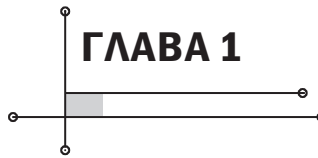




**Диалектическая  
поведенческая терапия.  
Обучение навыкам.  
Структура и стратегии**





# Введение в диалектическую поведенческую терапию и обучение навыкам

В нашей книге предлагаются инструкции для практикующих психиатров, работающих с подростками, которые испытывают трудности с управлением эмоциями и поведением. Эмоциональная и поведенческая дисрегуляции часто усугубляют проблемы подростка с уравновешенным чувством своего “Я”, а также с формированием полноценных и стабильных отношений со сверстниками и членами их семей. Более того, проблемное импульсивное поведение или поведение избегания часто является следствием нарушения эмоциональной регуляции или усилий по восстановлению регуляции. Пять групп навыков, представленных в этой книге, непосредственно соответствуют пяти основным проблемам, связанным с эмоциональной дисрегуляцией у подростков. Навыки осознанности помогают подросткам укрепить самоосознание и контроль за вниманием, а также уменьшить страдания и увеличить способность получать удовольствия; навыки стрессоустойчивости предлагают методы снижения импульсивности и принятия реальности такой, какая она есть; навыки эмоциональной регуляции помогают усилить позитивные и ослабить негативные эмоции; навыки межличностной эффективности помогают сохранить и улучшить отношения со сверстниками и семьей, а также воспитать самоуважение; навыки следования срединному пути учат избегать семейных конфликтов с помощью валидации, изменения принципов поведения, а также диалектического мышления и поведения.

Мы разделили эту книгу на три части. В части I (главы 1–4) содержится информация о диалектической поведенческой терапии (ДПТ) и ее обучающих модулях навыков, а также об организации и проведении программы обучения навыкам ДПТ. В ней объясняется структура учебных программ, описываются ход и ведение ДПТ мультисемейных групп и другие форматы обучения

навыкам, а также искусство и стиль обучения навыкам ДПТ. В части II (главы 5–10) содержатся учебные заметки, темы лекций, примеры и стратегии ориентации клиентов и обучения конкретным навыкам ДПТ. В части III содержатся рабочие тетради по обучению навыкам подростков и их семей по модулям “Ориентация”, “Осознанность”, “Стрессоустойчивость”, “Следование срединному пути”, “Эмоциональная регуляция” и “Межличностная эффективность”.

## Каким подросткам помогает обучение навыкам ДПТ

Подростков можно классифицировать, начиная с типичных, относительно бессимптомных, и заканчивая страдающими сильной эмоциональной и поведенческой дисрегуляцией, которым могут потребоваться ограничительные условия (т.е. лечение в стационаре или интернате). Мы считаем, что навыки ДПТ могут быть полезны для всех этих групп в рамках первичной, вторичной или третичной профилактики. Программы первичной профилактики предназначены для предотвращения проблем в целом и для людей, которые в настоящее время не находятся в группах риска или не обращаются за психиатрической помощью. С этой точки зрения навыки ДПТ могут широко использоваться подростками средней и высшей школ и молодыми людьми университетского возраста с нормальными отклонениями в настроениях, отдельными проблемами в отношениях и, возможно, экспериментами с рискованным поведением. Многие нормальные подростки проявляют некоторую степень эмоциональной дисрегуляции, и обучение навыкам ДПТ само по себе может пойти им на пользу. Программы вторичной профилактики предназначены для защиты от всего диапазона психических расстройств подростков, находящихся в группах риска, которые характеризуются умеренными или начальными показателями/индикаторами психических проблем (например, трудностями в школе, проблемами с концентрацией, подавленным или тревожным настроением, семейными конфликтами). Навыки ДПТ можно преподавать им в школах или в клиниках.

Программы третичной профилактики ориентированы на подростков со значительными эмоциональными и поведенческими проблемами с целью активного лечения расстройств или улучшения их жизнедеятельности. К этой группе подростков практикующие терапевты часто применяют навыки ДПТ как часть комплексной программы лечения ДПТ в амбулаторных условиях, стационарах и в местах отбывания наказания. Линехан (1993а, 1993б)

разработала ДПТ как комплексную программу лечения для клиентов с высоким риском пограничного расстройства личности (ПРЛ). Комплексная ДПТ с подростками, страдающими большой дисрегуляцией, следует оригинальной модели Линехан с несколькими методами терапии. Многие из подростков, лечившихся с помощью комплексной ДПТ, обычно страдают двумя-четырьмя расстройствами DSM-5, а также из-за многих других проблем, не охваченных этими диагнозами. Такие сильно нерегулируемые подростки, как правило, не в состоянии в полной мере извлечь пользу из обучения навыкам без более комплексной программы ДПТ, которая, как правило, включает индивидуальную терапию, коучинг навыков по телефону и консультативную группу терапевтов, работающих вместе, в дополнение к обучению навыкам. Например, индивидуальная терапия в ДПТ требует от подростков интенсивного самоконтроля их побуждений к поведению, действий и навыков с помощью записей в дневниках, а также практики использования навыков вместо проблемного поведения. Когда проблемное поведение появляется в дневнике подростка, индивидуальный терапевт ДПТ отслеживает то, что мы называем *поведенческой цепочкой*, и проводит *анализ решения* с подростком. Этот процесс определяет места в последовательности поведения, где для замены проблемного поведения могут быть использованы навыки. Подросткам рекомендуется звонить своим индивидуальным ДПТ-терапевтам для межсессионного коучинга навыков по телефону для прерывания импульса вступить в проблемное поведение. Как минимум подросткам с сильной эмоциональной дисрегуляцией, подверженным риску суицидального поведения, кроме инструкторов по навыкам, нужен практикующий терапевт, который бы интенсивно контролировал их терапию и при необходимости был доступен для оценки суицидального поведения и управления рисками. Этот человек в идеале должен быть обучен применению на практике протокола управления риском суицида, например протокола оценки и управления рисками Линехан (LRAMP; Linehan, Comtois & Ward-Ciesielski, 2012).

## Как ДПТ формулирует концепцию подростков с эмоциональной дисрегуляцией

ДПТ применяется к подросткам с множеством серьезных проблем, которые могут включать в себя суицидальное поведение, несуйцидальное самоповреждение, сексуальное поведение с высокой степенью риска, пищевые расстройства, употребление наркотиков, пьянство и другие вредные привычки. У молодых людей также могут быть менее серьезные проблемы, такие как

легкое социальное пьянство; первые признаки несуицидального самоповреждающего поведения; неконтролируемый гнев; побегание из школы; неосознание своих эмоций, целей и ценностей; а также частые разрывы в отношениях. ДПТ рассматривает все эти проблемы как последствия эмоциональной дисрегуляции или как попытки справиться с эмоциональной дисрегуляцией. Другими словами, эмоциональная дисрегуляция может привести к межличностной, поведенческой, когнитивной и личностной дисрегуляции.

С точки зрения ДПТ на многие проблемы подросткового поведения, включая суицидальное поведение, влияют два значимых фактора: (1) отсутствие важной межличностной саморегуляции и способности переносить дистресс; и (2) личные факторы и факторы социальной среды, которые не позволяют подросткам использовать навыки, которые, возможно, у них уже есть. Эти личные факторы и факторы социальной среды мешают развитию новых навыков и способностей; более того, они усиливают неподходящее, плохо регулируемое и дисфункциональное поведение.

Комплексная ДПТ напрямую работает с этими факторами следующим образом.

1. Путем расширения возможностей подростков (и их семей) через обучение конкретным навыкам саморегуляции (включая эмоциональную регуляцию и осознанность), межличностной эффективности, стрессоустойчивости, сбалансированного мышления и поведения (следование срединному пути), как показано в табл. 1.1.
2. С помощью структурирования социального окружения для мотивации, усиления и индивидуализации соответствующего использования навыков.
3. Через повышение мотивации подростков для большего использования новых навыков, сокращение предыдущего дисфункционального поведения и выявление факторов (например, мыслей, чувств, поведения, контекстуальных переменных), которые поддерживают проблемные модели поведения и препятствуют более умелым способам реагирования.
4. Путем предоставления методов, поддерживающих обобщение новых навыков из терапии и применение их к тем жизненным ситуациям, в которых они необходимы.
5. Через оказание поддержки терапевтам, занимающимся терапией подростков с множественными проблемами.

**Таблица 1.1.** Характеристики дисрегуляции и модулей соответствующих навыков ДПТ

Некоторые характеристики дисрегуляции	Модули навыков ДПТ
<p><b><i>Эмоциональная дисрегуляция</i></b></p> <p>Эмоциональная уязвимость; эмоциональная реактивность; эмоциональная лабильность; вспышки гнева; устойчивые негативные эмоциональные состояния, такие как депрессия, гнев, стыд, беспокойство и вина; дефицит положительных эмоций и трудности в модулировании эмоций</p>	<i>Эмоциональная регуляция</i>
<p><b><i>Межличностная дисрегуляция</i></b></p> <p>Нестабильные отношения, межличностные конфликты, хронические семейные проблемы, социальная изоляция, усилия по избеганию состояния покинутости, трудности в удовлетворении желаний и потребностей в отношениях и поддержании самоуважения в отношениях</p>	<i>Межличностная эффективность</i>
<p><b><i>Поведенческая дисрегуляция</i></b></p> <p>Импульсивное поведение, такое как прогул занятий, болтовня на уроке, трата денег, рискованное сексуальное поведение, рискованное поведение в Интернете, переедание и/или булимия, наркотики и злоупотребление алкоголем, агрессивное поведение, суицидальное и несуицидальное самоповреждающее поведение</p>	<i>Стрессоустойчивость</i>
<p><b><i>Когнитивная дисрегуляция и семейный конфликт</i></b></p> <p>Недиалектическое мышление и действие (т.е. экстремальное, поляризованное или черно-белое мышление), плохое понимание контекста и решения конфликтов, инвалидация себя и других, трудности эффективного влияния на свое поведение и поведение других людей (т.е. достижения желаемых изменений)</p>	<i>Следование срединному пути</i>
<p><b><i>Личностная дисрегуляция</i></b></p> <p>Недостаток осознания эмоций, мыслей, побуждений к действию; плохой контроль внимания; неспособность уменьшить свои страдания, а также трудности с получением удовольствия; потеря идентичности, чувство пустоты и диссоциации</p>	<i>Ядро осознанности</i>

*Примечание.* Взято из Miller, Rathus, and Linehan (2007, Table 2.1, p. 36). Copyright 2007 by The Guilford Press. Адаптировано с разрешения.

Чтобы воплотить вышеупомянутые функции, Линехан (1993а) разработала модули терапии, которые могут варьировать в зависимости от условий лечения. Комплексное ДПТ для первазивной эмоциональной дисрегуляции обычно включает в себя четыре модуля: индивидуальную терапию, групповую терапию для развития навыков, межсессионный коучинг по телефону и консультативную команду терапевтов. Комплексное амбулаторное лечение подростков методами ДПТ несколько изменяет эти модули, проводя групповые тренинги навыков с подростками и родителями в семейном формате, обеспечивая коучинг по телефону не только для подростков, но и для родителей, а также предлагая по мере необходимости сеансы семейной терапии или сеансы для родителей (Miller, Rathus, & Linehan, 2007) (табл. 1.2).

**Таблица 1.2. Модули в комплексном амбулаторном ДПТ с многопроблемными подростками**

- 
- Мультисемейная группа тренинга навыков
  - Индивидуальная ДПТ
  - Коучинг по телефону для подростков и членов семьи
  - Семейные сеансы (по мере необходимости)
  - Родительские сеансы (по мере необходимости)
  - Встречи с консультативной группой терапевтов
  - Возможные дополнительные процедуры
    - Фармакотерапии
    - Терапевтические/интернатные школы
- 

Другие основные элементы ДПТ включают биосоциальную теорию эмоциональной дисрегуляции; общую диалектическую позицию, которая подчеркивает транзакционный характер терапевтических отношений; структуру этапов терапии и на каждом этапе — иерархическую расстановку приоритетов задач терапии; а также наборы методов принятия, изменения, коммуникации, структурных и диалектических стратегий для достижения поведенческих целей. В следующих разделах мы кратко опишем эти элементы, а затем сделаем обзор изучаемых модулей навыков. Глава заканчивается кратким обзором основной литературы по ДПТ с акцентом на ДПТ у подростков.

## Биосоциальная теория ДПТ

ДПТ (Linehan, 1993а) предполагает, что проблемное поведение людей с эмоциональной дисрегуляцией происходит из сочетания биологических факторов и факторов окружающей среды. В частности, этими факторами являются



биологическая уязвимость к эмоциональной дисрегуляции и инвалидация социальной средой (средой, в которой коучинг эмоциональной регуляции является неадекватным и имеет место дисфункциональное обучение); отсюда термин *биосоциальная* теория.

## Биологическая уязвимость

Линехан (1993а) предположила, что биологические факторы играют первостепенную роль в начальной уязвимости к эмоциональной дисрегуляции. Эмоциональная уязвимость определяется как высокая чувствительность к эмоциональным стимулам, высокая реактивность (т.е. интенсивные эмоциональные реакции) и медленное возвращение к эмоциональному базовому уровню. Человек может быть уязвимым к сильным эмоциям через некоторые (возможно, все) эмоции, позитивные и негативные, в сочетании с трудностями в модулировании эмоциональных реакций. Тем не менее у большинства людей с начальной биологической уязвимостью не развивается постоянная эмоциональная дисрегуляция. Согласно теории стойкая эмоциональная дисрегуляция возникает, когда эмоционально уязвимый человек подвергается постоянной инвалидации окружающей среды.

## Инвалидация окружающей среды

Инвалидирующая окружающая среда определяется тенденцией (часто благонамеренной) других (обычно членов семьи, но также учителей и другого школьного персонала, сверстников, медицинских работников и т.д.) отрицать и/или ошибочно и ненадлежащим образом реагировать на личные переживания подростка, особенно на личные переживания, не сопровождаемые внешними признаками (например, на плохое самочувствие без высокой температуры). Личный опыт, особенно эмоциональный, часто не воспринимается как валидные реакции на события. Переживания человека наказываются, тривиализируются, игнорируются, отклоняются и/или приписываются к социально неприемлемым характеристикам, например к гиперреактивности, неспособности видеть вещи реалистично, отсутствию мотивации или неспособности принимать позитивную (или дискриминационную) точку зрения. Тем не менее время от времени окружающая среда может положительно подкреплять возрастание сообщений о дистрессе, например с любовью относиться к члену семьи и устранять требования после суицидальных сообщений. В этом отношении инвалидирующая среда также периодически подкрепляет обостряющиеся эмоциональные проявления. Инвалидирующая среда подчеркивает необходимость контроля за эмоциональным выражением, чрезмерно упрощает

решение проблем и, как правило, не толерантна к проявлениям негативных эмоций.

Транзакционный характер биосоциальной теории подразумевает, что люди могут развивать паттерны дисрегуляции несколькими путями. Человек с крайней эмоциональной уязвимостью может развить паттерны дисрегуляции в семье с “нормальным” уровнем инвалидации и даже непреднамеренно извлечь инвалидацию из окружающей среды. И наоборот, крайне инвалидирующая окружающая среда может взаимодействовать с умеренным или низким уровнем эмоциональной уязвимости, приводя к стойкой эмоциональной дисрегуляции. Другой сценарий может проходить примерно таким образом: тревожный, прогуливающий школу подросток, наконец, набирается смелости, чтобы пойти в школу, но опаздывает. Когда он с опозданием приходит на урок, учитель смеется над ним, говоря, что у него нет пропуска вольного слушателя и ему необходимо отметить у помощника директора. Помощник директора ругает подростка за пропущенные дни занятий и выносит спекулятивное заключение о том, что он отсутствовал из-за употребления наркотиков. Ученик чувствует себя пристыженным и идет с опущенной головой обратно в класс только для того, чтобы быть высмеянным группой подростков, называющих его неудачником. Слишком расстроенный, чтобы вернуться к остальным урокам, он убегает из школы, но охранник ловит его и докладывает об этом директору, чтобы его наказали. Когда сам по себе этот тип школьного сценария повторяется, он становится независимой, постоянно инвалидирующей средой. Важно распознавать эти многочисленные потенциальные источники инвалидации в жизни подростка и в то же время помнить о транзакционном характере этой инвалидации у биологически эмоционально уязвимых подростков. С этой точки зрения мы стремимся повысить валидацию из окружающей среды подростка (так же, как и по отношению к окружению молодых людей) и в то же самое время — способность подростка к эмоциональной регуляции. Хотя все навыки ДПТ актуальны при решении этих задач, мы выделяем навыки валидации и регуляции эмоций, чтобы проработать инвалидацию и, соответственно, эмоциональную уязвимость.

Независимо от источника транзакционный паттерн между эмоциональной дисрегуляцией и инвалидирующим окружением заканчивается тем, что человек совсем не умеет маркировать и регулировать эмоциональное возбуждение, терпеть эмоциональный дистресс или доверять собственным эмоциональным реакциям как правильному отражению интерпретации событий (Linehan, 1993a). Человек учится не доверять своим внутренним состояниям и вместо этого сканирует окружающую среду для подсказки о том, как действовать, думать или чувствовать. Эта полная зависимость от других приводит

к склонности человека инвалидировать себя, часто вызывает депрессию и может привести к неправильному представлению о себе, т.е. о своих целях, ценностях, интересах и эмоциях. Эмоциональная дисрегуляция также мешает развитию и поддержанию стабильных межличностных отношений, которые зависят как от стабильного самоощущения, так и от способности регулировать эмоции. Более того, склонность инвалидирующего окружения наказывать или игнорировать выражение отрицательной эмоции, одновременно усиливая негативное выражение у других, формирует экспрессивный стиль, позже наблюдаемый у людей, которые колеблются между подавлением эмоционального опыта и проявлением экстремального поведения. Такие виды поведения, как неявка на экзамен, употребление наркотиков, бегство и самоповреждение, могут иметь важные, регулирующие эмоции свойства и иногда быть довольно эффективными в получении помощи из среды, которая, в противном случае может игнорировать выражения эмоциональной боли.

## Диалектика и диалектическая точка зрения

Диалектическое мировоззрение рассматривает реальность как непрерывную, динамичную и целостную. С этой точки зрения реальность одновременно является целостной и состоящей из биполярных противоположностей (например, атомы, состоящие из разнонаправленных положительных и отрицательных зарядов). Диалектическая истина возникает из комбинации (или “синтеза”) элементов обеих противоположных позиций (“тезис” и “антитезис”). В каждой системе напряжение между тезисом и антитезисом — положительным и отрицательным, хорошим и плохим, детьми и родителями, клиентом и психотерапевтом, человеком и окружением и так далее — и их последующий синтез производят изменения. Новое состояние — следующий после изменений синтез — также состоит из противоположных сил. Таким образом, изменения непрерывны, а противоречащие одна другой истины необязательно исключают одна другую.

С точки зрения терапевтического диалога и отношений “диалектика” относится к изменениям путем убеждения и использования противоположностей, заложенных в чем-то мышлении и поведении и внутри терапевтических отношений. Через терапевтическое противопоставление противоположных позиций и клиент, и терапевт могут прийти к новым смыслам внутри старых смыслов на пути приближения к сути рассматриваемого предмета. Дух диалектической точки зрения состоит не в том, чтобы принимать суждение за окончательную истину или неоспоримый факт. Таким образом, вопрос, адресуемый одновременно и к клиенту, и к психотерапевту, заключается в

следующем: “Что мы упустили из нашего понимания?” С этим вопросом связано целостное рассмотрение расстройства поведения клиента в контексте его окружения и неупорядоченного поведения, происходящее транзакционно по отношению к этому контексту.

Диалектическая терапевтическая позиция состоит в постоянном сочетании принятия и изменения, гибкости и стабильности, поощрения и испытания, фокусе на способностях и фокусе на недостатках. Цель состоит в том, чтобы выделить противоположности как в терапии, так и в жизни клиентов и обеспечить условия для синтеза. Предполагается, что мы можем способствовать изменениям, акцентируя принятие и делая акцент на изменениях.

## Этапы и начальные цели обучения навыкам

ДПТ формулирует концепцию терапии по этапам, соответствующим серьезности и сложности проблем клиента. Как видно из табл. 1.3, каждый этап имеет собственную иерархию приоритетов или целей терапии.

При комплексном ДПТ этап, предшествующий терапии, обычно длится несколько недель и включает в себя оценку клиента, его ориентацию на ДПТ и обеспечение приверженности к терапии и целям терапии для каждого отдельного подростка. На этапе 1 клиенты серьезно и повсеместно во всем дисрегулируемы и подвержены высокому риску самоповреждения или суицида.

**Таблица 1.3. Стандартные этапы обучения навыкам ДПТ и иерархии первичных целей терапии**

---

**Этап, предшествующий терапии: ориентация на приверженность терапии, согласование целей**

Цели

1. Информировать подростка о ДПТ и ориентировать его на ДПТ.
2. Информировать и ориентировать семью подростка на ДПТ.
3. Обеспечить приверженность подростка терапии.
4. Обеспечить приверженность семьи подростка терапии.
5. Обеспечить приверженность терапевта терапии.

**Этап 1. Реализация основных способностей, повышение безопасности и снижение неконтролируемого поведения**

Основные цели в индивидуальной ДПТ

1. Снижение выраженности опасного для жизни поведения.
  2. Снижение выраженности поведения, препятствующего терапевтическому процессу.
-

3. Снижение выраженности поведения, влияющего на качество жизни.
4. Расширение репертуара поведенческих навыков.

Основные цели в обучении навыкам ДПТ

1. Устранение поведения, которое может разрушить терапию.
2. Усилить, укрепить и обобщить навыки.
  - а. Центр осознанности
  - б. Межличностная эффективность
  - в. Эмоциональная регуляция
  - г. Стрессоустойчивость
  - д. Следование срединному пути
3. Ослабление поведения, которое препятствует терапевтическому процессу.

**Этап 2. Усиление неболезненного эмоционального переживания и снижение травматического стресса**

Основная цель индивидуальной ДПТ

1. Уменьшить избегание эмоциональных переживаний и посттравматического стресса.

**Этап 3. Повышение самоуважения, достижение индивидуальных целей и решение повседневных проблем**

Основные цели в индивидуальной ДПТ

1. Повысить уважение к себе.
2. Достичь личных целей.

**Этап 4. Обретение радости, смысла и связей, а также самореализация**

Основные цели индивидуальной ДПТ

1. Убрать чувство несовершенства.
2. Найти свободу и радость.

---

*Примечание.* Взято из Linehan (1993a, Table 6.1, p. 167). Copyright 1993 and 2007 by The Guilford Press. Адаптировано с разрешения.

Поэтому основная задача на этапе 1 — помочь клиентам реализовать базовые способности, обеспечивающие безопасность и контроль за поведением. Это этап, который включает в себя комплексную “стандартную ДПТ” и большое количество исходных данных.

На этапе 1 обучение навыкам, как правило, отделено от индивидуальной терапии, и каждый модуль имеет несколько различающиеся лечебные приоритеты, как показано в табл. 1.3. С использованием заполненного клиентом дневника (рис. 1.1) этап 1 индивидуальной терапии в ДПТ структурируется так, чтобы сосредоточиться на иерархии основных целей терапии: снижение

Диалектическая поведенческая терапия Ежедневник подростка		Имя _____		Заполнено на сеансе? Да / Нет			Как часто ты это заполняешь? _____ Ежедневно ___ 2–3 раза ___ Раз		Дата начала заполнения _____											
Дата	Самостоятельное поведение		Алкоголь		Наркотики		Медикаменты		Другое		Эмоции		Заметки/ДПТ дом. задание							
	Мысли	Действия	Тяга	Употребление / тип	Тяга	Употребление: количество/тип	Принимали по рецепту?	Прогуляли урок/ день в школе	Рискованные секс	Когда вы заснули	Когда вы проснулись	Злость	Страх	Радость	Беспокойство	Грусть	Стыд	Страдание	Навыки	
0–5	Да /Нет	0–5	Да /Нет	0–5	0–5	0–5	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Прим. 22:00	Прим. 6:00	0–5	0–5	0–5	0–5	0–5	0–5	0–5	0–7	
/																				
/																				
/																				
/																				
/																				
/																				
/																				
<b>Использованные навыки</b>		3 — пробовал, но не мог использовать		3 — пробовал, но не мог использовать		3 — пробовал, но не мог использовать		3 — пробовал, но не мог использовать		3 — пробовал, но не мог использовать		3 — пробовал, но не мог использовать		3 — пробовал, но не мог использовать		3 — пробовал, но не мог использовать		3 — пробовал, но не мог использовать		
0 — не думал и не использовал		4 — пробовал, мог использовать, но не помог		4 — пробовал, мог использовать, но не помог		4 — пробовал, мог использовать, но не помог		4 — пробовал, мог использовать, но не помог		4 — пробовал, мог использовать, но не помог		4 — пробовал, мог использовать, но не помог		4 — пробовал, мог использовать, но не помог		4 — пробовал, мог использовать, но не помог		4 — пробовал, мог использовать, но не помог		
1 — думал, не использовал, не хотел		5 — пробовал, мог использовать, помогли		5 — пробовал, мог использовать, помогли		5 — пробовал, мог использовать, помогли		5 — пробовал, мог использовать, помогли		5 — пробовал, мог использовать, помогли		5 — пробовал, мог использовать, помогли		5 — пробовал, мог использовать, помогли		5 — пробовал, мог использовать, помогли		5 — пробовал, мог использовать, помогли		
2 — думал, не использовал, хотел		6 — не пробовал, использовал, не помогли		6 — не пробовал, использовал, не помогли		6 — не пробовал, использовал, не помогли		6 — не пробовал, использовал, не помогли		6 — не пробовал, использовал, не помогли		6 — не пробовал, использовал, не помогли		6 — не пробовал, использовал, не помогли		6 — не пробовал, использовал, не помогли		6 — не пробовал, использовал, не помогли		
		7 — не пробовал, использовал, помогли		7 — не пробовал, использовал, помогли		7 — не пробовал, использовал, помогли		7 — не пробовал, использовал, помогли		7 — не пробовал, использовал, помогли		7 — не пробовал, использовал, помогли		7 — не пробовал, использовал, помогли		7 — не пробовал, использовал, помогли		7 — не пробовал, использовал, помогли		

**Шкала оценки для эмоций и тяги**  
 0 — нет совсем; 1 — небольшая; 2 — ошутимая; 3 — довольно большая;  
 4 — очень сильная; 5 — чрезвычайно сильная;  
 Стремление бросить терапию: \_\_\_\_\_  
 Уровень дистресса: \_\_\_\_\_

Рис. 1.1.1. Ежедневник

Инструкция: обведите дни, когда вы работали над каждым навыком										
	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб.	Вс.			
Центр осознанности	1. Мудрый разум									
	2. Наблюдение (просто замечай, что происходит внутри)									
	3. Описание (выражай словами переживание)									
	4. Участие (включайся в переживание)									
	5. Безоценочность (не оценивай)									
	6. Однонаправленность (осознание одного предмета в один момент)									
	7. Эффективность (делай то, что работает)									
	8. Принятие (отвлекайся)									
	9. Самоуспокоение (пять чувств)									
	10. Улучшить момент (ПОПРАВЬТЕ_Момент)									
	11. "За" и "против"									
	12. Навыки ТРУД									
	13. Радикальное принятие									
	14. Позитивное подкрепление									
	15. Самовалидация									
	16. Валидация другого									
	17. Диалектическое мышление (не черно-белое мышление)									
	18. Диалектическое действие (следование единственному пути)									
Среднеустойчивость										
	Межличностная эффективность									
Эмоциональная регуляция										

Рис. 1.1. Дневник (окончание)

выраженности поведения, угрожающего жизни, препятствующего терапевтическому процессу и влияющего на качество жизни, и усиление поведенческих навыков. Также каждый подросток работает над конкретными, индивидуальными целями терапии. Хотя улучшение поведенческих навыков является основной целью терапии, для индивидуального терапевта ДПТ на этапе 1 оно находится в наименьшем приоритете. Необходимость преодоления кризисов, поддержания клиента в терапии и снижения тяжелого, влияющего на качество жизни поведения делает приобретение навыков в индивидуальной психотерапии практически невозможным. Пытаться расширить способности и одновременно решать проблему рискованного поведения — это все равно что пытаться построить убежище в разгар шторма. Никто не может справиться с кризисами без навыков; нельзя учиться навыкам и одновременно реагировать на кризис. Таким образом, отдельный компонент терапии непосредственно нацелен на приобретение поведенческих навыков, и этот компонент обычно находится в групповом формате. В ДПТ с подростками по возможности мы рекомендуем формат мультисемейных групп для обучения навыкам.

Этап 2 ДПТ включает в себя эмоциональную проработку прошлой травмы и горя и обычно означает отход от приобретенных на этапе 1 навыков и высокоструктурированных индивидуальных сессий. Тем не менее навыки должны использоваться и укрепляться на этапе 2 и на всех последующих этапах ДПТ. На этапе 3 обычно решаются проблемы счастья и несчастья. На этапе 4 решаются проблемы достижения трансцендентности, радости и нахождения смысла. Линехан (1993а) полностью объясняет каждый этап терапии и его цели.

## Этап 1 вторичных целей терапии: диалектические противоречия

Люди с постоянной эмоциональной дисрегуляцией учатся выбирать между поведенческими крайностями, либо занижая регуляцию, либо чрезмерно регулируя эмоции. ДПТ рассматривает эти паттерны как диалектические противоречия для клиента: он поочередно пробует каждый крайний подход к эмоциональной регуляции, но не может заставить ни один работать. Первые три первичные цели терапии на этапе 1 (опасное для жизни поведение, поведение, препятствующее терапевтическому процессу, и поведение, влияющее на качество жизни) сами являются выражением этих диалектических крайностей.

Поскольку эти виды поведения ставят под угрозу жизнь клиента, саму терапию или качество жизни клиента, они должны быть немедленно устранены. Но общие паттерны помогают поддерживать дисфункциональное поведение; они также могут сорвать процесс приобретения навыков. Поэтому сами паттерны должны стать целью терапии, если мы говорим о долгосрочных изменениях. Стандартные диалектические противоречия ДПТ таковы.



- Эмоциональная уязвимость или самоинвалидация
- Активная пассивность или кажущаяся компетентность
- Неотвратимые кризисы или сдерживаемое переживание

*Эмоциональная уязвимость* означает переживание сильного эмоционального возбуждения, центральное переживание людей, проходящих в ДПТ. *Самоинвалидация* означает умаление собственных эмоций, ощущений и подходов к решению проблем. *Кажущаяся компетентность* означает тенденцию клиентов с хронической эмоциональной дисрегуляцией выдавать себя в разы более компетентными и контролирующими себя, чем они есть на самом деле. *Активная пассивность* означает пассивность и беспомощность перед лицом проблем одновременно с активным призывом других к помощи в решении своих проблем. *Неотвратимый кризис* означает немедленное и импульсивное избавление от эмоциональной боли, синдром “кризиса недели”. *Сдерживаемое переживание* означает непроизвольное автоматическое избегание сигналов, которые вызывают воспоминания о прошлых потерях, травмах или болезненных эмоциональных состояниях. Это включает в себя подавление нормальной переработки горя или переживание других сложных эмоций.

Кроме того, мы разработали три дополнительные диалектические противоречия, характерные для отношений в семье подростка (Rathus & Miller, 2000).

- Чрезмерная снисходительность или авторитарный контроль
- Нормализация патологического поведения или патологизация нормативного поведения
- Принуждение к автономии или воспитание зависимости

Модуль следования срединному пути направлен непосредственно на устранение этих специфических для подростков противоречий. Родители, терапевты и подростки могут колебаться между тем, чтобы быть слишком свободными или слишком строгими, слишком легко воспринимая серьезное проблемное поведение или слишком преувеличивая нормальное, типичное для подростков поведение, и слишком рано форсируя независимость или воспитывая зависимость.

В каждой из приведенных выше крайних противоположностей заключены две вторичные цели терапии: одна нацелена на уменьшение неадаптивного поведения, а вторая — на повышение адаптивной реакции. В табл. 1.4 перечислены диалектические противоречия и соответствующие вторичные цели терапии в стандартной ДПТ, а в табл. 1.5 перечислены противоречия и цели, которые разработаны для подростков и их семей. Мы поговорим больше о диалектических противоречиях при обучении навыкам в главах 4 и 8.

**Таблица 1.4.** Стандартные диалектические противоречия ДПТ с соответствующими вторичными целями терапии

Противоречие	Цели
Эмоциональная уязвимость против самоинвалидации	Усиление эмоциональной модуляции; понижение эмоциональной реактивности
Активная пассивность против кажущейся компетентности	Активизация решения проблем; понижение активной пассивности
Неотвратимые кризисы против сдерживаемого переживания	Повышение реалистичного принятия решений и суждений; понижение вызывающего кризисы поведения

*Примечание.* Взято из Miller, Rathus, and Linehan (2007, Table 5.1, p. 97). Copyright 2007 by The Guilford Press. Адаптировано с разрешения.

**Таблица 1.5.** Подростковые диалектические противоречия с соответствующими вторичными целями терапии

Противоречие	Цели
Чрезмерная снисходительность против авторитарного контроля	Повышение авторитетной дисциплины; уменьшение чрезмерной снисходительности. Повышение подросткового самоопределения; ослабление авторитарного контроля
Нормализация патологического поведения против патологизации нормативного поведения	Большее признание нормативного поведения; уменьшение патологизации нормативного поведения. Большее выявление патологического поведения; понижение нормализации патологического поведения
Принуждение к автономии против воспитания зависимости	Повышение индивидуализации; уменьшение чрезмерной зависимости. Повышение эффективной опоры на других; уменьшение чрезмерной автономии

*Примечание.* Взято из Miller, Rathus, and Linehan (2007, Table 5.2, p. 98). Copyright 2007 by The Guilford Press. Адаптировано с разрешения.

## Стратегии ДПТ

В ДПТ используются пять наборов стратегий для достижения описанных выше конкретных целей терапии: (1) диалектические стратегии, (2) стратегии валидации, (3) стратегии решения проблем, (4) стилистические (коммуникационные) стратегии и (5) организация работы или структурные стратегии. Стратегии валидации и решения проблем, вместе с диалектическими стратегиями, составляют центральные стратегии в ДПТ. Стратегии валидации фокусируются на принятии. Стратегии решения проблем сосредоточены на изменениях, и традиционные стратегии поведенческой терапии входят в этот набор. Диалектические стратегии, прежде всего, касаются того, как терапевт структурирует взаимодействия и определяет умелое поведение. Как обсуждалось ранее, диалектическая терапевтическая позиция — это постоянное соединение принятия того, что *есть* с толчком к переменам.

Обратите внимание, что эти стратегии применяются не только в индивидуальной ДПТ; руководители групп применяют их также во время обучения навыкам. Подпадающие под ориентированные на изменения стратегии решения проблем методы — это методы, основанные на традиционных поведенческих принципах: позитивное и негативное подкрепление, формирование, угашение и наказание. Эти поведенческие стратегии проникают в ДПТ вместе со стратегиями, ориентированными на принятие, такими как валидация. В главе 3 мы поговорим больше о стратегиях ориентации и приверженности, которые являются типами стратегий решения проблем, ориентированных на изменения. В главе 4 мы обсуждаем другие основные стратегии и их применение к обучению навыкам.

## Мультисемейные группы тренинга навыков

Для обучения навыкам подростков мы рекомендуем, если это возможно, формат мультисемейной группы. В этом формате родители изучают одно и то же дидактическое содержание бок о бок со своими подростками. Группа предоставляет форум, который может улучшить взаимодействия и укрепить близкие отношения. Включение многих семей также помогает поддерживать дидактическую повестку дня в отличие от погружения в проблему одной семьи в течение недели. Наличие нескольких семей в комнате предполагает встроенную сеть поддержки, предоставляет мощные копинг-модели, мотивацию и надежду и расширяет возможности использования навыков участниками групп. Например, когда в ходе проверки домашней работы каждому

участнику предоставляется десять других примеров применения навыка, участники могут развить более точное и гибкое понимание использования навыка. Мультисемейный формат также дает возможность обратной связи и практики между семьями, например подросток, практикующий навык с родителем другого подростка, или родитель, осторожно предлагающий информацию родителю другого подростка. В таких взаимодействиях эмоции клиентов, как правило, становятся лучше регулируемыми, и, таким образом, можно улучшить обучение новым навыкам (тогда цель будет помогать прямому взаимодействию с членами своей семьи для усиления генерализации). Кроме того, отдельные члены группы часто извлекают пользу из чувства мастерства, когда объясняют концепцию новому члену группы. Как подростки, так и родители сообщают о валидации своих чувств, когда узнают о подобной борьбе с проблемами у других, особенно после периода ощущения сильного одиночества. Наконец, на выпускной церемонии (см. главу 2) подростки и родители предлагают свои прощальные конструктивные отзывы и поощрения друг другу, что сильно влияет на самих выпускников и остальных членов группы. Получение членами семьи повторяющихся поддерживающих комментариев кристаллизует у них формирование новой конструкции собственного “Я” как способного, эффективного, функционального, целеустремленного и полного надежд на прогресс, как индивидуальный, так и коллективный. Большинство закончивших обучение участников группы также сообщают о значительном улучшении отношений с проходившими обучение членами семьи. Эти публичные выражения, показывающие прогресс каждого участника и семьи, демонстрируют другим членам группы, как может улучшиться жизнь, и моделируют необходимость упорства и приверженности групповому обучению навыков ДПТ. Этот опыт валидирует проблемы и боль, переживаемые остающимися в группе семьями, а также вдохновляет их больше работать и не переставать надеяться.

## Навыки ДПТ

Преподаваемые навыки сгруппированы в пять модулей: навыки осознанности, навыки эмоциональной регуляции, навыки межличностной эффективности, навыки стрессоустойчивости и навыки следования срединному пути. Этот, пятый, модуль был специально разработан для подростков и их семей (Miller et al., 2007) и, как правило, не входит в обучение навыков ДПТ у взрослых. Один полный курс по всем модулям навыков обычно занимает шесть месяцев (24 недели) — те же временные рамки, что и стандартная ДПТ. Тем не менее программа навыков для подростков имеет пять модулей навыков, а не

четыре, так что в ней меньше времени уделяется каждому модулю, чем в стандартной ДПТ. В табл. 1.6 перечислены навыки, которые преподаются в нашей программе ДПТ для подростков.

Как видно из табл. 1.6, ряд специальных навыков обозначается аббревиатурами. Например, ПОПРОСИ (навык межличностной эффективности) является аббревиатурой от пошаговых действий, которые нужно выполнить, чтобы эффективно о чем-то попросить или в чем-то отказать (*Перечислите факты, Опишите свое отношение, Попросите, чего хотите, Расскажите, почему это хорошо, Обсудите разные варианты, Стойте на своем, Изобразите уверенность*). Слово *улучшай* в навыке стрессоустойчивости “Улучшить момент” (ПОПРАВьте\_Момент) является аббревиатурой от множества различных способов, позволяющих быть более толерантными к страданиям. Членов группы обучают всем стратегиям и поощряют их опробовать, чтобы найти те, которые окажутся наиболее полезными.

**Таблица 1.6. Обзор навыков ДПТ по модулям**

---

**Основные навыки осознанности**

- “Мудрый разум” (состояния разума)
- “Что” (наблюдение, описание, участие)
- “Как” (безоценочность, однонаправленность, эффективность)

**Навыки стрессоустойчивости**

**Навыки переживания кризиса**

Отвлечение: ПЕРЕЖИТЬ с мудрым разумом

- Помогите кому-то, Если сравните, используйте *Различные* эмоции, напомните, что *Есть* другие действия, постройте *Железную* стену, *Используйте* ощущения, *Течение* мыслей перенаправьте

Самоуспокоение с помощью шести органов чувств

- Зрение, слух, осязание, обоняние, вкус, движение

Улучшить момент (ПОПРАВьте\_Момент)

- Подключите воображение, Откройте смысл, делайте *По* одному делу за раз, *Расслабьтесь*, *Активно* отправьте себя в короткий отпуск, *Верьте* в себя

“За” и “против”

Навыки ТРУД

- Температура
  - Релаксация
  - Физические Упражнения
  - Дыхание
-

---

**Навыки принятия реальности**

- Полуулыбка
- Радикальное принятие
- Поворот сознания
- Готовность

**Навыки следования срединному пути**

Диалектика

- Диалектическое мышление и действие
- Диалектические противоречия

Валидация

- Валидация других
- Самовалидация

Изменение поведения

- Положительное подкрепление
- Отрицательное подкрепление
- Формирование
- Устранение
- Наказание

**Навыки эмоциональной регуляции**

Понимание эмоций

- Наблюдение и описание эмоций
- Роль и значение эмоций

Снижение эмоциональной уязвимости

- АВС (Аккумулировать положительные эмоции/долгосрочные и краткосрочные; Вырабатывать мастерство; Справляться заранее)
- ЗАБОТА (Здоровье тела, физическая Активность, Будьте умеренны, Отдых для нервной системы, ТАрелка еды три-четыре раза в день)

Изменение нежелательных эмоций

- Проверка фактов
- Решение проблемы
- Противоположное действие (текущей эмоции)

Уменьшение эмоционального страдания

- Волна: осознанность к текущим эмоциям

**Навыки межличностной эффективности**

- Цели и приоритеты
  - Навыки эффективности взаимоотношений: ДРУГ (будьте Доброжелательны, покажите Расположение, Успешно валидируйте, Говорите непринужденно)
-

- Навыки эффективного достижения цели: ПОПРОСИ  
(Перечислите факты, Опишите свое отношение, Попросите, чего хотите, Расскажите, почему это хорошо, Обсудите разные варианты, Стойте на своем, Изобразите уверенность)
- Навыки эффективности самоуважения: ЧЕСТЬ  
(Честными будьте с собой и другими, Если виноваты, извинитесь только один раз, держитесь Своих ценностей, говорите Только правду)
- Утверждения о себе с позиции мудрого разума для борьбы с беспокойными мыслями
- Оценка ваших вариантов выбора: насколько настойчиво просить или отказывать
- *Необязательно.* Осознанность по отношению к другим: ДУМАТЬ (проявлять Доброту, проявлять Участие (эмпатию), интерпретировать Манеру поведения, Адресовать свое внимание людям, смотреть на ситуацию с Точки зрения другого человека)

*Примечание.* Взято из Miller, Rathus, and Linehan (2007, Table 4.2, p. 74). Copyright 2007 by The Guilford Press. Адаптировано с разрешения.

## Коучинг по телефону для членов семьи

Работая в мультисемейных группах тренинга навыков, мы наблюдали, что члены семьи получают такую же пользу от коучинга по телефону, как и их подростки. Это создает противоречие: подростки звонят своему индивидуальному терапевту для коучинга, но родители в ходе обучения навыкам не имеют индивидуального терапевта, которому можно позвонить. Их звонок терапевту подростка создаст явные проблемы конфиденциальности и доверия. Таким образом, мы предлагаем родителям возможность звонить руководителям их групповых занятий по навыкам или их родительскому терапевту (см. следующий раздел о родительских сеансах) и ограничить эти контакты по мере необходимости тренингом обобщения навыков по телефону (в отличие от других целей, таких как восстановление отношений или обмен хорошими новостями). В случаях, когда один из тренеров группы навыков является основным терапевтом их ребенка, родители могут звонить только другому руководителю группы. В случаях, если основной терапевт является также единственным тренером навыков и у родителей нет отдельного терапевта, разрешение родителям звонить психотерапевту подростка поставит под угрозу доверие подростка. В таких ситуациях родитель и подросток должны договориться о четких руководящих указаниях относительно того, что может обсуждаться во время телефонного коучинга навыков “терапевт–родитель”.

Родитель и терапевт должны регулярно рассказывать подростку о любых сделанных звонках. В качестве альтернативы коучинг родителей может быть ограничен контекстом обучения навыкам или семейным занятиям. Даже если телефонный коуч родителей — кто-то другой, а не основной терапевт подростка, мы призываем родителей рассказать своему подростку, когда такой телефонный контакт был сделан, чтобы подросток сохранял уверенность в том, что лечебная команда его не обманывает.

## Обучающие занятия для родителей

На протяжении многих лет многие родители говорили нам, что нуждаются в большем количестве рекомендаций по навыкам воспитания детей, чем те, которые мы представляем в модуле “Следование срединному пути”. Они чувствуют, что им нужна помощь не только с диалектикой и валидацией, но и с навыками изменения поведения: подкреплением, формированием, искоренением/игнорированием и последствиями. Многие родители считают, что их воспитание беспорядочно, реактивно и экстремально по отношению к их подросткам с эмоциональной дисрегуляцией, и часто сами родители борются с эмоциональной дисрегуляцией, пытаясь воплотить навыки воспитания. Таким образом, мы предоставили доступные дополнительные, отдельные сеансы для родителей с терапевтом из лечебной команды, который не является основным терапевтом подростка. Терапевт работает с родителем (или с родителями) подростка для реализации более последовательных и эффективных стратегий воспитания и по мере необходимости других навыков ДПТ (например, осознанность и стрессоустойчивость). Мы предлагаем эти модули для отдельных семей при необходимости, чтобы решить родительские проблемы, которые возникают в отношении их конкретного подростка. Обычно мы предлагаем занятия для родителей в качестве кратких модулей; многие родители чувствуют, что им очень помогли 6–12 сфокусированных на родителях занятия, в то время как некоторые выбирают продолжение занятий. Обучающий родителей терапевт затем становится коучем по телефону навыков воспитания. В то время как мы предлагаем модуль одному или обоим родителям из семьи, команда может рассмотреть возможность предложить и воспитательные навыки, основанные на следовании срединному пути, как отдельный групповой модуль для родителей. Заметьте, что, если семья не выбирает учебные занятия для родителей, можно предложить ей коучинг по телефону с инструктором по навыкам, который не является основным терапевтом подростка. Необходимы исследования, чтобы изучить растущую эффективность родительских сессий в подростковой ДПТ.



## Замечания по управлению суицидальным поведением

Мы считаем, что крайне важно, чтобы медицинские работники, работающие с эмоционально дисрегулируемыми, многопроблемными клиентами изучали компоненты оценки и лечения суицидального поведения. Даже клиенты, у которых на первых занятиях нет суицидальных мыслей или поведения, могут стать суицидальными по мере изменения обстоятельств. Таким образом, если человек проводит тренинг навыков без компонента индивидуальной терапии, необходимо критически выбирать инструктора по навыкам, который бы оценивал суицидальные факторы риска при приеме, распознавал признаки и факторы риска во время лечения, обращался к индивидуальной терапии, когда возникает суицидальное поведение, и полностью справлялся с суицидальным кризисом, если он возникнет. Детальное обсуждение вмешательства в случае риска суицида выходит за рамки данного руководства по навыкам. Тем не менее существует множество книг и глав на эту тему, и мы рекомендуем как минимум прочитать оригинальный текст Линехан (1993а); знакомство с более поздними, всесторонними оценками, включая LRAMP (Linehan et al., 2012); а также рассмотрение интенсивного обучения ДПТ в качестве отправной точки обучения управления суицидальным поведением.

Мы призываем читателей, обучающихся навыкам ДПТ, продолжать чтение и принимать участие в интенсивном обучении ДПТ. Практикующие врачи должны ознакомиться с основными этапами планирования лечения суицидальных клиентов (Linehan, 1999), включая (1) знание и оценку долгосрочных и сиюминутных факторов риска самоубийства, (2) получение подробного описания суицидального поведения, (3) мониторинг постоянного поведения и (4) проведение детального анализа поведенческой цепочки и анализ урегулирования суицидального поведения. Анализ урегулирования может включать в себя поиск путей предотвращения опрометчивых решений, замену кризисных реакций более искусными и стрессоустойчивость. Более того, они должны включать обязательство подростка следовать разработанным вместе с терапевтом стратегиям. Общие рекомендации Линехан по лечению суицидального поведения включают в себя следующие: быть более активным, когда риск самоубийства высок (Linehan, 1993а, 1999), быть более гибким, учитывая реакции, быть более консервативным, открыто говорить о самоубийстве как о чем-то само собой разумеющемся, осознавать индивидуальные факторы риска, представлять суицидальное поведение как неэффективную реакцию/решение проблемы, привлекать к участию значимых других (особенно

родителей, в случае подростков), поддерживать частые контакты и назначать сеансы (и семейные сеансы) так часто, как это необходимо.

Линехан рекомендует поддерживать тесный терапевтический контакт с суицидальным клиентом и консультироваться с коллегами при возникновении суицидального кризиса.

## Исследования результатов программ ДПТ

### Исследование результатов ДПТ у взрослых

Многочисленные рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) продемонстрировали полное превосходство ДПТ в лечении обычных проблем, связанных с ПРЛ (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Linehan, Heard & Armstrong, 1993; Linehan et al., 2006; Koons et al., 2001; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul & van den Brink, 2005; Verheul et al., 2003).

Было доказано, что ДПТ улучшает показатели приверженности лечению, сокращает количество дней, проведенных в психиатрическом стационаре, а также снижает частоту и серьезность попыток самоубийства, несуйцидального самоповреждающего поведения и суицидальных мыслей (Bohus, Naaf, & Simms, 2004; Linehan et al., 1991, 2006; Lynch, Morse, Mendelson & Robins, 2003; Koons et al., 2001; van den Bosch et al., 2005; Verheul et al., 2003). Обзоры этого исследования можно найти в Scheel (2000), Robins and Chapman (2004) и Lynch, Salsman and Linehan (2007).

Исследования по ДПТ были проведены с различными группами взрослого населения, в том числе амбулаторно (например, Linehan et al., 1991, 1993, 2006; van den Bosch et al., 2005; Verheul et al., 2003), стационарно (Barley et al., 1993; Bohus et al., 2000, 2004; Linehan et al., 1999; Koons et al., 2001; Simpson et al., 1998), а также в судебной медицине (Berzins & Trestman 2004; Bradley & Follingstad, 2003; Evershed et al., 2003). Было показано, что ДПТ применима для взрослых с коморбидным ПРЛ и проблемами злоупотребления психоактивными веществами (Linehan et al., 1999, 2002; van den Bosch et al., 2005), коморбидным ПРЛ и расстройствами пищевого поведения (Palmer, 2003), как самостоятельное лечение расстройств пищевого поведения (Safer, Telch, & Agras, 2001; Safer, Telch, & Chen, 2009; Telch, Agras, & Linehan, 2000), как усиленное лечение трихотилломании (Keuthen et al., 2010) и лечение депрессивных геритрических амбулаторных больных со смешанными чертами личности (Линч, 2000; Линч и др., 2003).

## Исследование результатов ДПТ у подростков

В своей недавно опубликованной обзорной статье Groves, Backer, van den Bosch и Miller (2012) резюмировали результаты двенадцати исследований подросткового ДПТ в период с 1997 по 2008 год. С 2008 года были опубликованы два дополнительных исследования ДПТ среди подростков. Ни одно из этих исследований не было РКИ. Тем не менее три РКИ уже завершены, и в настоящее время проводится еще одно крупное РКИ.

Куни с коллегами (2012) провели небольшое рандомизированное контролируемое технико-экономическое исследование в Новой Зеландии. В нем исследователи назначили трехмесячное лечение в виде ДПТ ( $n = 14$ ) или обычное лечение ( $n = 15$ ) в течение 6 месяцев подросткам ( $n = 29$ ), которые имели по крайней мере одну попытку самоубийства или предыдущую историю самоповреждения. В этом исследовании в ДПТ входили еженедельная индивидуальная терапия, еженедельное мультисемейное обучение навыкам, семейные занятия, по необходимости коучинг по телефону для подростков и родителей и консультации группы терапевтов. Эти исследователи использовали учебные материалы Линехан (1993b) по навыкам вместе с некоторыми нашими раздаточными материалами ДПТ для подростков (например, навыки следования срединному пути). Сеансы ДПТ в этом исследовании были закодированы для соблюдения объективности экспертной оценки. Куни определил, что лечение целесообразно проводить и оно хорошо переносится подростками и их семьями в Новой Зеландии.

Ларс Мехлум с коллегами (2012, 2014) провел большое рандомизированное контролируемое исследование в Осло (Норвегия), сравнивая 16-недельный амбулаторный курс ДПТ с улучшенным обычным лечением (EUC) для подростков с тенденцией к суициду и самоповреждению, которые также соответствовали по крайней мере трем из девяти критериев ПРЛ. Улучшенное обычное лечение состояло из разных терапий, не содержащих ДПТ, в сочетании с обучением протоколу оценки риска самоубийства. Кроме того, независимые эксперты в исследовании уведомляли терапевтов EUC в любое время, когда подросток одобрял суицидальность во время оценки. Норвежская исследовательская группа перевела наше руководство по навыкам ДПТ для подростков на норвежский язык. Аналогично нашему начальному исследованию (Rathus & Miller, 2002) их ДПТ состояла из еженедельной индивидуальной терапии, еженедельной мультисемейной группы тренинга навыков, коучинга по телефону для подростков, по мере необходимости — семейных сессий и еженедельных консультаций с командой терапевтов.

Выборка состояла из 77 подростков с недавним и повторяющимся поведением самоповреждения и пограничными чертами. Наблюдавшиеся лечились в общественных детских и подростковых психиатрических поликлиниках. Поддержание лечения в целом было хорошим в обоих случаях, и показатели использования неотложной помощи были низкими. Однако ДПТ превосходила ЕУС в снижении самоповреждений, суицидальных идей, депрессии и симптомов ПРЛ. Побочные результаты лечения были большими у клиентов, получающих ДПТ, и меньшими у клиентов, получающих ЕУС. ДПТ-сессии были закодированы для наблюдения ДПТ экспертами-оценщиками. Мехлун с коллегами намерены провести годичное, двух- и десятилетнее последующее наблюдения за этими подростками и их семьями.

Гольдштейн с коллегами (2012) провели небольшое РКИ в ДПТ, сравнивая ДПТ ( $n = 14$ ) с обычным лечением ( $n = 6$ ) подростков-самоубийц с диагнозом биполярное расстройство. Гольдштейн с коллегами использовал наше руководство по навыкам для подростков и добавил несколько дополнительных раздаточных материалов, содержащих положения психологического образования при биполярном расстройстве. В этом исследовании ДПТ проводилась вместе с сеансами индивидуальной терапии одну неделю и чередовалась через неделю с семейным тренингом по обучению навыков в течение 12 месяцев. Результаты показали, что участники, получающие ДПТ, показали значительно большее снижение депрессии и тенденцию к значительному снижению суицидальных мыслей и нарушению эмоциональной регуляции. Группа ДПТ была более тяжелой на исходном уровне, и исследование не было адекватно проведено, чтобы ждать изменений. Таким образом, даже тенденции к значительному сокращению заслуживают внимания.

Линехан, Мак-Кули, Асарнов и Берк в настоящее время проводят на разных сайтах большое рандомизированное контролируемое исследование (Совместное исследование эмоций и суицида подростков в [CARES]), в котором сравниваются комплексная ДПТ с поддерживающей терапией недавних и повторных суицидальных проявлений у подростков с по крайней мере тремя признаками ПРЛ. Вмешательство ДПТ длится 6 месяцев и использует мульти-семейный групповой формат с коучингом по телефону для подростков и родителей. Исследователи используют учебные материалы по навыкам Линехан в сочетании с содержанием модуля навыков “Следование срединному пути” (Miller et al., 2007).

В дополнение к этим РКИ три квазиэкспериментальных исследования ДПТ среди подростков были проведены до настоящего времени, каждое из которых указывает на то, что терапия является многообещающей в снижении многочисленных типов целевого поведения, обнаруженного у суицидальных

многопроблемных подростков (Fleischhaker et al., 2011; Katz, Cox, Gunasekara & Miller, 2004; Rathus & Miller, 2002). Эти исследования продемонстрировали целесообразность терапии и многообещающие результаты, в том числе результаты годового наблюдения, проводимого Флейшхакером и его коллегами (2011).

Также были опубликованы многочисленные открытые испытания ДПТ с подростками с различными проблемами и расстройствами: (1) с многопроблемными подростками с множественной диагностикой, суицидальным и не-суицидальным самоповреждающим поведением (Fleishchhaker, Munz, Böhme, Sixt & Schulz, 2006; James, Taylor, Winmill & Alfoadari, 2008; Sunseri, 2004; Woodberry & Popenoe, 2008); (2) с подростками с диагнозом “биполярное расстройство” (Goldstein, Axelson, Birmaher & Brent, 2007); (3) с подростками с диагнозом “экстернализирующее расстройство” как в судебно-медицинских условиях (Trupin, Stewart, Beach & Boesky, 2002), так и в амбулаторных условиях (Nelson-Gray et al., 2006); и (4) с подростками с диагнозом “пищевое расстройство”, в том числе “булимия”, “переедание” и “нервная анорексия” (Safer, Lock & Couturier, 2007; Salbach, Klinkowski, Pfeiffer, Lehmkuhl & Korte, 2007; Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer, Lehmkuhl & Miller, 2008).

Другие открытые исследования показывают применение ДПТ к различным процедурам лечения за пределами традиционных амбулаторных, краткосрочных условий в стационарных и судебно-медицинских учреждениях. Они включают применение ДПТ к девочкам-подросткам в лечебных учреждениях (Sunseri, 2004); к подросткам, получающим долгосрочное стационарное лечение (McDonnell et al., 2010); к детям и подросткам в школьных учреждениях (Mason, Catucci, Lusk, & Johnson, 2009; Perepletchikova et al., 2010; Sally, Jackson, Carney, Kevelson & Miller, 2002); и к детям в профильных лечебных учреждениях, соответствующих их хроническим заболеваниям, таким как почечная недостаточность, диабет, серповидно-клеточная анемия и ожирение (Hashim, Vadnais & Miller, 2013).

Общим знаменателем во всех этих исследованиях, по-видимому, является дефицит эмоциональной регуляции у подростков и последующее их участие в импульсивном или избегающем поведении. Проблемное импульсивное или избегающее поведение часто является следствием нарушения регуляции эмоций или усилия восстановления регулирования. Как было сказано ранее, (Miller et al., 2007), мы считаем, что профиль эмоциональной и поведенческой дисрегуляции у подростков делает ДПТ актуальной модальностью лечения для разных диагнозов и поведенческих проблем.

Полученные на сегодняшний день результаты экспериментальных и квазиэкспериментальных исследований показывают, что ДПТ, по-видимому,

снижает суицидальное поведение, депрессию и признаки ПРЛ, а также имеет большую практическую применимость лечения, восприимчивость (т.е. хорошую переносимость) и достаточно низкие показатели отсева при лечении (Cooney et al., 2012; Goldstein et al., 2007, 2012; Groves et al., 2012; Mehlum et al., 2014; Rathus & Miller, 2002). Мы ожидаем, что результаты исследования CARES Линехан и ее коллег будут способствовать дальнейшему развитию доказательной базы ДПТ для суицидальных и многопроблемных подростков.

В следующей главе мы опишем, как организовано обучение навыкам, включая общий курс терапии, структуру сеанса и создание групп обучения навыкам.