из внутренних противодействующих сил (тезис и антитезис), синтез которых формирует новый набор противодействующих сил. Очень важная идея диалектики состоит в том, что все утверждения содержат в себе собственные противоположности. Как сказал Голдберг, “Я предполагаю, что правда парадоксальна, что каждая мудрость содержит в себе свои противоречия, что *истины стоят бок о бок*” (с. 295–296, курсив в оригинале) [4]. Диалектика в этом смысле совместима в идее конфликта с психодинамическими моделями психопатологии. Дихотомическое и категорическое мышление, поведение и эмоции рассматриваются как отсутствие диалектичности. Человек застревает в противоположностях, не способен перейти к синтезу. В отношении поведенческого тренинга навыков три диалектических противоречия могут значительно помешать прогрессу клиента. Терапевт должен обратить внимание на каждое из них и помочь клиенту продвигаться к реалистичному синтезу.

Первое из этих диалектических противоречий заключается в необходимости сделать так, чтобы клиенты принимали себя такими, какие они есть в данный момент, и при этом стремились к изменениям. Это первое диалектическое противоречие — основная точка конфликта в любой терапии, и терапевт должен искусно его преодолеть, чтобы произошли изменения.

Второе диалектическое противоречие — несоответствие между получением клиентами того, что им нужно, чтобы стать более компетентными, и потерей того, что им нужно, если они станут более компетентными. Однажды у меня проходила тренинг навыков клиентка, которая каждую неделю сообщала, что она не выполняла никаких домашних заданий, и настаивала на том, что психотерапия не работает. Когда спустя шесть месяцев я предположила, что, возможно, эта терапия для нее и в самом деле не работает, она сообщила, что все время пыталась осваивать новые навыки, и они *помогли*. Однако она не говорила мне об этом, поскольку боялась, что, если она продемонстрирует какое-то улучшение в своем состоянии, я отстраню ее от тренинга навыков.

Третье диалектическое противоречие связано с поддержкой личностной целостности клиентов и валидацией собственных взглядов на их трудности одновременно с освоением новых навыков, которые помогут им избавиться от страданий. Если при обучении новым навыкам клиентам становится лучше, они подтверждают свое мнение о том, что их проблема состояла в недостаточном владении навыками самопомощи. Они не пытались манипулировать окружающими, в чем те их зачастую обвиняли. Они не мотивированы причинить вред другим и не испытывают недостатка в положительной мотивации. Но само участие в тренинге навыков может подтвердить точку зрения других людей: необходимость в обучении клиента новым навыкам доказывает, что другие люди были все это время правы (а клиент был не прав) или что проблемой был сам клиент (а не его окружение). Диалектика не только фокусирует внимание клиента на этих противоречиях, но и предлагает пути выхода из них (эта тема рассматривается в главе 7 основного учебника по ДПТ [3]).

В-третьих, еще одна характеристика диалектики — это вытекающее из двух приведенных выше характеристик предположение о том, что фундаментальная природа реальности — это изменение и процесс, а не содержание или структура. Самым важным следствием здесь является то, что индивид и окружающая среда подвергаются непрерывному переходу из одного состояния в другое. Таким образом, терапия не фокусируется на поддержании стабильной, согласованной среды, а скорее, направлена на то, чтобы помочь клиенту приспособиться к переменам. Так, например, мы препятствуем тому, чтобы участники занимали одни и те же места в группе тренинга навыков в течение всего

времени ее работы. В рамках тренинга навыков терапевты должны помнить не только о том, как меняются их клиенты, но и о том, как они и применяемая ими терапия меняются со временем.

Биосоциальная теория: как формируется эмоциональная дисрегуляция²

Как отмечалось ранее, ДПТ была первоначально разработана для лиц с высоким суицидальным риском и для лиц с симптомами ПРЛ. Однако эффективная терапия требует согласованной теории. Поэтому моя первая задача состояла в том, чтобы разработать теорию, которая позволила бы мне понять акт самоубийства, а также ПРЛ. Для своей теории у меня было три критерия: она должна была 1) направлять применение терапии; 2) порождать сострадание; 3) соответствовать данным исследований. Созданная мной биосоциальная теория основывается на предпосылке о том, что как самоубийство, так и ПРЛ являются, по сути, расстройствами, в основе которых лежит эмоциональная дисрегуляция. Суицидальное поведение — это реакция на невыносимые эмоциональные страдания. ПРЛ представляет собой выраженное психическое расстройство, вызванное серьезной дисрегуляцией эмоциональной системы. Лица с ПРЛ демонстрируют характерный паттерн нестабильности в регуляции эмоций, контроле побуждений, межличностных отношениях и самооценке.

Эмоциональная дисрегуляция также была связана с целым рядом других проблем психического здоровья. Расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, расстройства пищевого поведения и многие другие деструктивные поведенческие паттерны часто являются попыткой побега от невыносимых эмоций. Исследователи предположили, что большое депрессивное расстройство должно быть определено как расстройство регуляции эмоций, частично основанное на дефиците положительного подкрепления и невозможности накапливать положительные эмоции [5].

² Обсуждаемые в этом разделе идеи о биосоциальной теории в целом (и модель ДПТ для эмоций в частности) взяты не только из основного учебника по ДПТ [3], но и из следующих изданий. Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 491–507). New York: Guilford Press; и Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. Нексю и другие обсуждают эмоциональную дисрегуляцию как центральный элемент ПРЛ и психических расстройств, а Кроуэлл и другие представили доработанную и расширенную версию моей оригинальной биосоциальной теории.

Аналогичным образом обзоры литературы показали, что тревожные расстройства, шизофрения и даже биполярные аффективные расстройства напрямую связаны с эмоциональной дисрегуляцией [6, 7].

Модель эмоций в ДПТ

Чтобы разобраться в эмоциональной дисрегуляции, мы должны, в первую очередь, понять, что такое эмоции. Однако, предлагая какое-либо определение понятия “эмоция”, мы сталкиваемся со сложностями, и даже исследователи эмоций редко приходят к согласию относительно какого-то одного конкретного определения. Тем не менее обучение клиентов эмоциям и их регуляции требуют от нас если не дать эмоциям точное определение, то хотя бы попытаться их описать. Навыки ДПТ основаны на представлении о том, что эмоции — это краткие, произвольные, представляющие целостную систему, структурированные реакции на внешние и внутренние стимулы [8]. Подобно другим подходам, ДПТ подчеркивает важность эволюционной адаптивной ценности эмоций в их понимании [9]. Хотя эмоциональные реакции являются системными, их можно рассматривать как состоящие из следующих взаимодействующих подсистем: 1) эмоциональная уязвимость к раздражителям; 2) внутренние и/или внешние события, выполняющие роль эмоциональных раздражителей (например, побуждающие события); 3) оценка и интерпретация этих раздражителей; 4) тенденции в реакциях, включая нейрохимические и физиологические реакции, выученные реакции и побуждения к действию; 5) невербальные и вербальные экспрессивные реакции и действия; 6) последствие первоначальной эмоциональной “вспышки”, включая вторичные эмоции. Полезно рассматривать паттерны действий, связанные с эмоциональными реакциями, как неотъемлемую часть эмоциональных реакций, а не последствия эмоций. Объединив все эти элементы в одну интерактивную систему, ДПТ подчеркивает, что изменение любого компонента эмоциональной системы может изменить работу всей системы. Коротко говоря, если человек хочет изменить свои эмоции, в том числе действия по ним, он может этого достичь путем изменения любой части эмоциональной системы.

Эмоциональная дисрегуляция

Эмоциональная дисрегуляция — это неспособность изменять или регулировать эмоциональные сигналы, переживания, действия, словесные ответы и/или невербальные выражения в обычных условиях, даже приложив большие усилия. Об устойчивой эмоциональной дисрегуляции можно говорить,

если неспособность регулировать эмоции проявляется в рамках широкого спектра эмоций, проблем адаптации и контекстов ситуаций. Устойчивая эмоциональная дисрегуляция обусловлена уязвимостью к высокой эмоциональности, а также неспособностью регулировать интенсивные эмоциональные реакции. Характеристики эмоциональной дисрегуляции включают в себя избыточность болезненных эмоциональных переживаний; неспособность регулировать интенсивное эмоциональное возбуждение; проблемы с отвлечением внимания от эмоциональных сигналов; когнитивные искажения и нарушения в обработке информации; недостаточный контроль импульсивного поведения, связанный с сильным положительным и отрицательным воздействием; трудности в организации и координации действий для достижения целей, которые не зависят от настроения во время эмоционального возбуждения, и тенденция “замирать” или диссоциировать при очень выраженном стрессе. Она также может представлять собой чрезмерный контроль над эмоциями и их подавление, что приводит к преобладанию негативных переживаний, неспособности к положительному подкреплению и трудностям с аффективной передачей данных. Системная дисрегуляция вызвана эмоциональной уязвимостью и дезадаптивными стратегиями управления эмоциями. Эмоциональная уязвимость определяется следующими характеристиками: 1) очень высокая негативная аффективность в качестве исходных данных; 2) чувствительность к эмоциональным раздражителям; 3) интенсивная реакция на эмоциональные раздражители; 4) медленное возвращение к эмоциональному равновесию после возникновения эмоционального возбуждения.

Эмоциональная регуляция

Напротив, регуляция эмоций — это способность 1) подавлять импульсивное и неуместное поведение, связанное с сильными отрицательными или положительными эмоциями; 2) организовывать себя для скоординированных действий ради внешней цели (т.е. действовать таким образом, чтобы при необходимости это не зависело от настроения); 3) самостоятельно снижать любое физиологическое возбуждение, вызванное сильной эмоцией; 4) перенаправлять внимание при наличии сильной эмоции. Регуляция эмоций может быть автоматической, а также контролироваться сознательно. В ДПТ основное внимание уделяется повышению сознательного контроля и зарабатыванию достаточной практики для овладения такими навыками, которые в конечном итоге становятся автоматическими.

Биологическая уязвимость (“биологическое” в биосоциальной теории)³ [10]

Предрасположенность к негативной аффективности, высокая чувствительность к эмоциональным раздражителям и импульсивность являются биологическими предпосылками эмоциональной дисрегуляции. К этим биологическим факторам влияния относятся наследственность, факторы внутриутробного развития, физические травмы мозга в детстве или взрослом возрасте, влияние опыта в раннем детском возрасте на развитие и функционирование мозга. Дисфункция в любой части чрезвычайно сложной системы управления эмоциями может обеспечить биологическую основу для исходной эмоциональной уязвимости и последующих трудностей в регуляции эмоций. Таким образом, биологическая предрасположенность может быть различной у разных людей.

Здесь особенно важны два аспекта темперамента у детей: волевой контроль и негативная аффективность. Волевой контроль, который проявляется как на эмоциональном, так и на поведенческом уровне, — это общий термин для различного поведения по саморегуляции (включая подавление доминирующих реакций для проявления менее доминирующих, планирование и обнаружение ошибок в поведении). Дети, которые находятся под угрозой глубокой эмоциональной дисрегуляции и поведенческих дисфункций, скорее всего, будут испытывать недостаточность волевого контроля и подвергаться воздействию негативной аффективности, для которой характерны дискомфорт, фрустрация, застенчивость, грусть и неспособность успокоиться.

Ближайшее окружение ребенка, которое отвечает за его уход и воспитание (“социальное” в биосоциальной теории)

Вклад социальной среды, особенно семьи, включает 1) тенденцию к инвалидации эмоций и неспособность моделировать уместное выражение эмоций; 2) стиль взаимодействия, который усиливает эмоциональное возбуждение; 3) несоответствие стиля воспитания и родительства темпераменту ребенка. Этот последний момент подчеркивается здесь потому, что он обращает внимание на взаимодействие биологии и окружения, которое формирует как поведение ребенка, так и поведение лиц, ответственных за его уход и воспитание.

³ Раздел “Биологическая уязвимость («биологическое» в биосоциальной теории)” адаптирован Американской психологической ассоциацией из книги Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan’s theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. Copyright 2009. Используется с разрешения.

Теоретически ребенок с высокой биологической уязвимостью может быть подвержен риску ПРЛ и/или эмоциональной дисрегуляции, если между его индивидуальными особенностями и особенностями окружения, которое ответственно за уход и воспитание, существуют критические расхождения или если силы и возможности семьи чрезвычайно ограничены (например, алкоголизм члена семьи или онкология у сиблинга). Такие ситуации способствуют нарастанию инвалидации, поскольку требования ребенка часто превышают способность окружения удовлетворять эти требования.

Возможно также и обратное: биологически уязвимый ребенок может оказаться устойчивым в хорошо соответствующем ему окружении, в котором присутствует сильная семейная поддержка. Такие различия в результатах позволили мне выделить три основных типа семей, которые повышают риск ПРЛ: дезорганизованная семья (например, семья, которая характеризуется повсеместно пренебрежительным или жестоким обращением); идеальная семья (например, семья, в которой выражение отрицательных эмоций запрещается); нормальная семья (которая характеризуется прежде всего плохой совместимостью). Важно отметить, что характеристики лица, которое ответственно за уход и воспитание ребенка, не обязательно должны быть стабильными или врожденными. Скорее всего, лица, ответственные за уход и воспитание ребенка, сами являются результатом сложных биологических, социальных и психологических взаимодействий, в том числе собственных детских воспоминаний о стиле воспитания в семье.

Роль инвалидирующего окружения

Роль инвалидации⁴ в развитии эмоциональной дисрегуляции имеет смысл, как только вы осознаете, что первичная функция эмоций людей (а также других млекопитающих) состоит в том, чтобы служить быстрой системой передачи информации. Инвалидация эмоций посылает сообщение о том, что информация не была принята. Если это сообщение важное, по понятным причинам отправитель делает все для эскалации коммуникации через эскаляцию эмоций. Если получатель “не принимает” информацию или подвергает ее сомнению, отправитель прилагает дополнительные усилия, чтобы прекратить коммуникацию, как правило, прибегая к каким-то другим формам инвалидации. И так будет продолжаться снова и снова, ситуация с обеих сторон будет обостряться, пока одна из сторон не пойдет на попятную. Часто именно получатель завершает такую коммуникацию, выслушивая в итоге отправителя

⁴ От англ. *invalidate* — не признавать, обесценивать, считать несостоятельным или неполноценным, не принимать во внимание, отрицать. — *Примеч. ред.*

в сильном эмоциональном возбуждении или уступая его требованиям. Следовательно, эскалация подкрепляется. Если это периодически продолжается, паттерн эскалации эмоциональной дисрегуляции закрепляется.

Такая окружающая среда, в частности, весьма разрушительна для ребенка, который начинает жизнь с высокой эмоциональной уязвимостью. Эмоционально уязвимая и реактивная личность провоцирует инвалидацию со стороны своего окружения, которое в противном случае могло бы быть благоприятным. Определяющей характеристикой инвалидирующего окружения является склонность непоследовательно и неадекватно реагировать на переживания близкого человека (например, убеждения, мысли, чувства, ощущения) и, в частности, нечувствительность к переживаниям, не имеющим публичного выражения. Инвалидирующему окружению также свойственна неуместная реакция (слишком сильная либо недостаточно заметная) на переживания близкого человека, выражаемые публично. Феноменологические, психологические и когнитивные компоненты эмоций образуют основу для переживаний личности, что приводит к инвалидации в этих условиях. Чтобы прояснить вклад инвалидирующего окружения в эмоционально дисрегулируемое поведение, давайте противопоставим его окружению, которое способствует развитию более адаптивных навыков регуляции эмоций.

В благоприятной семье личные переживания часто получают открытую валидацию. Например, когда ребенок говорит: “Я хочу пить”, родители дают ему попить (вместо того, чтобы сказать: “Нет, не хочешь. Ты только что пил”). Когда ребенок плачет, родители успокаивают его или пытаются выяснить, что не так (вместо того, чтобы сказать: “Прекрати реветь!”). Когда ребенок выражает гнев или разочарование, члены семьи относятся к нему серьезно (вместо того, чтобы игнорировать его эмоции как несущественные). Когда ребенок говорит: “Я сделал все что мог”, родитель соглашается (вместо того, чтобы сказать: “Нет, ты этого не сделал”). И так далее. В благоприятной семье учитываются предпочтения ребенка (например, в цвете комнаты, в видах деятельности или в одежде); родители интересуются убеждениями и мыслями ребенка и серьезно к ним относятся; эмоции ребенка рассматриваются как важные способы передачи сообщений.

Успешная передача сообщений о личных переживаниях в такой семье сопровождается изменением поведения других членов семьи. Эти изменения увеличивают вероятность удовлетворения потребностей ребенка и снижают вероятность отрицательных последствий. Родительская реакция, которая созвучна эмоциональным переживаниям ребенка и не является негативной, приводит к тому, что дети лучше способны различать собственные и чужие эмоции.

Напротив, инвалидирующая семья является проблемной, потому что люди в ней реагируют на сообщение о предпочтениях, мыслях и эмоциях не в соответствии с ними: либо демонстрируя безразличие, либо реагируя слишком остро. Это приводит к увеличению рассогласованности между личными переживаниями эмоционально уязвимого ребенка и переживаниями, одобряемыми социальным окружением, на которые оно реагирует. Устойчивая рассогласованность между личными переживаниями ребенка и тем, как окружение описывает его переживания, обуславливает многие поведенческие проблемы, связанные с эмоциональной дисрегуляцией.

В инвалидирующем окружении, помимо недостаточной способности оптимально реагировать на эмоциональные переживания, акцент делается на контроле эмоциональной экспрессии, в особенности выражения негативного аффекта. Болезненные переживания часто выставляются незначительными и объясняются такими отрицательными чертами, как недостаток мотивации, отсутствие дисциплины и неспособность положительно относиться к происходящему. Сильные положительные эмоции и связанные с ними предпочтения могут быть связаны с такими негативными чертами, как неспособность адекватно оценить происходящее, анализировать или высокая импульсивность. Другие характеристики инвалидирующего окружения включают ограничение потребностей ребенка, дискриминацию его по признаку пола или другим случайным характеристикам, а также применение наказаний (от критики до физического и сексуального насилия) для контроля поведения.

Инвалидирующее окружение вносит свой вклад в эмоциональную дисрегуляцию, поскольку не обучает ребенка обозначать и модулировать свое эмоциональное возбуждение, развивать стрессоустойчивость и полагаться на собственные эмоциональные реакции как на достоверную интерпретацию событий. Оно также активно учит ребенка инвалидировать собственный опыт, заставляя его искать внешние подсказки о том, как действовать и чувствовать. Представляя решение жизненных проблем в упрощенном виде, инвалидирующее окружение не может научить ребенка устанавливать реалистичные цели. Более того, наказывая ребенка за выражение отрицательных эмоций и непоследовательно подкрепляя эмоциональное сообщение только после эскалации с его стороны, семья формирует стиль эмоционального выражения, который колеблется между крайним подавлением и крайней расторможенностью. Другими словами, типичная реакция такой семьи на эмоции отсекает их коммуникативную функцию.

Инвалидация эмоций, в частности отрицательных, — это стиль взаимодействия, характерный для обществ, в которых поощряется индивидуализм, включая самоконтроль и личные достижения. Это вполне характерно для

западной культуры в целом. Конечно, инвалидация в определенной мере необходима для воспитания ребенка и обучения его самоконтролю. Далеко не каждое сообщение эмоций, предпочтений или убеждений следует подкреплять положительной реакцией. Ребенок, который является высокоэмоциональным и испытывает трудности с регуляцией эмоций, требует от окружения (особенно от родителей, а также от друзей и учителей) наибольших усилий по внешнему контролю своей эмоциональности. Инвалидация может быть весьма эффективной при временном подавлении выражения эмоций. Однако инвалидирующее окружение оказывает различное воздействие на разных детей. Стратегии эмоционального контроля, используемые в инвалидирующих семьях, могут лишь незначительно навредить детям, которые физиологически хорошо подготовлены к регулированию своих эмоций, а некоторым детям вообще могут быть полезны. Однако предполагается, что такие стратегии оказывают разрушительное воздействие на эмоционально уязвимых детей.

Такой транзактный взгляд не должен использоваться для снижения значимости психической травмы в этиологии ПРЛ и эмоциональной дисрегуляции. Исследователи подсчитали, что до 60–75% лиц с ПРЛ имеют историю детской травмы [11, 12] и многие продолжают испытывать дальнейшую травматизацию во взрослой жизни [13, 14]. В одном исследовании ученые обнаружили, что 90% клиентов с ПРЛ сообщали о наличии у них определенного опыта вербального, эмоционального, физического и/или сексуального насилия со стороны взрослых. По их словам, уровень жестокости в обращении со стороны взрослых был значительно выше, чем отмеченный для сравнения респондентами с расстройствами Оси II⁵, отличными от ПРЛ [14]. Однако остается непонятным, способствует ли травма сама по себе развитию ПРЛ и паттернов эмоциональной дисрегуляции или же травма и развитие такого расстройства сами являются следствием существующей семейной дисфункции и инвалидации. Другими словами, проблемы с виктимизацией и регуляцией эмоций могут возникать из одного и того же набора условий развития.

Формирование эмоциональной дисрегуляции: резюме

Эмоциональная дисрегуляция в целом, а также дисрегуляция, встречающаяся при ПРЛ в частности, являются результатом биологической предрасположенности, особенностей окружения и взаимодействия между ними в период ее формирования. Биосоциальная модель формирования эмоциональной

⁵ Речь идет об Оси II классификации DSM-5, включающей личностные расстройства и другие стабильные, практически мало обратимые длительные психические расстройства, такие как нарушения или задержка умственного развития. — *Примеч. науч. ред.*

дисрегуляции предлагает следующее: 1) развитие склонности к экстремальным эмоциональным перепадам основано на характеристиках ребенка (например, врожденной эмоциональной чувствительности, импульсивности), взаимодействующих с социальным контекстом, который формирует и поддерживает неустойчивость эмоций; 2) подкрепляющее взаимодействие между биологической уязвимостью и факторами окружения повышает эмоциональную дисрегуляцию и неспособность контролировать поведение, что способствует развитию отрицательных когнитивных выводов и социальных последствий; 3) со временем формируется сочетание определенных черт и дезадаптивных копинг-стратегий; 4) эти черты и поведение могут усугубить риск повсеместной эмоциональной дисрегуляции в процессе развития ребенка, воздействуя на его межличностные отношения и функционирование в социуме, а также мешая формированию здоровых эмоциональных реакций.

Эта модель показана на рис. 1.1.

Последствия эмоциональной дисрегуляции

Маккоби утверждал, что сдерживание действий является основой для организации всего поведения [15]. Развитие систем саморегуляции (как в описанном выше волевом контроле), особенно способность сдерживать и контролировать аффект, является одним из самых важных аспектов развития ребенка. Способность контролировать переживание и выражение эмоций имеет решающее значение, поскольку ее отсутствие приводит к нарушению поведения, особенно целенаправленного и просоциального. С другой стороны, сильная эмоция реорганизует или перенаправляет поведение, осуществляя подготовку индивида к действиям, которые конкурируют с неэмоциональным или менее эмоционально обусловленным поведенческим репертуаром.

Поведение индивидов, отвечающих критериям широкого спектра аффективных расстройств, может быть определено как последствие эмоциональной дисрегуляции и стратегий дезадаптивного управления эмоциями. Импульсивное поведение, особенно аутодеструктивное и суицидальное, можно рассматривать как дезадаптивную, но высокоэффективную стратегию эмоциональной регуляции. Например, передозировка психоактивными веществами обычно приводит к длительным периодам сна, что, в свою очередь, притупляет эмоциональную дисрегуляцию. Хотя механизм, при котором нанесение себе повреждений оказывает влияние на свойства эмоциональной регуляции, не ясен, очень часто индивиды, склонные к такому поведению, сообщают о значительном снижении беспокойства и других сильных негативных эмоциональных состояний после подобных действий. Суицидальное поведение

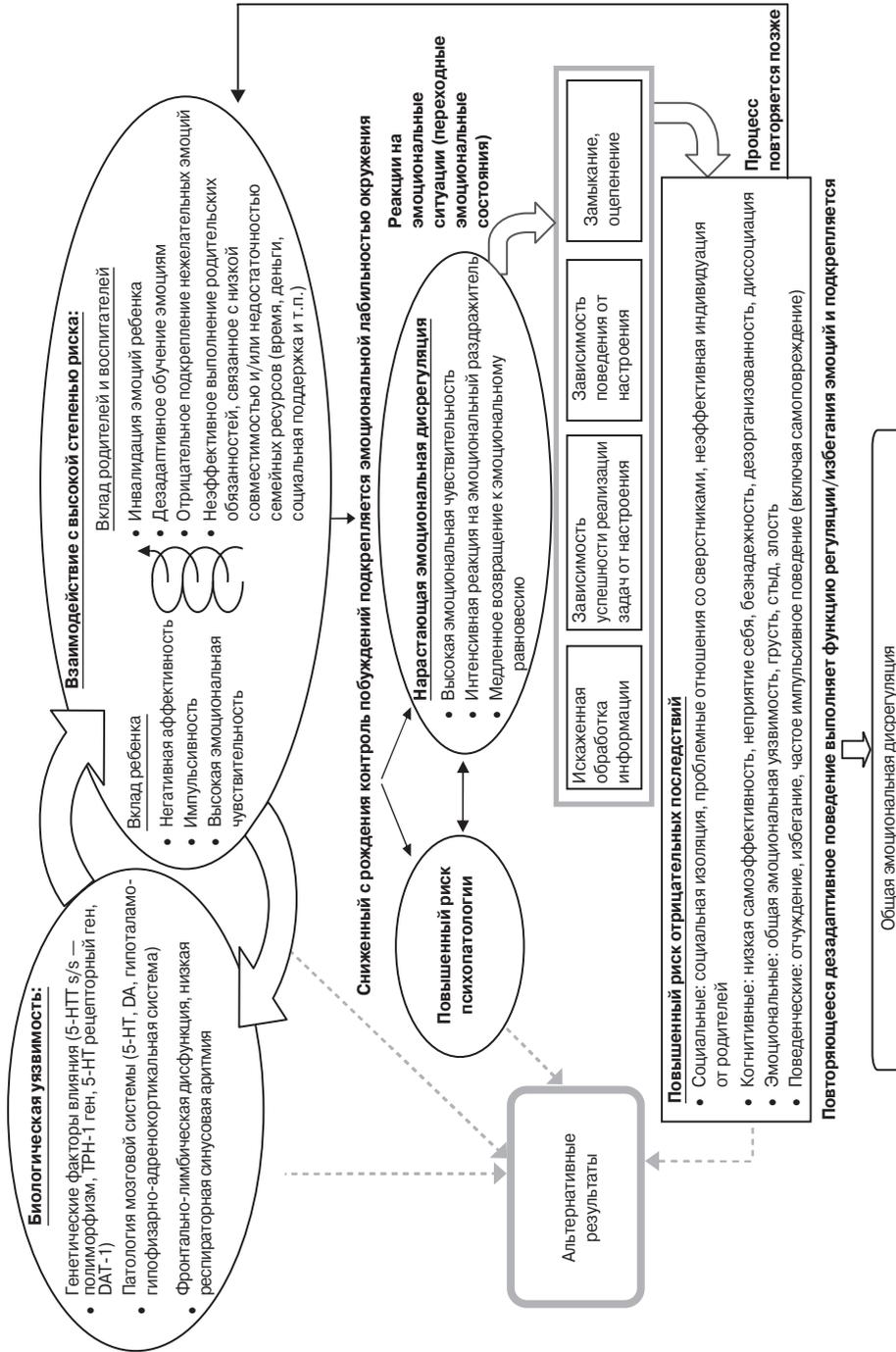


Рис. 1.1. Иллюстрация биосоциальной модели развития ПРЛ. 5-HT — серотонин; 5-HTT — транспортер серотонина; TRH-1 — триптофан-гидроксилаза I; DA — допамин; DAT-1 — транспортер допамина I; HPA — гипоталамо-гипофизарно-адренортикатальная система; RSA — респираторная синусовая аритмия. Адаптация Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Lenzenweger, M. F. (2008). *The development of borderline personality and self-injurious behavior*. In T. P. Beauchaine & S. Hinshaw (Eds.), *Child psychopathology* (p. 528). Hoboken, NJ: Wiley. Copyright 2008 by John Wiley & Sons, Inc. Используется с разрешения