

Введение

Диалектическая поведенческая терапия (DBT®; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Linehan, 1993a, 1993b) произвела революцию в когнитивно-поведенческой терапии благодаря таким концепциям, как осознанность и принятие, которые теперь являются неотъемлемой частью поведенческих подходов. Ее метод решения сложных проблем эмоциональной и поведенческой дисрегуляции привнес сострадательное отношение к пациентам, которые ранее были отвергнуты многими терапевтами.

Первоначально Линехен разработала свое лечение для пациентов с суицидальным или самоповреждающим поведением с высокой степенью риска суицида. Ее работа развивалась с использованием интерактивного подхода при постоянном поиске решений для каждой возникающей проблемы. Чтобы решить проблему нехватки у проходящих ДПТ пациентов определенного потенциала, Линехен разработала набор стандартизированных навыков, обучающих их, как регулировать эмоции, распознавать внутренние состояния, фокусировать внимание, переносить дистресс, а также развивать и поддерживать удовлетворительные межличностные отношения. Чтобы решить проблему терапевтов, которые не могли обучать новому умелому поведению и одновременно управлять кризисами, Линехен решила, что необходимо, чтобы обучение навыкам осуществлялось в отдельных модулях. Линехен разработала ДПТ как комплексную систему лечения, включающую не только обучение навыкам, но и индивидуальную терапию, межсессионный коучинг по телефону и консультации с личным психотерапевтом (Linehan, 1993a, 1993b).

В 1990-х годах мы начали применять ДПТ к суицидальным многопроблемным подросткам и их семьям в городских амбулаториях и использовали оригинальное руководство по обучению навыкам Линехен (1993b). Мы признали, что у многих подростков и их родителей были трудности с чтением и пониманием материала. Тем не менее мы не были готовы адаптировать протокол и использовали его в полном объеме. Мы опробовали руководство, написанное для взрослых, с группами пациентов-подростков и их воспитателями, чтобы получить клиническую информацию, прежде чем вносить какие-либо изменения.

Адаптация руководства по навыкам для взрослых к подросткам

Непосредственная обратная связь с участниками исследований в сочетании с клиническими наблюдениями дала нам основания для внесения первоначальных изменений в руководство для взрослых (Miller, Rathus, Linehan, Wetzler & Leigh, 1997), и мы продолжили вносить небольшие изменения, которые отразились в нашей книге 2007 года *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents* (Miller, Rathus & Linehan, 2007) и в настоящем руководстве.

Мы изменяли материал только при необходимости, сохраняя основные элементы ДПТ, такие как диалектическое основание, биосоциальная теория расстройства, функции, предположения, цели, процедуры изменения, стратегии лечения (т.е. основы, диалектика, стилистика, кейс-менеджмент) и навыки. Мы сохранили практически все оригинальные навыки ДПТ Линехен, потому что (1) у нас нет оснований для определения, какие из них, если таковые имеются, являются несущественными; (2) пациенты уникальны в отношении того, какие навыки они находят наиболее полезными, поэтому мы считаем, что знакомство со всеми навыками полезно; (3) хотя мы не ожидаем от пациентов, что они овладеют навыками во время группового обучения, у них есть возможность для оттачивания мастерства с помощью домашних практических упражнений, повторения практических упражнений, решения проблем при индивидуальной терапии и коучинга по телефону; и (4) пациенты имеют возможность повторно обучаться навыкам, повторяя цикл в модулях навыков или в группах выпускников, описанных в главе 2.

Эта приверженность ДПТ, естественно, требует того, чтобы врачи, проводящие этот курс с подростками, знали ДПТ и не путали ДПТ подростков с другим лечением. В своей книге 2007 года, написанной с Линехен (Miller et al., 2007), мы опирались на наши исследования и клиническую работу с этой категорией людей и следовали лечению, которое было первоначально разработано Линехен.

Мы модифицировали лечение для характеристик, присущих подросткам, — они отличаются от взрослых пациентов эмоциональным и когнитивным уровнем развития и контекстом: они перегружены из-за необходимости посещать школу, живут со своими семьями и зависят от них в повседневном функционировании, включая приход в терапию. Таким образом, мы рассмотрели как цели, ориентированные на семью, так и цели, ориентированные на развитие — когнитивную обработку и разность способностей, вопросы ответственности и вмешательства окружающих, т.е. опекунов. Мы определили

первичные цели лечения (качество жизни подростков, например пропуск школы) и вторичные цели лечения (их отношения с семьей), усилив подходящие для подростков терапевтические взаимодействия и используя вмешательство окружающей среды. Последнее означало включение родителей в лечение путем предоставления, в меру необходимости, семейных или родительских сеансов, а также привлечение родителей к обучению навыкам. Для родителей, участвующих в обучении навыков, мы добавили семейный модуль под названием “Выбор срединного пути”. Кроме того, мы изменили язык и оформление оригинального материала навыков, сделав его более доступным для подростков с учетом их когнитивной обработки и различий в способностях. Дополнительные изменения таковы: (1) незначительное уменьшение количества контента; (2) ограничение объема информации, представленной в одном раздаточном материале; (3) упрощение языка раздаточных материалов, учитывая, что у многих пациентов и их родителей уровень чтения был на уровне или ниже уровня средней школы из-за неспособности к обучению или плохого владения языком, если английский — их второй язык; (4) корректировка учебных историй, упражнений и примеров в раздаточных материалах и учебных заметках для более точного соответствия развитию подростков (как по языку, так и по содержанию); (5) добавление графиков, рисунков и разнообразных шрифтов, чтобы сделать раздаточные материалы более визуально и эмоционально доступными для отвлекающихся и нерегулируемых подростков; и (6) добавление пятого модуля под названием “Выбор срединного пути”, предназначенного для выявления важных проблем, возникающих при работе с подростками и семьями, такими как полярный конфликт, крайности поведения, инвалидация и изменение неэффективных стратегий поведения. Чтобы противостоять этим проблемам, модуль учит: (1) принципам диалектики и решению диалектических дилемм “подросток–семья” для уменьшения экстремального мышления и поведения, а также для лучшего видения перспективы, (2) навыкам валидации и (3) изменению поведения/принципов обучения и стратегий достижения изменений в своем поведении или поведении других. Мы считаем, что с помощью таких изменений мы могли бы более эффективно донести навыки ДПТ Линехен до подростков.

Дополнительные навыки в этом руководстве

Наряду с оригинальным набором навыков ДПТ (Linehan, 1993a) и навыками выбора срединного пути, представленными в нашей книге 2007 года (Miller et al., 2007), мы включили несколько дополнительных навыков. Следующие раздаточные материалы основаны на пересмотре последнего руководства по

навыкам Линехен (Linehan, 2015a; Linehan, 2015b): “Навыки кризисного выживания: навыки ТРУД для управления экстремальными эмоциями” (раздаточный материал по стрессоустойчивости 11), “Вырабатывание мастерства и навык Справляться заранее” (раздаточный материал по эмоциональной регуляции 15) и “Проверка фактов и решение проблем” (раздаточный материал по эмоциональной регуляции 19). “Список ценностей и приоритетов мудрого разума” (раздаточный материал по эмоциональной регуляции 13) также основан на пересмотре руководства по навыкам Линехен. На сегодняшний день эти навыки, за исключением копинга, не были включены в экспериментальные исследования подростков.

Совершенно оригинален в этом руководстве “Список приятных занятий, общих для родителей и подростков” (раздаточный материал по эмоциональной регуляции 11). Он расширяет навык регуляции эмоций с помощью накопления позитивов в краткосрочной перспективе для устранения дефицита позитивных взаимодействий, которые мы заметили во многих семьях, проходящих в ДПТ. Мы также включили два дополнительных раздаточных материала к навыкам ЗАБОТА по эмоциональной регуляции для тех, кому нужна более глубокая информация по регуляции пищевого поведения (раздаточный материал по эмоциональной регуляции 16, а, “В здоровом теле — здоровый дух”) и по регуляции сна (раздаточный материал по эмоциональной регуляции 16, б, “Протокол гигиены сна: 12 советов для лучшего сна”). Мы также расширили навыки валидации в модуле “Выбор срединного пути”, включив в него самовалидацию (см. раздаточный материал по выбору срединного пути 10, “Как можно валидировать себя”). Это вторичная цель лечения в ДПТ и навык, которого часто не хватает подросткам. Наконец, в модуль навыков межличностной эффективности мы включили дополнительный навык ДУМАТЬ. Мы разработали его на основе модели обработки социальной информации Крика и Доджа (1994), заметив, что подростки и их семьи часто предполагают худшее о намерениях других и нуждаются в дополнительной помощи с точки зрения перспективного мышления. Навыки ДУМАТЬ не являются частью стандартной ДПТ и до настоящего времени в клинических испытаниях не использовались.

Наша адаптация навыков для подростков были разработана как часть пакета комплексного лечения ДПТ, полностью описанного в *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents* (Miller et al., 2007). Данное руководство по навыкам может служить дополнением к этой книге 2007 года. С тех пор, однако, специалисты и исследователи обнаружили, что лечение ДПТ и навыки применимы к гораздо более широкому кругу подростков, многие из которых никогда не были суицидальными (см. Groves, Backer, van den Bosch & Miller,

2012). Поэтому специалисты могут использовать это руководство в лечении подростков с разными диагнозами и поведенческими проблемами, а также подростков, которые имеют эмоциональную и поведенческую дисрегуляцию.

Наши адаптированные раздаточные материалы для подростков используются в различных исследовательских условиях; многие медицинские учреждения по всему миру используют некоторые версии наших материалов. Публикация этого руководства делает их более доступными наряду со стратегиями и навыками управления группами и учебными заметками, которые помогают тренерам по навыкам ДПТ, работающим с подростками. Мы также убеждены в важности написания стандартизированного и воспроизводимого набора материалов для продолжения исследований и для клинического применения материалов, поддерживающих ДПТ, а также для продолжения переосмысления материалов для подростков.

В этой книге мы взаимозаменяемо используем термины “член семьи”, “родитель” и “опекун”. Наши пациенты-подростки происходят из разных слоев общества: одни из них живут со своими родителями или приемными родителями, другие — с бабушкой, дедушкой или другим родственником, а третьи — в приемных семьях или в интернатах. Таким образом, в терапии некоторых молодых людей принимают участие опекуны, не являющиеся родственниками.

Мы надеемся, что эта углубленная презентация обучения навыкам для подростков и их семей поможет врачам и исследователям во время работы над улучшением жизни подростков, которые страдают от эмоциональной и поведенческой дисрегуляции и сражаются с ней.