

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к изданию на русском языке	8
Предисловие к изданию на английском языке	14
Примечание редактора	18
Об авторах	19
Список литературы	20
Список сокращений	21
Введение	22
Глава 1. Создание условий для ментализации	28
Переориентация терапевта	30
Великие дебаты психотерапии	32
Психические расстройства — это не категориальные сущности, а скорее многомерные конструкторы	35
Расстройства личности не существуют в том виде, в каком мы когда-то думали	36
Общие факторы в психотерапии определяют наибольшую величину эффекта в ответе на лечение	39
Факторы за пределами терапевтического кабинета объясняют наибольшую долю дисперсии в исходах психотерапии	40
Трансдиагностический механизм изменения ментализационных подходов	41
Краткое содержание главы	42
Глава 2. Что такое ментализация?	43
Краткая история концепции ментализации	44
Гибкость мышления: автоматическая имплицитная и контролируемая эксплицитная ментализация	51
Ментализация когнитивная или аффективная	58
Ментализация, основанная на внутренних и внешних признаках	60
Ментализация: цели и ценности	61
Краткое содержание главы	65

Глава 3. Как развивается ментализация?	66
Нормативная временная шкала развития ментализации: прементализирующие модулы	66
Корни способности ментализировать лежат в привязанности	78
От привязанности к обучению	84
Эпистемическое доверие	85
Краткое содержание главы	88
Глава 4. Трудности в ментализации и обучении	89
Проблемы ментализации, связанные с личностными проблемами	90
Проблемы ментализации при других расстройствах: гиперментализация, гипоментализация и отсутствие ментализации.	94
Почему развитие ментализации, основанное на привязанности, может пойти не по плану?	101
Подростковый возраст как уязвимый период для возникновения расстройств личности	107
Краткое содержание главы	108
Глава 5. Ментализирующая оценка и формулировка.	110
Оценка общей ментализирующей способности.	111
Оценка прементализирующих/ нементализирующих модулов.	114
Оценка стиля ментализации.	118
Оценка ментализирующих полярностей.	119
Итоговые ключевые моменты, которые следует помнить при оценке ментализации	121
Ментализирующий профиль.	122
Формулировка ментализации.	125
Краткое содержание главы	128
Глава 6. Структура терапии, основанной на ментализации.	130
Структура и траектория лечения.	133
Подробнее о психообразовании.	140
Завершающая фаза ментализирующего вмешательства	141
Краткое содержание главы	143

Глава 7. Ментализирующая позиция	144
Ментализация с определенной позиции	149
Ментализация поверх границ власти	150
Ментализация порождает ментализацию	152
Незнание	154
Любознательное, открытое мышление	155
Использование терапевтом своего «Я»	157
Удержание баланса	158
Мониторинг и управление возбуждением	160
Пунктуация (прерывание) или прекращение нементализации терапевта	160
Мониторинг и исправление собственных ошибок	167
Маркирование и усиление ментализации клиента	171
Краткое содержание главы	173
Глава 8. Ментализирующие вмешательства	174
Уровень 1. Эмпатическое подтверждение: утешение, поддержка и валидация	176
Уровень 2. Базовая ментализация: уточнение информации и проработка аффекта	183
Уровень 3. Базовая ментализация: противоположные движения	188
Уровень 4. Ментализация отношений и фокусирование на аффекте	195
Краткое содержание главы	200
Глава 9. Продолжение работы с ментализирующей позицией	201
Примечание о супервизии и работе в командах	202
Как пройти дополнительное обучение	205
Самооценка	206
Заключение	207
Ключевые термины и понятия	208
Список литературы	216
Предметный указатель	222

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

В современном мире, где стресс, тревога и депрессия, проблемы в общении и отношениях становятся все более распространенными, понимание своих эмоций и умение эффективно управлять ими становятся ключевыми навыками. Терапия, основанная на ментализации, является одним из эффективных методов помощи людям для решения этих задач.

Ментализация — это способность воспринимать эмоции и представлять психическое состояние самого себя и других людей. Это форма социального познания, позволяющая нам воспринимать и интерпретировать человеческое поведение как детерминированное не только внешними причинами и физическими факторами, но и внутренними интенциональными состояниями, например, потребностями, целями, желаниями, чувствами, представлениями. Ментализация посредством рефлексии помогает исследовать и обнаруживать, какие обстоятельства и переживания в прошлом и настоящем привели к возникшим желаниям и мыслям. Она включает в себя бессознательное, автоматическое и сознательное преднамеренное применение своей способности понимания как когнитивных, так и аффективных аспектов собственного психического состояния и психического состояния других. Мы создаем мысленное представление опыта таким, каким он случился, в контексте, который мы можем рефлексировать и передавать другим, а также сохраняем эту репрезентацию в нашей памяти и меняем ее с течением времени. То, что люди (и шимпанзе!) обладают способностью отделять ментальные репрезентации от реальности, является важным моментом, на который обращают особое внимание П. Фонаги и авторы этой книги. Это означает, что ментальные репрезентации не просто копии реальности; вместо этого ваш мозг обозначает смысл реальности в процессе ее репрезентации. Люди активно придают смысл своему опыту, и это осмысление субъективно, поэтому два человека могут переживать одно и то же событие, но конструировать совершенно разные его представления.

Терапия, основанная на ментализации (*англ.* Mentalization-based treatment — МВТ), — интегративная форма психотерапии, объединяющая аспекты психодинамического, когнитивно-поведенческого, системного и экологического подходов. Программа МВТ была разработана Питером Фонаги и Энтони Бейтманом и была предназначена для людей с пограничным расстройством личности (ПРЛ). Фонаги и Бейтман определяют ментализацию как процесс, посредством которого мы имплицитно и эксплицитно интерпретируем свои действия и действия других людей как

имеющие смысл на основе намерений, обусловленных психикой. Согласно П. Фоаги и М. Таргет, возможность интерпретировать психические состояния тесно связана с психосоциальным развитием человека. Они называют эту развивающуюся способность функцией межличностной интерпретации и считают, что она является инструментом для обработки новых впечатлений. Чтобы использовать ее, необходимо иметь более сложные психические функции, такие как регуляцию эмоций, развитые внимание и контроль, усвоенные навыки сотрудничества.

Ментализация формируется как навык и развивается в контексте отношений ребенка и значимого взрослого через ранние процессы отзеркаливания аффектов; она необходима для формирования интерсубъективности (отчетливого и стабильного чувства Я, самоидентичности). Ребенок последовательно становится самостоятельным субъектом, осознающим собственные желания, мысли и чувства как автономные и отличные от субъективного мира других, когда родители не только реагируют на его потребностные и эмоциональные состояния соответствующими действиями, но и обозначают их как психические явления (например, словами «ты голодный»). Таким образом взрослый предвосхищает субъективность ребенка и формирует ее. Субъективная реальность выражает специфическое и неотъемлемое качество сознания и способность восприятия осознаваемых состояний индивидом, которые непосредственно удостоверяют для него то, что он существует. В научной и философской литературе она часто обозначается различными, но близкими по значению терминами: «ментальное», «интроспективное», «феноменальное», «субъективный опыт», «квалиа» и прочие. В последние десятилетия термин «субъективная реальность» стал довольно широко использоваться для описания специфики сознания, в том числе и представителями аналитической философии. Как отмечает профессор Д.И. Дубровский: «Понятие субъективной реальности охватывает как отдельные явления и их виды (ощущения, восприятия, чувства, мысли, намерения, желания, волевые усилия и т.д.), так и целостное персональное образование, объединяемое нашим Я, взятым в его относительном тождестве самому себе, а тем самым в единстве его рефлексивных и арефлексивных, актуальных и диспозициональных измерений».

Для того чтобы использовать ментализацию, необходимо, по мнению исследователей, сложное взаимодействие многих психических функций, развитие которых должно проходить своевременно и разносторонне. Так, если недостаточно развита функция контроля внимания, человек не сможет задействовать функцию межличностной интерпретации в стрессовых ситуациях. Социальная природа личности становится основой для получения и накопления культурно-исторических знаний, формирующих си-

стему правил взаимодействия и «социальную совесть», благодаря чему возникает способность к альтруизму и взаимопомощи. Ментализация формируется в отношениях внутри и за пределами домашней среды, и, согласно П. Фонаги, ведущую роль в развитии ментализации играют взаимоотношения ребенка со взрослым, в которых небезопасная привязанность приводит к нарушению ее развития. Фактором, негативно влияющим на развитие данной способности, является также агрессия по отношению к ребенку. Наиболее очевидным и частым механизмом, приводящим к нарушению развития адекватной способности к ментализации, становятся последствия жестокого обращения со стороны воспитателя. Если взрослый настроен по отношению к ребенку негативно и сверхкритично, то развитие представлений о внутреннем мире Другого оказывается наполнено фрустрациями, чувством вины и собственной неполноценности.

Цель терапии состоит в том, чтобы пациенты с ПРЛ повысили свою способность к ментализации, что должно улучшить регуляцию аффекта, тем самым снижая суицидальность, самоповреждающее поведение и укрепляя межличностные отношения. Авторы книги используют ПРЛ в качестве примера того, как развитие ментализации идет не по плану возрастного развития, поскольку МВТ изначально разрабатывалась в контексте ПРЛ, а также потому, что ПРЛ, с точки зрения К. Шарп, является хорошим эрзац-индикатором для оценки общего уровня личностного функционирования человека. В нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях задокументированы положительные эффекты МВТ с точки зрения снижения суицидального поведения, симптомов расстройства личности, межличностных проблем, нарушения приема лекарств и использования медицинских услуг. Имеются также указания на то, что терапия, основанная на ментализации, может быть особенно полезна для пациентов с более тяжелыми нарушениями и обширной сопутствующей патологией.

Карла Шарп и Дикон Бевингтон, опытные клиницисты и преподаватели терапии, основанной на ментализации, делятся в этой книге своим опытом и экспертизой в области ментализации, предлагая читателям понятные и наглядно разъясненные практико-ориентированные рекомендации по применению этого подхода в работе с клиентами и пациентами. Они подробно описывают основные принципы терапии, методики ее применения и эффективные стратегии для формирования и развития ментальных навыков человека.

Как справедливо и точно отмечает П. Фонаги в его предисловии к этой книге, «ценность трансдиагностического подхода широко признана, поскольку он лучше отражает повседневный жизненный опыт людей с про-

блемами психического здоровья, в то же время увеличивая вероятность того, что обследование и лечение соответствуют лежащим в основе механизмам, нейробиологии и оптимально эффективным вмешательствам... Быстрое развитие научно обоснованных подходов к диагностике таких состояний, как ПРЛ, представляло собой важнейший прогресс в помощи пациентам, но также послужило дестигматизации состояний».

Авторы этой книги умело показывают, что ментализация является трансдиагностическим концептом и механизмом изменений, который можно применять специалистам различных психотерапевтических направлений, а не только психодинамического подхода, из которого развивалась школа терапии, основанной на ментализации. Как когнитивно-поведенческому терапевту, мне особенно приятно подчеркнуть, что из всех психодинамических школ эта является наиболее близкой к современной когнитивно-поведенческой терапии (также придерживающейся трансдиагностического подхода) не только в практическом, но и теоретическом контексте. Подходы, основанные на ментализации, оказались весьма успешными в возвращении психодинамического мышления в мейнстрим и его интеграции в другие подходы, такие как подходы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и диалектической поведенческой терапии (ДПТ). В то же время часть идей когнитивных психологов успешно используется в самой МВТ. Так, например, в этом руководстве упоминаются работы таких известных когнитивных психологов, как совсем недавно (27 марта 2024 г.) ушедшего от нас Дэниела Канемана и его коллеги Амоса Тверски [1937–1996 гг.; его мать, Женья Тверски (урожденная Гинцбург), иммигрировала в подмандатную Палестину из Советского Союза в 1924 г.], создателей теории перспектив, которая объясняла иррациональные человеческие экономические выборы и их связь с 11 «когнитивными искажениями», мешающими рациональной оценке. Тверски и Канеман смогли продемонстрировать, что люди склонны видеть тенденции и связи там, где их на самом деле нет, и принимать решения, основываясь на этих мнимых тенденциях и связях. За эту теорию Д. Канеман получил в 2002 г. Нобелевскую премию по экономике, а именно за поведенческую экономику и исследования формирования суждений и принятия решений в условиях неопределенности. Специфику человеческого мышления, часто приводящую к неверным интерпретациям и когнитивным ошибкам, они раскрыли, описывая названные ими «системы мышления 1 и 2», сопоставимые с автоматическими (направляемыми имплицитной системой убеждений — «имплицитное-автоматическое» в МВТ) и сознательными рефлексивными мыслями (эксплицитной частью — «эксплицитное-контролируемое» в МВТ) по А. Беку. Как и в когнитивно-поведенческой терапии, мы увидим пе-

рекличку с работами Л.С. Выготского с интернализацией внешней речи (описанную авторами как обучение «извне внутрь») и формированием субъективной реальности на основе «рече-мыслительных процессов» (основы интегрированного и связанного функционирования личности), мы можем обратить внимание на знакомые выделения «Я» и «Другие», аффективное и когнитивное, «чтение мыслей» и так далее, что сближает теорию и практику двух направлений психотерапии. Трудно в какой-то еще школе психодинамического направления найти такое взаимопроникновение теории и практики и открытость идеям обычно достаточно далеких и разделенных подходов.

Интеграция многих современных научных данных и различных терапевтических подходов делает это руководство универсальным источником развития для большинства вдумчивых терапевтов. Поэтому эта книга будет полезна для расширения терапевтического арсенала и диапазона спектра работы специалистам разных направлений психотерапии. Как верно отмечает П. Фонаги, «терапевтический подход, основанный на ментализации, блестяще представленный авторами этой книги, делает МВТ идеальным образцом трансдиагностических усилий, в равной степени открытых для генетических механизмов, ассоциированных с трудностями нейроразвития, и отражающих очевидно трансдиагностические факторы риска в ранней психосоциальной среде, ассоциированной с пренебрежением со стороны родителей в детстве и комплексными травмами в ходе развития личности. Фундаментальным принципом терапевтического подхода, основанного на ментализации, является то, что обеспечение такого психологического понимания должно быть доступно каждому человеку и будет способствовать благополучию всех тех, кто испытывает трудности с пониманием своих собственных действий или действий окружающих с точки зрения душевного состояния».

Авторы отмечают, что на обоих концах спектра опытности специалистов в области ментального здоровья мы видим, использование «замануализированных» и формализованных руководств по лечению, основанных на данных исследований, разработанных с учетом конкретного расстройства, дает врачу комфорт, безопасность и снижение тревоги. Клиницисты следуют рекомендациям, изложенным в руководствах, и чувствуют себя увереннее от мысли, что, если они будут придерживаться этой модели, их пациенты поправятся, так же как и в рандомизированном контролируемом исследовании, в котором была разработана терапия. Однако, как будет ясно представлено в этой книге, ограничения этих четко очерченных подходов к проблемам психического здоровья становятся все более и более очевидными, что требует инноваций, основанных на новейших научных достижениях в понимании природы психических расстройств

и их лечения. В этом контексте Шарп и Бевингтон умело раскрывают необходимость простого и понятного введения в основанные на ментализации подходы, которые могут облегчить переориентацию, необходимую для отказа от авторитарной позиции в пользу ментализирующей позиции, независимо от терапевтической модальности.

Дмитрий Викторович Ковпак,
кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии,
медицинской психологии и сексологии Северо-Западного
государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова,
президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии,
врач-психиатр и психотерапевт, вице-президент Российской
психотерапевтической ассоциации, член Координационного совета
Санкт-Петербургского отделения Российского психологического
общества, член Исполнительного совета Международной ассоциации
когнитивной-поведенческой терапии, член Международного
консультативного комитета Института когнитивно-поведенческой
терапии Бека

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

Когда в начале 1990-х годов, то есть три десятилетия назад, появилось лечение, основанное на ментализации, основной целью улучшения психиатрической помощи для тех, кто в ней нуждался, было внедрение научно обоснованных методов лечения (Roth & Fonagy, 1996; Fonagy, Targett, Cottrell, Phillips & Kurtz, 2002). На этом направлении было несколько проблем. Некоторые рутинно применяемые методы лечения приносили больше вреда пациентам, чем помощи. Например, люди с диагнозом пограничного расстройства личности (ПРЛ), обратившиеся за помощью в Северной Америке, получали лечение в среднем у шести психотерапевтов, которым в итоге удавалось достичь лишь незначительно эффективных клинических результатов (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004). Фактически за этой разочаровывающей статистикой скрывалась суровая реальность того, что состояние большинства пациентов, вероятно, ухудшилось в результате психосоциальных методов лечения, которые фактически препятствовали их способности выздоравливать, и они не смогли использовать потенциально выгодные изменения в своих социальных обстоятельствах. Отрезвляющее последующее наблюдение Майкла Стоуна за пациентами с этим диагнозом показало лишь 66% уровень выздоровления, достигнутый через 20 лет (Stone, 1990). Очевидно, что обычное лечение, по крайней мере для некоторых диагностических групп, представляло собой субоптимальное решение, аналогичное использованию пиявок, принудительного очищения кишечника и кровопусканий в медицине XVII и XVIII веков. [Возможно, не совсем случайно, что последние два из этих «терапевтических» подходов являются симптомами «несуицидального самоповреждения» (NSSI) и часто практикуются людьми с диагнозом ПРЛ.]

Быстрое развитие научно обоснованных подходов к диагностике таких состояний, как ПРЛ, представляло собой важнейший прогресс в помощи пациентам, но также послужило дестигматизации состояний, неспособность которых реагировать на «обычное лечение» привела к тому, что они стали «диагнозами методом исключения» (Национальный институт психического здоровья Англии, 2003). Были созданы программы обучения, призванные гарантировать, что врачи, назначающие лечение с убедительными доказательствами, основанными на рандомизированных контролируемых исследованиях, обладают необходимой компетенцией для эффективного выполнения этой процедуры (Roth & Pilling, 2008; Roth, Pilling & Turner, 2010). За последние четыре десятилетия культура научно обоснованной практики в области психического здоровья набрала неудержимую

динамику. Я горжусь тем, что вместе с коллегами, разрабатывающими подход, основанный на ментализации, в ряде диагностических групп, я сыграл небольшую, но значительную роль в достижении этических, моральных и прагматических целей эмпирически обоснованных вмешательств (Bateman & Fonagy, 2019).

Итак, все ли в порядке с психосоциальным лечением психических расстройств? Остаются два основных препятствия, и нынешняя блестящая книга, обобщающая принципы и практику терапии, основанной на ментализации (МВТ), представляет собой ответ на оба из них.

Доказательства, на которых базируются эмпирически подтвержденные методы лечения, в свою очередь основаны на категориальных диагнозах психических расстройств. Дизайны рандомизированных контролируемых исследований основаны на предположении, что категории расстройств отражают деление природных явлений ровно по границам наших теорий; они предполагают лежащую в основе реальность расстройств, аккуратно разделенных на непересекающиеся, взаимоисключающие и комбинаторно исчерпывающие группы расстройств (Rutter, 2013). Ни одного клинициста не нужно убеждать в том, что существующие таксономии далеки от оптимального отражения клинических и социальных потребностей людей, которым присвоен определенный «ярлык». Произвольные пороговые значения не позволяют отдельным людям получить лечение, которое могло бы быть эффективным и предотвратить прогрессирование заболевания до более острых фаз. Особой проблемой является то, что неравенство в распределении клинических ресурсов часто маркируется по расовым, этническим и социально-экономическим характеристикам, преувеличивая, а не устраняя ранее существовавшую маркированную социальную несправедливость. Многие, в том числе Шарп (Sharp, 2015), ее коллеги и авторы этой книги, представили революционные результаты, которые передвинули фокус с системы фиксированных категорий на учитывающую возрастное развитие «многомерную» (объемную) систему, основанную на нейробиологической перспективе, впервые разработанной Национальным институтом психического здоровья США (NIMH) в рамках проекта системы критериев предметной области исследований (Research Domain Criteria) (Sharp et al., 2016). Ценность трансдиагностического подхода широко признана, поскольку он лучше отражает повседневный жизненный опыт людей с проблемами психического здоровья, в то же время увеличивая вероятность того, что обследование и лечение соответствуют лежащим в основе механизмам, нейробиологии и оптимально эффективным вмешательствам. Терапевтический подход, основанный на ментализации, блестяще представленный авторами этой книги, делает МВТ идеальным образцом трансдиагностических усилий, в равной степени открытых для генетических ме-

ханизмов, ассоциированных с трудностями нейроразвития, и отражающих очевидно трансдиагностические факторы риска в ранней психосоциальной среде, ассоциированной с пренебрежением со стороны родителей в детстве и комплексными травмами в ходе развития личности.

Вторая проблема, которая до сих пор оставалась в значительной степени непреодолимой, связана с распространенностью проблем психического здоровья во всей популяции (Kazdin, 2019). Просто людей, испытывающих проблемы с психическим здоровьем, существует слишком много, чтобы любая реалистичная популяционно-обоснованная инициатива в области здравоохранения могла обеспечить их адекватный охват. Некоторое время назад мы провели расчет, впрочем, значительно устаревший на сегодняшний день. Если бы все профессионально подготовленные клинические психологи работали по 9 ч в день, лишь предлагая индивидуальное или групповое лечение пациентам исходя из наилучших имеющихся данных, даже не делая перерывов на обед, они были бы в состоянии предложить терапию не более чем 1 из 12 детей и молодых людей с вероятным диагнозом психического расстройства. Очевидно, существует серьезная проблема доступности помощи и разрыва в возможностях получать лечение, которая снова ставит в невыгодное положение тех, у кого меньше всего ресурсов и больше всего серьезных затруднений.

Эта книга представляет собой масштабный и, на мой взгляд, чрезвычайно значимый шаг на пути к устранению этого разрыва в доступности. Мы предполагаем, что этот разрыв не будет преодолен без предоставления возможности тем, кто в настоящее время не участвует в оказании эмпирически обоснованной психиатрической помощи, взять на себя ответственность за удовлетворение имеющейся потребности и сделать все возможное для проведения терапевтических вмешательств, показавших клиническую ценность. И здесь ключом может быть история МВТ. МВТ возникла из-за необходимости предлагать психотерапевтическую помощь в дневном стационаре, укомплектованном медсестрами, ассистентами, социальными работниками и эрготерапевтами, не имеющими формального образования в области психотерапевтического вмешательства (Bateman & Fonagy, 1999a, 1999b). МВТ не требует от врача изощренного психологического понимания комплексных факторов, определяющих различные проблемы психического здоровья. Ментализация, как отмечается в книге, уходит корнями в народную психологию. Это понимание, которое нельзя недооценивать, используемое всеми людьми для интерпретации личностных и социальных действий. Фундаментальным принципом терапевтического подхода, основанного на ментализации, является то, что обеспечение такого психологического понимания должно быть доступно каждому человеку и будет способствовать благополучию всех тех, кто испытывает трудности с пониманием своих

собственных действий или действий окружающих с точки зрения душевного состояния. Важно отметить, что в парадигме МВТ понятие неэффективной ментализации — это не неустранимый дефицит уникальной и надежно защищенной человеческой функции, а скорее понимание того, что у некоторых людей генетическая уязвимость в сочетании с лишенным поддержки ранним опытом, включая пренебрежение и травму, может создать еще одну уязвимость: потерю ментализации в условиях повышенной эмоциональности. Это может привести к индивидуальному дистрессу в сочетании с трудностями в социальном взаимодействии, что в совокупности приводит к субоптимальным стратегиям копинга (преодоления трудностей) и часто к диагнозу психического расстройства. Дополнением к этому утверждению является наше убеждение, опирающееся на рациональные нейрофизиологические основы, что благоприятная и информированная социальная среда способна повысить компетентность в ментализации и устранении уязвимостей — доброжелательным терапевтическим, основанным на сотрудничестве с пациентом и глубоко уважительным способом.

Вот почему я возлагаю свои надежды на этот превосходный том. Это, несомненно, наиболее ясно написанное и наиболее легко доступное описание МВТ на сегодняшний день. Возможно, это мое утверждение о доступности изложения особенно справедливо, поскольку я не внес абсолютно никакого вклада в написание этого руководства. Но именно поэтому я очень надеюсь, что очень широкая — максимально широкая — аудитория практиков, заинтересованных в приобретении компетенций, которые позволят им предлагать помощь окружающим, по их мнению, нуждающимся в помощи, возьмет и прочитает эту книгу. Только активизируя и расширяя возможности (нетрадиционных) факторов, мы сможем сдвинуть с места ситуацию с распространенностью психических расстройств, которая, к сожалению, несмотря на огромные усилия разработчиков эффективных терапевтических методик, мало улучшилась за последние четыре десятилетия.

Хочется, чтобы эта книга просто смогла бы изменить «правила игры». Я очень надеюсь, что ее живой стиль, ее сострадательный язык и ее подлинный человеческий интерес создадут основу, на которой появится новое поколение психологически информированных, чувствительных к травме, гуманных, щедрых и компетентных практикующих специалистов. Я глубоко признателен авторам книги за то, что они сделали, чего я никогда бы не смог. Со всем смирением я глубоко благодарен за их усилия.

Питер Фонаги,
кавалер Ордена Британской империи,
член Академии медицинских наук Соединенного Королевства,
член Британской академии наук, член Академии социальных наук

Глава 6

Структура терапии, основанной на ментализации

Как указано в главе 1, цель этой книги — дать основу, которая поможет вам развить знания в области МВТ или других подходов к терапии, основанных на ментализации. На самом деле мы надеемся, что то, что мы пишем, может обогатить терапевтическую работу и тех, кто работает с другими моделями лечения. Как мы видели до сих пор, многое из того, что влечет за собой ментализация, подпадает под категорию «общих факторов», которые лежат в основе любой эффективной психотерапевтической работы, основанной на научных данных. В этой главе мы предложим вам несколько основных сведений о структуре МВТ. Понимание этих основ может помочь вам понять, хотите ли вы глубже погрузиться в МВТ, МВТ-А, МВТ-Е, АМВТ или любой из множества различных способов использования ментализации для формирования методов помощи пациентам.

Уже существуют отличные книги и руководства, подробно описывающие МВТ (например, Vateman & Fonagy, 2016); мы же, прежде всего, хотим дать вам представление о том, что лежит в основе ментализирующих подходов, а именно о ментализирующей позиции. В этой и последующих главах мы объединим всю эту теорию и исследования для достижения практических целей, чтобы помочь вам понять, что значит чувствовать себя как в равновесии, так и вне его [ибо что такое позиция (буквально — «стойка»), как не равновесие?].

Мы надеемся, что к этому моменту вы получили достаточно хорошее понимание того, какие общие смыслы связаны с термином «ментализация», особенно среди многих людей, которые разработали и развивали науку, лежащую в основе использования ментализации в терапевтической работе. Таким образом, вы уже знаете, что ментализация описывает творческий процесс рефлексии, направленный на создание связанных нарративов, позволяющих осмыслить поведение на основе психики, лежащей в основе этого поведения. Вы знаете, что в этом рефлексивном процессе

мы осознаем, что наше сознание конструирует версии реальности и что для того, чтобы ладить с людьми, нам нужно понять, как мы пришли к нашим собственным уникальным репрезентациям реальности, чем эти репрезентации различаются от репрезентаций, сформированных другими, и как наши разные репрезентации могут влиять на наши собственные чувства и действия, а также на тех, кто нас окружает.

В последующих разделах мы покажем, как эта ментализирующая позиция может ощущаться, быть узнаваемой и проявляться в тех взаимодействиях, которые происходят с другими сознаниями, с которыми мы сталкиваемся в нашей работе (и вне нашей работы тоже). Мы надеемся, что благодаря этому вы познакомитесь не только с интеллектуальными строительными блоками, лежащими в основе ментализации, но также с эмоциональным и ситуативным осознанием этого самого едва уловимого и мимолетного состояния ума.

Для мастера боевых искусств было бы не менее бесполезно писать инструкции о том, как удерживать боевую стойку, и ожидать, что его последователи достигнут этого без практики, чем для нас было бы писать о ментализирующей позиции и ожидать, что этого будет достаточно для вас, чтобы достичь компетентности в этом вопросе. Мы определенно не являемся мастерами-ментализаторами. На самом деле сила ментализации, возможно, заключается именно в осознании ее хрупкости, а также в способности отделить некоторые (неизбежные) переживания от потери равновесия, от чувства стыда или профессиональной неадекватности. Идея ментализации как индивидуального «навыка ниндзя» или «силы воина» — опасная фантазия; ее можно назвать романтизирующей ересью, отрицающей социальные и реляционные корни ментализации.

Большинство наших клиентов приходят в консультационный кабинет с кризисом или дилеммой, которая заставляет их придерживаться жесткого, возможно, уникального взгляда на себя, других или свои ситуации. Обычно они уверены в своих взглядах и не могут даже представить себе альтернативы. В этом смысле они, скорее всего, находятся в ловушке психической эквивалентности и будут переключаться между телеологическими решениями своих проблем и имитационным модусом (о котором они не подозревают), чтобы справиться с ассоциированными тяжелыми эмоциями. Наша работа как ментализирующих терапевтов (независимо от нашей ориентации) состоит в том, чтобы помочь клиентам освободиться от этой ригидной негибкости, чтобы они могли снова представлять себе (и проживать) альтернативные варианты. Таким образом, основная цель состоит в том, чтобы помочь пациенту двигаться вперед, лучше поддерживать бдительность к своим собственным психическим процессам и немного больше сосредоточиться на том, как он и другие думают и чувствуют в любой

данный момент. Благодаря этим усилиям наши клиенты станут более внимательными к сознаниям всех участников этой игры и смогут подвергать сомнению свою уверенность, испытав облегчение от того, что начали выбираться из ловушки своих фиксированных убеждений и, возможно, исследовать новые пути вперед. При этом они становятся *агентами*, поскольку *активно делают выбор в соответствии со своими ценностями*.

В предыдущих главах мы пытались ответить на вопросы «что» и «почему» в отношении подхода, основанного на ментализации. Цель этой и следующей глав — ответ на вопрос «как». Сначала мы опишем базовую структуру и траекторию МВТ, а также попытаемся дать более подробное определение ментализирующей позиции. В главе 7 будут рассмотрены конкретные ментализирующие вмешательства, которые работают посредством такой позиции, и приведены примеры того, как эта позиция гибко меняется для поддержки таких целенаправленных взаимодействий. В этой и следующей главах мы будем использовать один кейс («пациентка МJ»), чтобы проиллюстрировать наши положения. Этот клиент — та самая 18-летняя девушка, для которой мы написали формулировку МВТ в главе 5 (см. **вставку 5.3**), поэтому она вам уже немного знакома. Мы надеемся, что, используя один и тот же кейс, мы сможем повысить связность в понимании траектории, процесса и вмешательств терапии МВТ.

Наша работа — помочь клиентам освободиться от негибкости.

Кейс МJ

МJ — 18-летняя белая пациентка, которую направил на психотерапию ее психиатр. Недавно у МJ диагностировали ПРЛ, большую депрессию и расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (марихуаны). На прошлой неделе ее выписали из больницы после попытки самоубийства. В настоящее время она живет с матерью. МJ была удочерена при рождении. У нее есть младший брат 16 лет, также приемный, но не имеющий с ней биологического родства. Ее приемные родители развелись, когда МJ было 6 лет. С тех пор она живет отдельно от своего отца и не поддерживает с ним контактов. МJ посещает первый сеанс со своей матерью, которая привела ее на терапию. Проходя с ней из зала ожидания в кабинет для консультаций, вы замечаете, что МJ хромот. Когда вы комментируете это, она объясняет, что так глубоко порезала себе бедро, что из-за швов ей трудно согнуть ногу.

Хотя МJ называет себя этой аббревиатурой, вы узнаете, что ее настоящее имя — Анна, и мать называет ее по имени Анна. Во время первого сеанса, который начинается в присутствии ее матери, мать МJ рассказывает

большую часть истории и подчеркивает, что, если МЖ не получит помощи сейчас, неясно, что ее ждет в будущем. За год до этого МЖ бросила школу, не окончив ее. Недавно ее попросили уйти с работы в кафе-мороженом из-за частых отсутствий. Ее мать терпит употребление психоактивных веществ, потому что она говорит, что это единственный способ справиться с ситуацией, который знает МЖ; однако она также чувствует, что курение травы способствует заторможенности МЖ, и желает, чтобы она бросила. На вопрос, что привело ее на терапию, МЖ сначала хранит молчание, а после того, как терапевт комментирует, что ей, наверно, трудно разговаривать с незнакомцем, она говорит, что чувствует депрессию, потому что ее парень находится в тюрьме. Она говорит, что не может жить без него и поэтому хочет покончить с собой. Она считает, что он единственный человек, «который ее понимает», и что она не чувствует себя в безопасности ни с кем другим. Она собиралась выйти за него замуж, но теперь все это кажется невозможным, потому что она считает, что он забудет о ней, пока они разлучены. Когда ее спросили, как долго она и ее парень были вместе, МЖ ответила, что на момент его ареста их отношения длились три месяца. В этот момент она расплакалась.

СТРУКТУРА И ТРАЕКТОРИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Вообще говоря, терапия, основанная на ментализации, имеет три фазы: начало, середину и конец. Для простоты изложения, а также поскольку МВТ изначально разрабатывалась в контексте ПРЛ, мы снова используем ПРЛ в качестве примера расстройства при представлении материала ниже. В главе 5 мы подчеркивали, что лечение начинается с фазы оценки, которая длится от одного до трех сеансов и завершается формулировкой. Помимо оценки начальная фаза также включает обсуждение диагноза, психообразование, установление иерархии терапевтических целей, определение пути кризиса и согласование мониторинга исходов. Хотя оценка может длиться от одного до трех сеансов, другие вводные аспекты могут добавить еще один-два сеанса, а это означает, что средняя фаза может начаться примерно через четыре-пять сеансов взаимоотношений с клиентом. Средняя фаза лечения, наиболее продолжительная, состоит из активной терапевтической работы, направленной на стимулирование более устойчивой ментализации. В **табл. 6.1** обобщены цели и характер каждого этапа лечения.

Давайте теперь посмотрим, как мы можем представить пациентке МЖ аспекты начальной фазы. Мы расширяем первоначальную формулировку ментализации, представленную в главе 5, включив в нее также антикризисный план и оценку риска, ограничиваясь потенциально мешающим

Таблица 6.1. Структура вмешательства, основанного на ментализации

Траектория лечения	
<p>Оценка Сеансы 1–3 Месяц 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> – См. в главе 5 более подробную информацию о том, как оценить ментализацию. – Цель состоит в том, чтобы прийти к ментализующему профилю и формулировке, которыми можно поделиться с клиентом
<p>Диагностика и психобразование Сеансы 4–5 Месяцы 1–2</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Мы не уклоняемся от разговоров о диагнозе «расстройство личности», поскольку это рискует увековечить существующую стигму в отношении расстройства личности. – Учитывая вышеизложенное, часто полезно использовать формулировку ПРЛ в разделе III (критерий А) DSM-5 или критерий тяжести МКБ-11 (дезадаптивное внутри- и межличностное функционирование), а не какое-либо конкретное расстройство личности. Некоторые клиенты и работники предпочитают использовать категориальный диагноз (например, ПРЛ), если они более знакомы с ним. Преимущество использования критерия А заключается в том, что вы можете выразить диагноз в реляционных терминах, что соответствует MBT, например: «Расстройство личности относится к проблемам в том, как вы управляете собой и своими отношениями» или для подросткового возраста: «Ты занят построением своей личности, и из того, что ты сказал, похоже, что ты изо всех сил пытаешься собрать воедино все части того, кем ты являешься как личность». – Объясните, что личностные проблемы или модели взаимоотношений <i>не являются неразрешимыми</i>. Они естественным образом меняются со временем, независимо от того, проходит клиент терапию или нет. Кроме того, на них можно положительно повлиять лечением. Поэтому подчеркните, что личностные проблемы подобны депрессии и тревоге. Они приходят и уходят и восприимчивы к вмешательству. В подростковом возрасте: «Сейчас как раз подходящее время, чтобы вмешаться, потому что твоя личность еще очень пластична; она еще может сильно измениться, и я очень рад, что мы можем вместе посмотреть на развитие твоей личности в данный момент». – Самое главное: ваша цель при сообщении диагноза – вовлечь клиента в диалог о его опыте и ощущениях (например, «Звучит ли это правдоподобно?», «Слышали ли вы раньше термин ПРЛ?», «Что вы об этом думаете?», «Что значит для вас услышать такой диагноз?»)

Траектория лечения	
<p>Формулировка Сеансы 4–5 Месяцы 1–2</p>	<ul style="list-style-type: none"> – В главе 5 мы представили первоначальную формулировку, написанную в терминах ментализации. В формулировку можно включить несколько дополнительных аспектов, показанных ниже. – Антикризисный план и оценка рисков: формулировка включает ссылку на управление рисками для клиентов, которые в анамнезе склонны к самоповреждению и/или к суициду на момент оценки. – Соглашение относительно препятствий на пути к лечению: формулировка может включать ссылку на поведение, мешающее лечению, такое как употребление психоактивных веществ (например: «Мне нужно, чтобы вы осознанно присутствовали во время наших сеансов, поэтому наши сеансы не будут работать, если вы под кайфом»). – Соглашение о мониторинге результатов: формулировка может включать ссылку на мониторинг лечения посредством краткого еженедельного обзора симптомов
<p>Знакомство с моделью МВТ Сеансы 4–5 Месяцы 1–2</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Терапевт использует формулировку, чтобы указать на случаи, когда клиент смог понять или осмыслить то, что с ним происходило. – Затем они используются для объяснения того, что такое МВТ: что МВТ сфокусирована на способности понять, что происходит, даже когда человек расстроен, обижен или зол, а также на замедлении и осмыслении поведения других и самих себя в контексте наших отношений и того, что с нами происходит
<p>Индивидуальные и групповые сеансы МВТ Месяцы 2–12</p>	<ul style="list-style-type: none"> – В настоящее время существует множество вариантов МВТ, но большинство программ МВТ при расстройствах личности потребуют как минимум 12 месяцев еженедельных 50-минутных индивидуальных занятий в сочетании с 75-минутными групповыми (взрослые) или семейными (подростки) занятиями. – Более подробную информацию о вариантах этой базовой структуры можно найти в руководстве <i>Bateman and Fonagy (2016)</i>. Чтобы полностью придерживаться этой модели, важно сохранить структуру, основанную на научных данных. Однако в реальных ситуациях (и при распространении на другие группы населения) базовая структура МВТ, эффективность которой доказана при ПРЛ у взрослых, может варьировать. – Средняя фаза представляет собой активную терапевтическую работу и включает в себя ментализирующие вмешательства, которые мы обсудим более подробно в главе 7

Траектория лечения	
Окончание Месяцы 12–18	<ul style="list-style-type: none"> – Заключительная фаза начинается через 12 месяцев и занимает еще 6 месяцев, поскольку она сосредоточена на консолидации достижений, а также преодолении и переработке сепарации. – МВТ — это реляционная психотерапия. Терапевт никогда не должен недооценивать глубокое влияние, которое психотерапевтические отношения оказывают на клиента. Таким образом, процесс завершения терапии осуществляется совместно с клиентом

лечению поведением и мониторингом исходов. В письменной формулировке, представленной ниже во **вставке 6.1**, мы выделили **жирным шрифтом** слова, которые маркируют ментализацию. Другими словами, с самого начала МВТ мы четко даем понять, когда мы или клиент ментализуемся. На языке ментализации мы называем это маркировкой или остенсивным (наглядным) сигналом, который мы обсуждали в главе 3. Другими словами, мы пытаемся выделить или привлечь внимание к тому моменту, когда, по нашему мнению, происходит ментализация. Таким образом, уже можно и желательно начинать подчеркивать усилия и успехи клиента в ментализации. При этом терапевт использует такие моменты как возможности *in vivo* (вживую, в реальном времени) достижения нескольких целей: во-первых, для трансляции и объяснения рамок, которые будут полезны для понимания того, что скрывается за тем фактом, что вещи часто бывают такими трудными (психообразование о проблеме поддержания точной ментализации под давлением); во-вторых, для указания на то, что уже присутствует и на чем можно строить дальнейшую работу (ментализующие усилия пациента, которые замечены, несмотря на этот вызов, — и примеры найдутся, если мы захотим поискать); и, в-третьих, для начала характеристики направленности и формы предстоящей работы (более или менее структурированные и методические усилия, помогающие отталкиваться от этой способности ментализации и работать дальше).

Такое обсуждение с клиентом и маркирование ментализации имеет важное значение во время нашей терапии; его можно охарактеризовать как постоянное выкладывание наших мыслей (эквивалент наших «карт») на стол — и это поддерживается во всех коммуникациях, устных и письменных, с клиентами. Это важно, поскольку оно вводит в нарратив «язык мышления» (когнитивную и контролируруемую эксплицитную ментализацию — см. главу 2), наряду с принятой неопределенностью для большинства клиентов это может быть совершенно новым способом подхода к миру, себе и своим проблемам. Этот подход вводит понятие «мышление

о мышлении» (фраза, которая относится к *метапознанию*), показывая клиенту, что мы делаем паузу, чтобы оценить *то, как мы думаем*, а также, возможно, даже больше — мы просто следуем за содержанием наших мыслей. Это также обеспечивает крайне необходимую прозрачность терапевтического процесса, что важно при работе, особенно с клиентами, страдающими от серьезного эпистемического недоверия. Помимо этих контролируемых эксплицитных ментализирующих интроекций обратите внимание также на аффективную ментализацию, которую терапевт сосредоточил по всей формулировке. Эти аффективные компоненты ментализации важны, поскольку при правильном исполнении они могут помочь валидировать субъективный опыт клиента. Как ментализирующие терапевты, мы постоянно спрашиваем себя: каково это — «быть в шкуре» нашего клиента? Конечно, мы никогда не сможем этого знать. Скорее, магия ментализации происходит в акте задавания вопросов, усилиях воображения и смирении, позволяющем переформулировать наши прежние неточные предположения перед нашими клиентами.

Для удобства и для целей демонстрации во **вставке 6.1** мы выделили аффективные утверждения курсивом, чтобы их можно было отличить от более когнитивных и контролируемых эксплицитных ментализирующих утверждений, которые выделены жирным шрифтом.

Маркирование ментализации важно на протяжении всей терапии.

Вставка 6.1. Письменная формулировка для MJ

Дорогая MJ,

мы встречались уже два сеанса, и вы предоставили мне очень *важную* информацию, чтобы **я начал думать о том**, как все эти сведения можно сложить для вас воедино. Это всего лишь мои **первоначальные впечатления, которые могут еще измениться**, но я хочу **поделиться с вами своими впечатлениями** и выложить карты на стол, если вы не против. **Я хочу посмотреть, правильно ли я все понял и может ли то, что я думаю, стать хорошей отправной точкой** для нашей совместной работы.

Во время нашего первого сеанса я **был поражен** тем, *через что вам пришлось пройти*, хотя вам всего 18 лет. Вас усыновили, когда вы были младенцем; затем ваши приемные родители развелись, когда вам было 6 лет. **Похоже**, вы были свидетелем довольно большого количества жестокого обращения со стороны отца по отношению к матери, *что было для вас очень страшно*. Вы потеряли связь с отцом вскоре

после развода родителей. Вы сказали мне, что ваши проблемы начались в средней школе, потому что вы чувствовали, что не вписываетесь в нее, и у вас также были проблемы с учебой. Вы начали употреблять алкоголь в средней школе, а вскоре после этого начали курить траву. **Трава стала важной частью вашей жизни**, и вы говорите, что **она помогает вам справиться с тревогой**. Вы курите, когда просыпаетесь, и всякий раз, когда вам становится слишком тяжело. Некоторое время у вас все было хорошо, хотя в прошлом году вы бросили школу в 17 лет, но затем дела пошли наперекосяк, когда вашего парня отправили в тюрьму около месяца назад. Вы сказали мне, что ваш парень — единственный человек в вашей жизни, который вас понимает и ради которого вам не нужно притворяться. Я был тронут, когда вы описали мне, каково это, когда он держит вас за руку, *что с ним вы чувствуете себя в полной безопасности*. Вы чувствуете, что мама вас любит, но **вы не хотите обременять ее своими проблемами**. Итак, когда вашего парня посадили в тюрьму, вы *почувствовали себя очень одинокой* и изолированной и предприняли попытку самоубийства. Вы сказали мне, *что чувствуете, что не можете жить без него*. Вас не пускают посетить его, и *эта мысль наполняет вас невероятной паникой*.

Когда я спросил вас, что вы хотели бы получить от терапии, вы ответили, что хотите пережить время ожидания выхода вашего парня из тюрьмы, не убивая себя. **Я думаю, что могу это понять, или, по крайней мере, мне действительно хочется понять это так, чтобы вы чувствовали, что это соответствует вашим ощущениям**. Пока я слушал вас, у меня **сложилось впечатление**, что у вас много сильных *чувств, которые могут стать невыносимыми*, и когда это происходит, **единственный способ их терпеть** — это курить траву или причинять себе вред. **Мне кажется**, что вам часто бывает **слишком больно испытывать** некоторые из этих эмоций, и поэтому вы как бы **пытаетесь вообще их избегать**. Терапия, которой я занимаюсь, основана на понятии ментализации, и она **помогает людям более внимательно взглянуть на свои чувства и научиться замедляться, чтобы попытаться справиться с этими чувствами**.

Этот вид терапии также помогает нам **понять, какое влияние** оказывают на нас наши отношения и **как мы влияем** на наши отношения. Вы *проявили большое мужество*, **поняв, какое влияние** уход вашего парня оказывает на ваше чувство одиночества. В терапии, основанной на ментализации, мы опираемся на это и **пытаемся понять, как все связано**, чтобы *помочь вам почувствовать себя сильнее*

и лучше справляться с ситуацией, особенно в те моменты, когда чувства слишком сильные. Поэтому я думаю, что смогу вам помочь. *Это будет тяжелая работа*, но я готов к ней и **хочу узнать, хотите ли вы попробовать**.

Мы должны договориться, что вы останетесь живой, пока мы работаем, и что вы придете на наши сеансы трезвой. Я *обязуюсь* быть здесь и *быть с вами*, и я надеюсь, что вы тоже примете на себя это обязательство, быть здесь и оставаться трезвой на наших сеансах. Чтобы остаться живой, вы должны пообещать, что вы пойдете в отделение неотложной помощи или сообщите маме, если почувствуете, что хотите покончить с собой. **Без этого соглашения существует риск** того, что ресурсы моего разума придется использовать для размышлений о вашей безопасности, а не о более глубоких проблемах, которые угрожают, где я могу (надеюсь) быть наиболее полезным. **Мне очень хотелось бы услышать, что вы думаете об этом и считаете ли вы, что сможете это сделать. Если вы думаете, что это вас устраивает**, мы будем встречаться раз в неделю наедине по 50 минут. Каждую неделю я буду давать вам короткий опросник, в котором буду задавать вопросы о симптомах этой недели. Это сделано для того, чтобы следить за тем, как вы себя чувствуете, и для нас обоих, чтобы отслеживать ваш прогресс.

Я очень рад работать с вами. Я был очень тронут вашей смелостью и тем, насколько глубоко вы все чувствуете, и я надеюсь, что у нас будет шанс поработать вместе, чтобы лучше узнать друг друга.

Как видно из приведенной выше формулировки, терапевт предлагает клиенту порефлексировать над этими первоначальными впечатлениями. В некоторых ситуациях это приглашение может быть сделано с некоторой долей самоиронии, подчеркивая, что терапевт не умеет читать мысли (эта позиция, конечно, противоположна ментализации; это форма психической эквивалентности): «Итак, теперь я предлагаю вам достать красную ручку и подчеркнуть ошибки в моем домашнем задании! Чем больше красных чернил, тем больше я смогу понять, почему я, возможно, неправильно вас понял в этой первой попытке, поэтому я буду уверен, что не повторю этих ошибок в следующий раз. Надеюсь, из-за этого я не покажусь плохим терапевтом, а скорее реалистом, который хочет работать с вами». В дальнейшем формулировка может быть скорректирована на основе обратной связи от клиента.

Прозрачность критически важна при работе с клиентами, страдающими от крайнего эпистемического недоверия.

ПОДРОБНЕЕ О ПСИХООБРАЗОВАНИИ

Ментализирующая позиция представляет собой жизненно важный ингредиент для осуществления изменений в вашем клиенте. Прежде чем мы углубимся в самую ментализирующую позицию (см. главу 7), мы сделаем паузу, чтобы подробно остановиться на некоторых других элементах, обсуждаемых в **табл. 6.1**, поскольку они связаны с психообразованием и представлением клиенту структуры лечения МВТ. Мы также обсудим конечную фазу ментализирующего вмешательства.

Как описано ранее, с самого начала терапии терапевт привлекает внимание к ментализации (или маркирует ее), когда доводится продемонстрировать клиенту, что он уже обладает навыком ментализации. Таким образом, цель терапии — развить существующие навыки. Предлагая клиенту психообразование, терапевт объясняет, что у всех нас способность к ментализации приходит и уходит, часто работает в обратной зависимости от стресса. Этот этап терапии также дает терапевту возможность подчеркнуть, что даже профессионалы не всегда хороши в ментализации; что непонимание друг друга — это то, что у людей получается лучше всего, но в идеале мы сотрудничаем, чтобы осознать это и прийти к пониманию того, как и почему мы неправильно поняли друг друга. Важность выражения этой установки заключается в том, что она позволяет изменить ожидания пациента в отношении его терапевта: «Я могу пообещать вам, что я иногда буду понимать вас неправильно, не потому, что хочу или попытаюсь это сделать, а просто потому, что я человек. Я хочу, чтобы вы могли спокойно сказать мне, если считаете, что я неправильно вас понял, чтобы мы могли выяснить это и проследить, чтобы я не ошибся опять». Создается система координат, которая явно показывает, что МВТ не является сценой для мудрецов (или авторитетов — см. главу 1); это скорее обстановка, в которой (используя цитату из Шекспира) «комедию ошибок» (а это и есть мир человеческих отношений) можно безопасно исследовать и, таким образом, можно противостоять ей и даже наслаждаться.

Некоторые программы МВТ предлагают гораздо более явный и формальный психообразовательный компонент в рамках знакомства с ней, а не формы обучения во время сеансов *in vivo*, которые мы описали. На таких сеансах пациентам даже может быть предусмотрено место для того, чтобы сидеть рядами перед доской или слайд-проектором. Мы обнаружили, что школьная доска особенно полезна для подростков. К слову, для пациентов, чья личная история учебы была в целом положительной, формальный формат обучения может работать хорошо, хотя всегда важно не позволять обсуждению скатываться в своего рода имитационный модус, когда каждый активно участвует в обсуждении теории и терминологии, аккуратно избегая

собственных страданий и «застревания», которые в первую очередь привели их к терапии. С другой стороны, у многих пациентов неизбежно останется гораздо больше негативных воспоминаний и ассоциаций с формальными ситуациями обучения. Посадив их перед «экспертом» (особенно тем, который использует терминологию, которая для многих скептически настроенных ушей может подозрительно звучать как псевдопсихологический жаргон), мы рискуем создать именно такие отношения между начальником и подчиненным и контекст, которые будут препятствовать истинной ментализации. Поэтому необходимо немного подумать о том, что может лучше всего подойти вашему пациенту. Другой синоним для такой рассудительности — ментализация, и метод ментализации наиболее эффективен, когда он включает в себя взаимность и обмен между двумя сознаниями. Вполне возможно, что стоит начать с того, чтобы *спросить* вашего пациента, что, по его мнению, может помочь ему лучше всего. В приведенном ниже отрывке пример того, что вы могли бы сказать по этому поводу.

«Многие из моих пациентов находят полезным, если я пытаюсь объяснить, как я буду работать с ними, и приводить разъяснения — так сказать, “научные принципы” — для работы именно таким образом. Я буду стараться делать это по ходу дела, используя примеры из тем, что возникнут в разговоре между нами. Я считаю, что это работает лучше всего, поскольку сохраняет реальность и связь с тем, ради чего мы здесь. С другой стороны, иногда некоторым пациентам нравится немного... я не знаю, как лучше это описать — преподавания? коучинга?... о науке, лежащей в основе этого метода. Я с удовольствием буду это делать, но буду стараться не допускать, чтобы превратилось в наукообразную поп-психологию, которая могла бы дать одному или обоим из нас почувствовать себя умными, но на самом деле в конечном итоге оторвала бы нас от того, что здесь происходит, для вас в вашей жизни, а для меня — в реальной попытке установить контакт таким образом, чтобы помочь вам почувствовать себя лучше понятым и найти наилучший путь вперед. Скажите, это звучит для вас разумно? Думаю, самое главное — это что вы всегда можете переспросить, если вам непонятно то, что я делаю; скажу так: “стараться не торопиться вперед, притворяясь, что все понятно, хотя на самом деле это не так” — вероятно, с этого мне стоит начать объяснять свои планы!»

ЗАВЕРШАЮЩАЯ ФАЗА МЕНТАЛИЗИРУЮЩЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Как показано в **табл. 6.1**, заключительная фаза вмешательства в классической МВТ начинается через 12 месяцев и длится еще 6 месяцев, поскольку она сосредоточена на консолидации достижений, преодолении и перера-

ботке сепарации. Однако помните, что каждое отдельное ментализирующее вмешательство может немного по-разному определять завершающую фазу терапии. Таким образом, будет много вариантов клинической реализации завершающей фазы с разными клиницистами, с разными типами пациентов и в разных временных форматах (например, краткосрочные или долгосрочные, заранее определенные или открытые). Какой бы формат завершающая фаза терапии ни приняла, она заслуживает особого внимания, поскольку терапия, основанная на ментализации, по своей сути является реляционной. Терапевт никогда не должен недооценивать глубокое влияние, которое психотерапевтические отношения оказывают на клиента. Таким образом, процесс прекращения отношений осуществляется совместно с клиентом и должен включать в себя ментализацию зачастую сложных и смешанных чувств, связанных с сепарацией и утратой терапевтических отношений (Juul, Simonsen & Bateman, 2020). Чтобы немного разобраться в этом, полезно рассмотреть, как каждый из нементализирующих модусов проявляется на этапе завершения терапии. В этом обсуждении мы полагаемся на полезные рекомендации Юула, Симонсена и Бейтмана (Juul, Simonsen & Bateman, 2020) о том, как вдумчиво подходить к завершающей фазе ментализирующей терапии, и призываем читателей прочитать эту главу более подробно.

Предстоящее прекращение терапии может стимулировать психическую эквивалентность, при которой клиент чувствует, что физическая сепарация от терапевта также подразумевает эмоциональное разделение: «Поскольку я не буду видаться со своим терапевтом, это означает, что он больше не заботится обо мне». Это убеждение клиента может проявляться в телеологическом поведении: цепляющемся поведении или просьбах отложить прекращение терапии. Клиент изо всех сил пытается сформировать ментальную репрезентацию терапевта, когда терапевт больше физически не присутствует, и может настаивать на продолжении физического контакта. Альтернативно или параллельно в отношении клиента к предстоящей сепарации может доминировать имитационный модус, проявляясь в кажущейся компетентности или отсутствии признания и обдумывании болезненных последствий, которые может иметь сепарация. В этих состояниях уязвимости эпистемическое недоверие, которое первоначально привело клиента к терапии, может вновь разгореться, и клиент может испытывать повышенную бдительность в отношении того, что подкрепление автономии со стороны терапевта и валидация хорошей ментализации предназначены лишь для того, чтобы «поскорее выгнать его за дверь», и могут даже рассматриваться как признаки замаскированного отвержения.

Заключительная фаза заслуживает особого внимания, поскольку терапия, основанная на ментализации, по своей сути реляционная.

Ментализирующий подход к прекращению терапии основывается на тех вмешательствах, о которых вы узнаете в главах 7 и 8. Вместо того чтобы бегло констатировать предстоящую сепарацию, терапевт должен использовать методы, которым мы научим вас в главах 7 и 8, чтобы замедлиться на теме прекращения терапии и прояснить ее значение для клиента и ее влияние как на клиента, так и на терапевта. Как всегда, терапевт должен «выкладывать на стол» свои соображения и предложить клиенту сделать то же самое. При этом терапевт и клиент должны работать над прекращением отношений в терминах ментализации. Кроме того, как предложили Юул, Симонсен и Бейтман (Juul, Simonsen & Bateman, 2020), можно сгенерировать *формулировку завершения*. Эта формулировка аналогична формулировке ментализации, созданной в начале терапии, но служит обобщением успехов, достигнутых в ходе терапии, а также набором инструментов, содержащим стратегии для поддержания способностей ментализации за пределами терапевтической системы и предотвращения рецидивов.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛАВЫ

В этой главе нашей целью было познакомить вас с широкой структурой методов лечения, основанных на ментализации. В качестве примера мы использовали классическую МВТ для лечения ПРЛ и привели практические примеры того, как представить вмешательство вашему клиенту, как вести дискуссию о диагнозе и как донести формулировку ментализации. Мы показали, что формальная МВТ состоит из начальной, средней и конечной фаз, при этом начальная в основном связана с оценкой, диагностикой, психообразованием, формулированием, оценкой и управлением рисками, а также знакомством клиента с моделью МВТ. Средняя фаза включает сеансы активной терапии, которой способствует ментализирующая позиция терапевта. Главы 7 и 8 познакомят вас с ментализирующей позицией (см. главу 7) и ассоциированными ментализирующими вмешательствами (см. главу 8). В этой главе мы подчеркнули важность осознанного поддержания ментализирующей позиции, особенно на протяжении конечной фазы терапии, и рассмотрели возможность использования формулировки завершения, чтобы помочь в осмыслении конечной фазы, а также в планировании предотвращения рецидивов. Теперь мы готовы подробнее остановиться на ментализирующей позиции.