

Содержание

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

ЧАСТЬ I

Введение в тренинг навыков ДПТ

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

ЧАСТЬ II

Методические рекомендации по проведению модулей тренинга навыков ДПТ

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

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

8 • Диалектическая поведенческая терапия: руководство по тренингу навыков

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

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

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

ГЛАВА 1

Обоснование тренинга навыков диалектико-поведенческой терапии

Что такое ДПТ

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

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

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

Взгляд вперед

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

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

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

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

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

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

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

Диалектическое мировоззрение и основные допущения

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Биосоциальная теория: как формируется эмоциональная дисрегуляция²

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

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

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

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

Модель эмоций в ДПТ

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

Эмоциональная дисрегуляция

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

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

Эмоциональная регуляция

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Роль инвалидирующего окружения

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Формирование эмоциональной дисрегуляции: резюме

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

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

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

Эта модель показана на рис. 1.1.

Последствия эмоциональной дисрегуляции

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

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

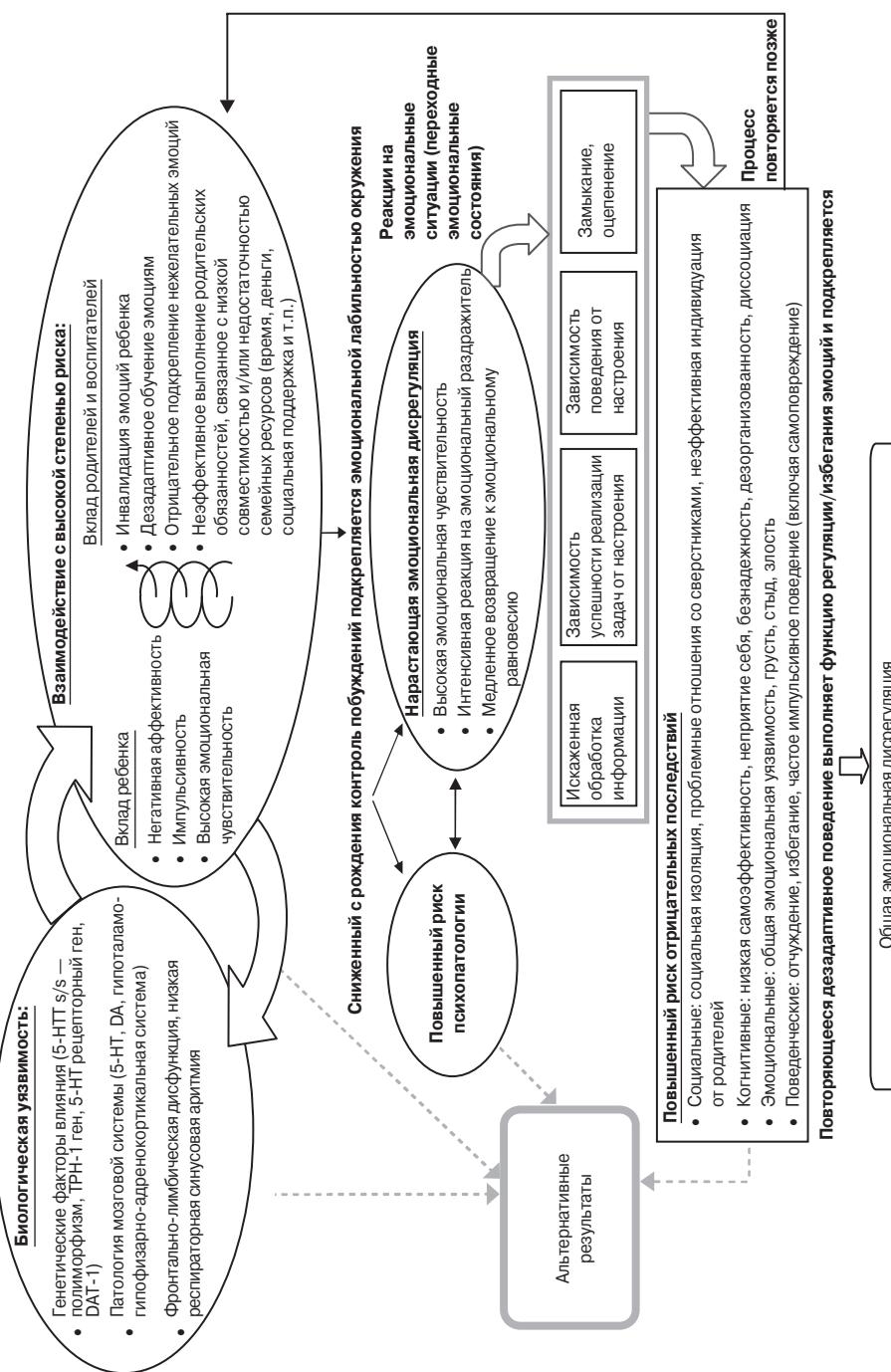


Рис. 1.1. Иллюстрация биосоциальной модели развития ПРЛ. 5-HT – серотонин; 5-HTT – транспорттер серотонина; TRH-1 – тригипофизан-гидроксилаза 1; DA – допамин; DAT-1 – транспорттер допамина 1; HPA – гипоталамо-гипофизарно-адренокортикалальная система; RSA – респираторная синусовая аритмия. Адаптация Crowell,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

также очень эффективно в получении помощи от окружения, которое помогает избегать или изменять ситуации, вызывающие эмоциональную боль. Например, суицидальное поведение, как правило, является для непсихотика наиболее действенным способом госпитализации в стационарное психиатрическое отделение. Суицидальные мысли, планирование самоубийства и фантазии на тему смерти от самоубийства, сопровождающиеся убеждением, что смерть станет избавлением от боли, могут принести чувство значительного облегчения. И наконец, планирование самоубийства, воображение самоубийства и участие в акте самоповреждения (и его последствиях, если он станет общеизвестным) могут снизить болезненные эмоции, став весомым отвлекающим фактором.

Неспособность регулировать эмоциональное возбуждение также препятствует развитию и поддержанию чувства “Я”. Как правило, чувство “Я” формируется путем наблюдения за самим собой и за реакцией других в отношении своих действий. Эмоциональная стабильность и предсказуемость во времени в подобных ситуациях являются предпосылками развития идентичности. Непредсказуемая эмоциональная лабильность ведет к непредсказуемому поведению и когнитивной непоследовательности и, следовательно, мешает развитию личности. Склонность индивидов с эмоциональной дисрегуляцией к попыткам подавлять эмоциональные реакции также может быть причиной отсутствия выраженного чувства идентичности. Бесчувственность, связанная с подавленным аффектом, часто воспринимается как пустота, что еще более способствует развитию неадекватности чувства “Я”, а порой и полному его отсутствию. Подобным образом, если восприятие событий индивидом никогда не бывает “правильным” или же является непредсказуемо “правильным” — ситуация, характерная для инвалидирующего окружения, — то у такого индивида можно ожидать чрезмерной зависимости от других.

Эффективные межличностные отношения зависят как от устойчивого чувства “Я”, так и от способности спонтанно выражать эмоции. Успешные отношения также требуют способности к саморегуляции эмоций и устойчивости к эмоционально болезненным стимулам. Вполне понятно, что без таких возможностей люди развиваются хаотичные отношения. Когда эмоциональная дисрегуляция становится масштабной или слишком тяжелой, она препятствует стабильности чувства “Я” и нормальному выражению эмоций. Трудности с контролем импульсивного поведения и выражением крайне отрицательных эмоций могут нанести ущерб отношениям индивида; в частности, трудности с гневом и его выражением препятствуют поддержанию стабильных отношений.

Эмоциональная дисрегуляция и обучение навыкам ДПТ [16]

Как отмечалось выше, многие психические расстройства можно представить в виде нарушений регуляции эмоций с дефицитом как их активации, так и торможения. Как только вы осознаете, что эмоции включают в себя как действия, так и побуждение к выполнению действия, вы сможете увидеть связь между эмоциональной дисрегуляцией и многими нарушениями, определяемыми как расстройства поведения (например, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ). Навыки ДПТ нацелены непосредственно на эти дисфункциональные модели поведения.

Во-первых, дисрегуляция чувства “Я” — весьма обычное явление у лиц с выраженной эмоциональной дисрегуляцией. Например, пациенты с депрессией или ПРЛ нередко сообщают о том, что у них вообще отсутствует чувство “Я”, они ощущают пустоту и не знают, кто они. Также распространены чувство отстраненности от других, презрения к себе и собственной неценности или бесполезности. Кроме того, лица с выраженной эмоциональной дисрегуляцией часто воспринимают реальность через объектив своих эмоций, а не такой, какая она есть. Как следствие — оценочные суждения, искаженные выводы, допущения и убеждения. Для решения проблемы дисрегуляции чувства “Я” первый модуль тренинга навыков ДПТ (глава 7) направлен на обучение базовому набору навыков осознанности, т.е. навыкам, связанным с умением сознательно переживать и наблюдать за собой и за окружающими событиями с любопытством и без осуждения; видеть и описывать реальность такой, какая она есть, и эффективно участвовать в потоке происходящего. Чтобы справиться с воздействием высокой эмоциональности, навыки осознанности сосредоточены на наблюдении и точном описании внутренних и внешних текущих событий, безоценочно и без искажения реальности. Навыки осознанности являются базовыми для всех других навыков, и поэтому мы обращаемся к ним в начале каждого модуля навыков.

Во-вторых, у лиц с эмоциональной дисрегуляцией часто возникают межличностные проблемы. Например, у них могут быть хаотичные и напряженные отношения, которые характеризуются значительными сложностями. Тем не менее им может быть очень трудно “отпустить” такие отношения; вместо этого они могут предпринимать отчаянные попытки не дать уйти важным для себя людям. Более того, продуктивность таких индивидов очень зависит от их взаимоотношений со значимыми людьми. Проблемы с гневом и ревностью могут испортить близкие и дружеские отношения; зависть и стыд могут привести к избеганию других. Человеку с высоким уровнем тревожности,

возможно, будет необходимо постоянное присутствие партнера рядом, чтобы ощущать себя в безопасности. И напротив, тяжелая депрессия может вызвать трудности с тем, чтобы налаживать и строить отношения. Таким образом, еще один модуль тренинга навыков ДПТ (глава 8) направлен на обучение навыкам межличностной эффективности.

В-третьих, трудности вследствие эмоциональной дисрегуляции типичны для многих расстройств. Эти трудности включают в себя проблемы с распознаванием эмоций, их описанием и обозначением, с избеганием эмоций и с пониманием того, что делать, когда эмоция возникает. Поэтому третий модуль тренинга навыков ДПТ (глава 9) направлен на обучение этим и другим навыкам эмоциональной регуляции.

В-четвертых, у людей с выраженной эмоциональной дисрегуляцией часто наблюдаются такие расстройства поведения, как употребление психоактивных веществ, попытки нанести себе повреждения или убить себя, а также другие проблемные формы импульсивного поведения. Импульсивное и суицидальное поведение рассматривается в ДПТ как дезадаптивная деятельность по решению проблем, вызванная неспособностью человека терпеть эмоциональный дистресс достаточно долго, чтобы найти потенциально более эффективные решения. Чтобы противостоять этим дезадаптивным формам поведения, связанным с решением проблемы и стрессоустойчивостью, четвертый модуль тренинга навыков ДПТ (глава 10) направлен на обучение эффективным, адаптивным навыкам стрессоустойчивости.

В табл. 1.1 перечислены конкретные навыки в каждом из этих модулей.

Таблица 1.1. Обзор специфических навыков ДПТ по модулям

Окончание табл. 1.1

Мудрый разум: следование срединному пути	Управление непереносимыми эмоциями Осознанность к текущим эмоциям Управление чрезмерно сильными эмоциями
Навыки межличностной эффективности	Навыки стрессоустойчивости
Искусность в постановке целей Уточнение приоритетов Эффективность достижения целей (ПО-ПРОСИ: <i>Перечислите факты, Опишите свое отношение, Попросите, что хотите, Расскажите, почему это хорошо, Обсудите разные варианты, Стойте на своем, Изобразите уверенность</i>) Межличностная эффективность (ДРУГ: будьте Доброжелательными, покажите Расположение, Успешно валидируйте, Говорите непринужденно) Эффективность самоуважения (ЧЕСТЬ: будьте Честными с собой и с другими, Если виноваты, извинитесь только один раз, держитесь Своих ценностей, говорите Только правду) Когда и как настойчиво добиваться своего или отказывать	Навыки переживания кризиса Навык СТОП (Стойте, отступите Только шаг назад, Осмотритесь, Попытайтесь действовать осознанно) “За” и “против” Навык ТРУД (Температура, Релаксация, физические Упражнения, Дыхание) 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 (зрение, слух, обоняние, вкус, осязание); медитативное сканирование тела) Улучшение момента (ПОПРАВЬТЕ_Момент: Подключите воображение, Откройте смысл, делайте По одному делу за раз, Расслабьтесь, Активно отправьте себя в короткий отпуск, Верьте в себя)
Дополнительные навыки межличностной эффективности Построить новые отношения и завершить деструктивные старые Навыки поиска потенциальных друзей Осознанность к другим людям Как завершить отношения Навыки следования срединному пути	Навыки принятия реальности радикальное принятие поворот сознания готовность полуулыбка ладони готовности осознанность к текущим мыслям
Диалектика Валидация Стратегии изменения поведения	Дополнительные навыки стрессоустойчивости: если кризис — это зависимость диалектический отказ ясный разум поддерживающее сообщество сжечь старые мосты и построить новые альтернативный бунт и адаптивное отрицание

Стандартная ДПТ

Изначально ДПТ была разработана для клиентов с высоким уровнем суициального риска и сочетанными диагнозами с тотальной и тяжелой эмоциональной дисрегуляцией; клинические проблемы, наблюдавшиеся у этих клиентов, были очень сложными. С самого начала было ясно, что терапия должна быть гибкой и основываться на принципах, а не на жестком сценарии с одним протоколом для всех клиентов. Чтобы прояснить проблему и привнести в терапию гибкость, ДПТ была создана как модульная интервенция, компоненты которой можно включать или исключать в зависимости от того, что диктуют потребности каждого клиента и структура терапии.

Функции терапии

ДПТ четко формулирует функции терапии, для которых она и была разработана: 1) повышать возможности индивида путем совершенствования его навыков; 2) улучшать и поддерживать мотивацию клиента к изменениям и его вовлеченность в терапию; 3) обеспечивать посредством терапии генерализацию изменений; 4) повышать мотивацию терапевта к проведению эффективной терапии; 5) помогать индивиду преобразовать или изменить свое окружение таким образом, чтобы поддерживать и сохранять прогресс терапии и двигаться к достижению целей (рис. 1.2).

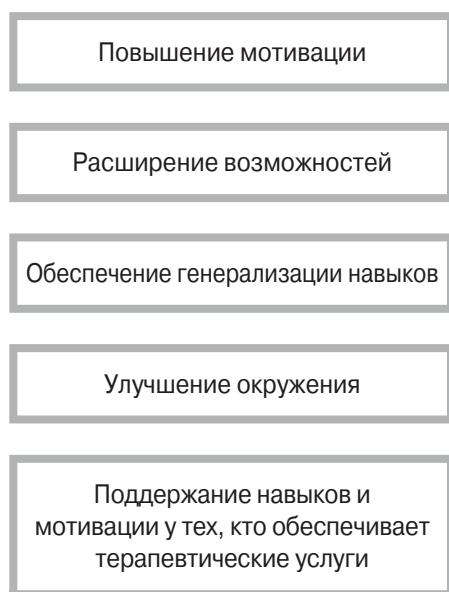
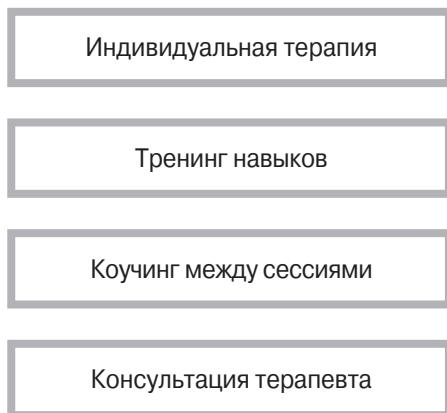


Рис. 1.2. Функция комплексной терапии.
По материалам Lungu, A., & Linehan, M. M. (2015). *Dialectical behaviour therapy: A comprehensive multi- and trans-diagnostic intervention*. In A. Nezu & C. Nezu (Eds.), *The Oxford handbook of cognitive behavioural therapies*. New York: Oxford University Press. Copyright 2014 by The Guilford Press.
Использовано с разрешения Guilford Press и Oxford University Press

Режимы терапии

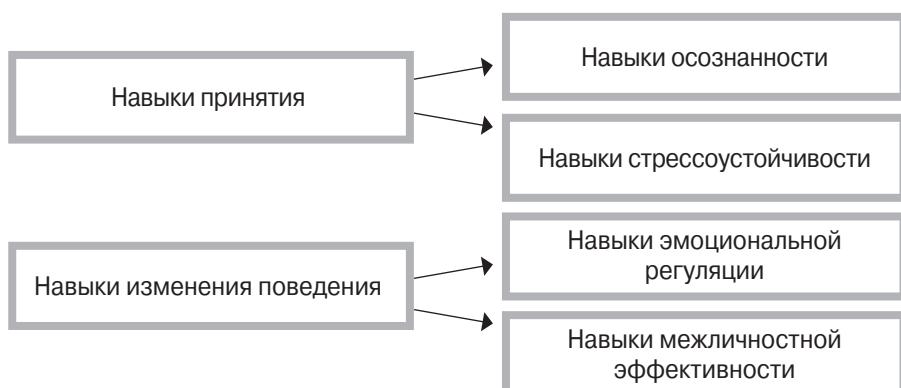
Для эффективного выполнения этих функций терапия предоставляется с помощью самых разнообразных режимов: индивидуальная терапия или координация случая, групповой или индивидуальный тренинг навыков, коучинг между сессиями и консультативная команда ДПТ-терапевтов (рис. 1.3). Каждый режим терапии преследует свои терапевтические цели, а также предусматривает различные стратегии достижения этих целей. Значение имеет не сам режим терапии, а выполнение его определенной функции. Например, необходимо обеспечить, чтобы приобретенные благодаря терапии новые возможности клиента были генерализованы в его повседневной жизни. Этого можно достичь различными способами, которые зависят от окружающей среды. В стационарных условиях можно обучить весь персонал моделировать, направлять и укреплять применение навыков; в повседневной жизни клиента генерализация навыков обычно происходит путем телефонного коучинга. Индивидуальный терапевт (который всегда является основным терапевтом в стандартной ДПТ) вместе с клиентом отвечает за организацию терапии таким образом, чтобы выполнять все ее функции.



*Рис. 1.3. Модульная структура режимов терапии. По материалам Lungu, A., & Linehan, M. M. (2015). *Dialectical behaviour therapy: A comprehensive multi- and trans-diagnostic intervention*. In A. Nezu & C. Nezu (Eds.), *The Oxford handbook of cognitive behavioural therapies*. New York: Oxford University Press. Copyright 2014 by The Guilford Press. Используется с разрешения Guilford Press и Oxford University Press*

Модули навыков ДПТ

Навыки, которым обучают клиентов, отражают описанную ранее ключевую диалектику — клиенты должны принять себя такими, каковы они есть, и при этом принять необходимость изменений. Следовательно, существуют группы навыков принятия, а также навыков изменения. Эффективные подходы для решения любой возникшей проблемы могут включать как принятие, так и изменение (рис. 1.4). Далее навыки подразделяются на четыре модуля навыков по темам, которые они затрагивают: осознанность, эмоциональная регуляция, межличностная эффективность и стрессоустойчивость. Модуль навыков состоит из разделов, каждый из которых, в свою очередь, содержит ряд отдельных навыков, которым обычно обучают последовательно (а при необходимости — отдельно). Клиенты могут работать над одним навыком или над набором из навыков одновременно; это помогает не перегружать их всем тем, чему нужно обучиться и что нужно изменить. Когда клиенты достигнут прогресса в одном наборе навыков, они могут включить эти навыки в работу над новым модулем навыков. Некоторые из более сложных навыков, наподобие навыков межличностной асертивности (описаны в главе 8), также имеют составляющие, что помогает улучшить их понимание и повысить доступность.



*Рис. 1.4. Модульная структура навыков принятия и изменения. По материалам Lungu, A., & Linehan, M. M. (2015). *Dialectical behaviour therapy: A comprehensive multi- and trans-diagnostic intervention*. In A. Nezu & C. Nezu (Eds.), *The Oxford handbook of cognitive behavioural therapies*. New York: Oxford University Press. Copyright 2014 by The Guilford Press. Используется с разрешения Guilford Press и Oxford University Press*

Роли тренера навыков и индивидуального терапевта

Как было описано ранее в этой главе, теоретическая модель, на которой базируется ДПТ, утверждает, что в основе эмоциональной дисрегуляции лежит сочетание дефицита возможностей и проблем мотивации. Во-первых, люди с выраженной и устойчивой эмоциональной дисрегуляцией, в том числе с ПРЛ, не обладают важными навыками саморегуляции, межличностной эффективности и стрессоустойчивости. В частности, они не способны сдерживать де-задаптивное поведение, которое зависит от настроения, или инициировать поведение, которое не зависит от актуального настроения и необходимо для достижения долгосрочных целей. Во-вторых, сильные эмоции и связанные с ними дисфункциональные убеждения, сформированные как в инвалидирующем окружении изначально, так и в инвалидирующем окружении в текущий момент, образуют мотивационный контекст, который подавляет использование любых поведенческих навыков, которые уже имеются у индивида. При этом подкрепляется его неуместное и дисфункциональное поведение. Поэтому необходимо уделять внимание как расширению репертуара навыков индивида, так и повышению его мотивации к применению этих навыков. Однако, когда мы с моими коллегами разработали этот терапевтический подход, стало очевидно, что: 1) тренинг навыков в том виде, в котором мы считаем его необходимым, является чрезвычайно сложным, даже невозможным, в контексте терапии, которая направлена на снижение побуждения к смерти и/или побуждения к чрезмерной эмоциональной реактивности; 2) при терапии, в которой жестко контролируется последовательность этапов тренинга навыков, невозможно уделять достаточно внимания вопросам мотивации. Из этого противоречия родилась идея разделить терапию на два компонента: в одном основное внимание уделяется поведенческому тренингу навыков, а во втором — проблемам мотивации (включая мотивацию оставаться в живых, заменить дисфункциональное поведение искусственным использованием навыков и желанием построить достойную жизнь).

Роль тренера навыков в стандартной амбулаторной ДПТ для клиентов с выраженной эмоциональной дисрегуляцией заключается в расширении их возможностей путем обучения навыкам и установки на практику последних. Роль индивидуального терапевта заключается в том, чтобы помогать клиенту справляться с кризисами и применять навыки, которым тот обучается, чтобы заменить дисфункциональное поведение. При необходимости индивидуальный терапевт обеспечивает клиенту телефонный коучинг навыков. Кроме того, как отмечено выше и на рис. 1.3, неотъемлемым компонентом стандартной ДПТ является консультативная команда: тренеры навыков и

индивидуальные терапевты регулярно встречаются не только для поддержки друг друга, но и для обеспечения диалектического баланса друг для друга в их взаимодействии с клиентами.

Лицам с хронической суицидальностью, а также другим лицам с тяжелыми расстройствами индивидуальная терапия может потребоваться по нескольким причинам. Во-первых, при работе с группой тяжелых и неминуемо суицидальных клиентов тренерам навыков иногда может быть сложно справиться с кризисными реакциями. Нагрузка слишком велика. Во-вторых, в ориентированной на навыки группе, которая встречается еженедельно, остается не так много времени для рассмотрения отдельных вопросов, которые могут возникнуть. Также может не хватить времени, чтобы помочь каждому участнику интегрировать навыки в его жизнь. Одним клиентам требуется гораздо больше времени, чем другим, на освоение определенных навыков, а необходимость подгонять темп под среднестатистические потребности повышает вероятность того, что без внимания извне участники не смогут освоить хотя бы некоторые из этих навыков.

Какой же тип индивидуальной терапии лучше всего работает при тренинге навыков? Сегодня результаты наших исследований неоднозначны. В нашем первом исследовании по этой теме мы обнаружили, что тренинг навыков, дополненный индивидуальной ДПТ, эффективнее тренинга навыков в сочетании с индивидуальной терапией, отличной от ДПТ [17]. Во втором исследовании мы изучили эффективность тренинга навыков в сочетании с кризисным сопровождением клиента. Для одних клиентов такой вариант также может быть эффективен, тогда как для других будет лучше стандартная ДПТ (включающая индивидуальную ДПТ) [18]. В ДПТ под “координацией случая” понимается оказание помощи клиенту в обучении навыкам управления своим физическим и социальным окружением, чтобы улучшить функционирование и благосостояние в целом, способствовать прогрессу в достижении жизненных целей и ускорить ход терапии. Индивидуальные терапевты могут действовать как координаторы случая, помогая клиентам взаимодействовать с другими специалистами или учреждениями, а также справляться с повседневными проблемами. Однако в упомянутом исследовании координация случая заменила индивидуальную ДПТ. В этом исследовании эффективности координации случаев количество случаев было весьма небольшим (шесть клиентов) [3]. Координаторы случая еженедельно встречались со своими подопечными, использовали Контрольный список стратегий управления кризисами ДПТ (см. главу 5, табл. 5.2), были доступны для телефонного коучинга в рабочее время и открыты для кризисных звонков в другое время, а также использовали многие элементы стратегий принятия ДПТ (валидация, работа с ближайшим

окружением клиента), которые помогали достичь равновесия в фокусе изменения большинства навыков.

Однако ведущие тренинга навыков не всегда могут контролировать тип индивидуальной терапии, которую получают их клиенты. Это особенно очевидно в государственных психиатрических учреждениях — как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. В учреждениях, где ДПТ только вводится, индивидуальных ДПТ-терапевтов может на всех не хватить. Или же какое-то учреждение может пытаться интегрировать различные терапевтические подходы. Например, в ряде психиатрических стационаров попытались интегрировать тренинг навыков ДПТ с индивидуальной психодинамической терапией. В стационарах для клиентов с острыми состояниями может проводиться психосоциальная терапия и делаться акцент на социальной среде и тренинге навыков, при этом индивидуальная терапия состоит из поддерживающей терапии в качестве дополнения к медикаментозному лечению. В следующей главе для тренеров навыков обсуждаются вопросы работы с индивидуальными терапевтами, работающими не в модели ДПТ.

Модификации когнитивных и поведенческих терапевтических стратегий ДПТ

В ДПТ в целом и в тренинге навыков в частности применяется широкий спектр стратегий когнитивной и поведенческой терапии. Как и стандартные программы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), ДПТ уделяет большое внимание диагностике и сбору данных об актуальном поведении, а также четкому и точному определению терапевтических целей и активному сотрудничеству между терапевтом и клиентом, включая мотивацию клиента в отношении терапевтической интервенции и выполнения взаимных обязательств в отношении терапевтических задач. Многие компоненты ДПТ (например, решение проблемы, тренинг навыков, управление кризисами, экспозиция и когнитивная модификация) долгое время были важными составляющими когнитивной и поведенческой терапии.

Хотя ДПТ заимствует многие принципы и методы из стандартной когнитивной и поведенческой терапии, с течением времени она развивалась и эволюционировала, когда я пробовала — и во многих случаях неудачно — применить стандартную КПТ для работы со своими клиентами. Каждая такая модификация становилась ответом на попытки решения тех или иных проблем, которые я не могла решить стандартными методами КПТ, доступными на то время. Эти изменения привели к тому, что в ДПТ были выделены составляющие, которые, хотя и не были новыми, ранее не получали должного

внимания в традиционной КПТ. Эти составляющие, которые ДПТ привнесла в КПТ, перечислены ниже. Многие из них, если не большинство, в настоящее время присутствуют во многих методах КПТ.

1. Синтез принятия и изменения.
2. Включение осознанности как практики для терапевтов и как базового навыка для клиентов.
3. Акцент на работе с поведением, препятствующим терапии, со стороны как клиента, так и терапевта.
4. Акцент на терапевтических отношениях и самораскрытии терапевта как существенных для терапии.
5. Акцент на диалектических составляющих.
6. Особое внимание этапам терапии и поведенческим мишеням в соответствии с серьезностью и угрозой со стороны последних.
7. Использование специального протокола оценки суициального риска и работы с ним.
8. Включение поведенческих навыков, которые базируются на других научно обоснованных интервенциях.
9. Команда терапевтов как составляющая комплексной терапии.
10. Фокус на постоянной оценке различных последствий с помощью дневниковых карточек клиента.

Являются ли эти различия между ДПТ и стандартными подходами КПТ принципиально важными — это, конечно, эмпирический вопрос. В любом случае когнитивно-поведенческая интервенция нашла более широкое применение с момента появления ДПТ, а составляющие ДПТ начали применяться во множестве стандартных интервенций. Различия между ними и ДПТ размылись. Это наиболее ярко проявляется в признании роли синтеза принятия и изменения и во внимании к осознанности во многих видах современной терапии (например, в основанной на осознанности когнитивной терапии и в терапии принятия и ответственности); также это проявляется в особом внимании к поведению во время сессий, в частности к поведению, препятствующему терапии (например, в функциональной аналитической терапии). Хотя исследователи к настоящему времени не обнаружили, что терапевтические отношения напрямую влияют на результаты поведенческой терапии, все больше и больше внимания уделяется роли усилий по совместному поддержанию межличностных отношений. В главах 4 и 5 обсуждаются стратегии ДПТ, перечисленные выше, а также применение стратегии КПТ в контексте тренинга навыков ДПТ.

Эффективность стандартной ДПТ

Обзор рандомизированных контролируемых исследований, посвященных эффективности стандартной ДПТ, приведен в табл. 1.2. Как отмечалось ранее, стандартная ДПТ включает в себя индивидуальную терапию, тренинг навыков, телефонный коучинг между сессиями и консультативную команду терапевтов. Для получения информации об исследованиях обращайтесь в Институт Линхан (www.linehaninstitute.org).

Таблица 1.2. Рандомизированные контролируемые исследования стандартной ДПТ

Терапия / диагноз / исследованная группа	Группа сравнения	Значимые результаты
ДПТ для ПРЛ: 44 женщины	Обычная терапия	<p>ДПТ: снижение риска суицидального поведения и уменьшение количества случаев обращения за помощью и прерывания терапии со стороны клиентов.</p> <p>ДПТ и обычная терапия: снижение частоты суицидальных мыслей, выраженности депрессии, чувства безнадежности [1, 17, 65]</p>
ДПТ для ПРЛ: 58 женщин	Обычная терапия	<p>ДПТ: сокращение суицидальных попыток</p> <p>ДПТ: снижение частоты случаев несуицидального самоповреждения; обычная терапия: повышение частоты случаев несуицидального самоповреждения.</p> <p>ДПТ и обычная терапия: снижение частоты употребления психоактивных веществ [20, 21]</p>
ДПТ для ПРЛ: 101 женщина	Терапия, которая проводится экспертами, признанными терапевтическим сообществом	<p>ДПТ: снижение частоты суицидальных попыток, обращений в отделения неотложной помощи и госпитализаций в стационар, случаев прерывания терапии со стороны клиента.</p> <p>ДПТ: значимое снижение частоты злоупотреблений психоактивными веществами, значимые изменения в способности осознавать свое “Я”, а также любить и защищать себя, снижение выраженности склонности к самобичеванию на протяжении всей терапии и последующего периода наблюдения.</p> <p>ДПТ и терапия, которая проводится экспертами, признанными терапевтическим сообществом: снижение частоты суицидальных мыслей и выраженности депрессии.</p>

Продолжение табл. 1.2

Терапия / диагноз / исследованная группа	Группа сравнения	Значимые результаты
ДПТ для ПРЛ: 73 женщины	Обычная терапия + лист ожидания	<p>ДПТ и терапия, которая проводится экспертами, признанными терапевтическим сообществом: увеличение сроков ремиссии большого депрессивного расстройства, тревожного расстройства и расстройства пищевого поведения.</p> <p>Терапия, которая проводится экспертами, признанными терапевтическим сообществом: значимое повышение показателей эмоциональной поддержки со стороны терапевта по отношению к клиенту и повышение выраженности положительных проекций в адрес терапевта во время терапии.</p> <p>ДПТ увеличивала выраженность принятия интровертов [42]</p>
ДПТ для ветеранов боевых действий с ПРЛ: терапия 20 женщин	Обычная	<p>ДПТ и обычная терапия: снижение частоты случаев несуицидального самоповреждения, количества госпитализаций или времени пребывания в стационаре, а также выраженности нетрудоспособности; повышение качества жизни [64]</p>
ДПТ для ветеранов боевых действий с ПРЛ: терапия 20 женщин	Обычная	<p>ДПТ: снижение частоты случаев несуицидального самоповреждения, количества госпитализаций, суицидальных мыслей, диссоциации, чувства безнадежности, депрессии, склонности подавлять и выражать вовне гнев [22]</p>
ДПТ для ПРЛ с наркотической зависимостью: 28 женщин	Обычная терапия	<p>ДПТ: снижение частоты случаев несуицидального самоповреждения, суицидальных мыслей, выраженной депрессии (по данным самоотчетов), чувства безнадежности и гнева.</p> <p>ДПТ и обычная терапия: снижение частоты случаев обращения в службы психологической помощи, выраженности депрессии и тревоги, склонности подавлять гнев [23]</p>
		<p>ДПТ: снижение злоупотребления психоактивными веществами.</p> <p>ДПТ и обычная терапия: снижение негативных последствий проявлений гнева [34]</p>

Продолжение табл. 1.2

Терапия / диагноз / исследованная группа	Группа сравнения	Значимые результаты
ДПТ + лева-альфа-ацетил-метадол (ЛААМ; медикаментозная терапия опиоидным агонистом) для ПРЛ с зависимостью от опиатов: 23 женщины	Терапия валидацией ⁶ в сочетании с программой 12 шагов + ЛААМ	ДПТ и терапия валидацией в сочетании с программой 12 шагов: снижение выраженности психопатологических симптомов и частоты употребления опиатов; однако среди участников терапии валидацией в сочетании с программой 12 шагов отмечалось повышение частоты употребления опиатов за последние 4 месяца наблюдения [35]
ДПТ для личностных расстройств кластера Б ⁷ : 42 взрослых пациентов	Обычная терапия	ДПТ: снижение количества эпизодов рискованного поведения по данным самоотчетов. ДПТ и обычная терапия: снижение частоты эпизодов несуицидального самоповреждения, обращений за помощью, случаев выражения гнева в агрессивной форме, снижение выраженности депрессии и чувствительности к воздействиям извне [24]
ДПТ + медикаментозная терапия по крайней мере одного личностного расстройства при высоких показателях депрессии: 35 взрослых пациентов	Только медикаментозная терапия	ДПТ: меньшие сроки для восстановления после эпизода большого депрессивного расстройства [37]
ДПТ для ПРЛ: 180 взрослых пациентов	Общее психиатрическое лечение	ДПТ и общее психиатрическое лечение: снижение частоты суицидального поведения, обращений в психологические службы, выраженности депрессии, гнева и проявлений дистресса [66]

⁶ Терапия валидацией была разработана Наоми Фейл для пожилых людей с когнитивными нарушениями и деменцией. Основана на принципах валидации или поддерживающей уважительной коммуникации, которая дает понять, что мнение другого человека признается, к нему прислушиваются (независимо от того, согласен слушатель с содержанием или нет) и его чувства уважают — вместо того, чтобы их игнорировать или относиться к нему с пренебрежением. — Примеч. науч. ред.

⁷ Согласно принятому в США “Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам-IV”, расстройства личности кластера Б характеризуются чрезмерно эмоциональным или непредсказуемым мышлением или поведением и включают в себя истерические, нарциссические, антисоциальные и пограничные расстройства личности. — Примеч. науч. ред.

Окончание табл. 1.2

Терапия / диагноз / исследованная группа	Группа сравнения	Значимые результаты
ДПТ для студентов колледжа в возрасте от 18 до 25 лет с суициальными мыслями: 63 человека	Супервизия со специалистами в психодинамическом подходе	ДПТ: снижение частоты случаев несуициального самоповреждения, приема психотропных лекарств, выраженности суициальности и депрессии (по данным самоотчетов) ДПТ: повышение уровня удовлетворенности своей жизнью [31]
Стационарная ДПТ для ПТСР: 74 женщины	Обычная терапия + лист ожидания	ДПТ: увеличение длительности ремиссии при ПТСР [32]
Стационарная ДПТ для ПРЛ: 60 женщин	Обычная терапия + лист ожидания	ДПТ: увеличение длительности периода задержания от несуициального самоповреждения, снижение выраженности депрессии и тревожности. ДПТ и обычная терапия: снижение выраженности гнева [26]
ДПТ для расстройств пищевого поведения и зависимостей от ПАВ: 21 женщина	Обычная терапия	ДПТ: снижение частоты случаев прерывания терапии со стороны клиента, дисфункционального пищевого поведения и отношения к еде, частоты употребления психоактивных веществ в период терапии и после нее по сравнению с периодом до терапии. ДПТ: повышение способности справляться с негативными эмоциями и регулировать их в период терапии и после нее по сравнению с периодом до терапии [33]

Примечание. Данные взяты из Neacsu, A. D., & Linehan, M. M. (2014). Borderline personality disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (5th ed., pp. 394–461). New York: Guilford Press.

Стандартная ДПТ при ПРЛ

В настоящее время проводится большое количество исследований, в которых оценивается эффективность стандартной ДПТ в случае высокого риска тяжелых и смешанных психических расстройств. В первую очередь, большинство из этих исследований были сосредоточены на лицах, отвечающих критериям ПРЛ, потому что они демонстрируют высокую суициальность и выраженную эмоциональную дисрегуляцию, и обычно у них обнаруживаются

более сложные варианты неконтролируемого поведения. Изначально ДПТ была предназначена именно для того, чтобы справляться с проблемами, возникающими вследствие такой дисрегуляции. В настоящее время ДПТ — единственный вид психотерапии, подкрепленный достаточным количеством качественных исследований, который оценивается базой данных систематических обзоров Cochrane (авторитетная независимая обзорная группа в Великобритании) как эффективный для этой категории пациентов [19].

Стандартная ДПТ при суициальном поведении

У взрослых с диагнозом ПРЛ и повышенным суициальным риском стандартная ДПТ показала значимые улучшения в отношении снижения выраженности гнева, чувства безысходности, суициальных мыслей и проявлений суициального поведения, а также снизила количество госпитализаций (включая неотложные) по сравнению с обычной терапией [1, 17, 20–24] и терапией, которая проводится экспертами, признанными терапевтическим сообществом [23, 25]. В последнем исследовании ученые из Сиэттла назвали ДПТ-терапевтов лучшими специалистами в этой сфере. Целью исследования было выяснить, работает ли ДПТ благодаря своим уникальным характеристикам или потому что это просто обычная хорошая терапия? Другими словами, вопрос состоял в следующем: “Все ли психотерапевтические методы одинаковы?” Ответ был — “Нет”. По сравнению с терапией, которая проводится экспертами, признанными терапевтическим сообществом, применение ДПТ в два раза сократило количество суициальных попыток, в два раза уменьшило количество лиц с суициальными наклонностями, поступивших в отделения неотложной помощи, а количество госпитализаций таких лиц — на 73%. Бохус и его коллеги получили аналогичные результаты в случае проведения 12-недельной стационарной ДПТ для женщин с ПРЛ и суициальным поведением в анамнезе [26]. Среди клиентов ДПТ было большее количество лиц, воздерживающихся от самоповреждающего поведения по окончании терапии, чем среди клиентов обычной терапии (62% против 31%).

Стандартная ДПТ как метод терапии расстройств настроения и других расстройств

Результаты многих исследований демонстрируют эффективность применения ДПТ также в случае ряда расстройств, отличных от ПРЛ. У клиентов ДПТ в течение года наблюдалось значительное снижение уровня депрессии, причем показатели ремиссии при большом депрессивном расстройстве и

зависимости от психоактивных веществ были такими же высокими, как и при использовании КБТ и медикаментозного лечения [27]. Клиенты ДПТ также сообщили о значительных улучшениях в развитии более позитивного интроверта (психодинамический конструкт, который мы оценивали для опровержения мнения, что ДПТ имеет лишь симптоматический эффект). У клиентов ДПТ значимо повысилась способность осознавать свое “Я”, любить и защищать себя и значимо снизилась склонность к самобичеванию на протяжении всей терапии; достигнутые результаты сохранялись у них во время последующего наблюдения в течение одного года [42].

ДПТ как терапия суицидального поведения не ограничена работой с взрослыми людьми. Исследование применения ДПТ для подростков [28–30] и студентов колледжа [31] с суицидальностью также показало значительное снижение выраженности использования психотропных лекарств, симптомов депрессии и суицидальности и повышение степени удовлетворенности жизнью (по сравнению с контрольной группой).

Стандартная ДПТ как основной вид терапии

Несмотря на то что ДПТ была первоначально разработана для лиц с высоким уровнем риска, трудностями контроля и множеством психических проблем, модульность ее структуры позволяет терапевтам добавлять или снижать количество компонентов, активно применяемых в данный момент времени. В настоящее время адаптации ДПТ доказали свою эффективность в случае посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), вследствие сексуального насилия, перенесенного в детском возрасте [32], расстройств пищевого поведения в сочетании с зависимостью от психоактивных веществ [33], наркотической зависимости у лиц с ПРЛ [34–36], расстройств пищевого поведения [39, 40], личностных расстройств кластера В [24], ПТСР с ПРЛ и без ПРЛ [41], а также депрессий у лиц пожилого возраста [37, 38]. В целом эти исследования показывают, что ДПТ является эффективным терапевтическим методом.

Модульная гибкость также позволяет привносить в этот терапевтический метод новые виды интервенции и стратегий для замены старых, менее эффективных. Таким образом, вполне возможно, что с течением времени практическая ценность ДПТ будет расширяться по мере совершенствования исследовательской базы.

Тренинг навыков ДПТ как самостоятельный вид терапии

Тренинг навыков ДПТ быстро развивается как самостоятельный вид терапии. Хотя большинство исследований эффективности ДПТ состоят из клинических испытаний стандартной ДПТ, многие учреждения предлагают лишь тренинг навыков ДПТ обычно из-за нехватки ресурсов для обеспечения комплексной программы ДПТ. По мере увеличения количества этих программ начались исследования, которые должны были определить их эффективность. Эта растущая область исследований предполагает, что тренинг навыков сам по себе может быть весьма эффективной терапией во многих случаях.

Доказательство эффективности тренинга навыков ДПТ как самостоятельного вида терапии

Обзор рандомизированных контролируемых исследований эффективности тренинга навыков ДПТ без индивидуальной терапии представлен в табл. 1.3. Дополнительные исследования представлены в табл. 1.4.

Таблица 1.3. Рандомизированные контролируемые исследования эффективности тренинга навыков ДПТ без индивидуальной терапии

Диагноз / исследуемая группа	Группа сравнения	Значимые результаты
ПРЛ: 49 женщин, 11 мужчин	Обычная групповая терапия	Снижение уровня депрессии, беспокойства, чувствительности к внешним воздействиям, гнева, эмоциональной нестабильности, количества прервавших терапию клиентов
ПРЛ: 29 женщин, 1 мужчина	Видеоконтроль	Повышение уровня владения навыками ДПТ, чувства компетентности при их применении; снижение интенсивности эмоций
Нервная булимия: 14 женщин	Группа контроля из листа ожидания	Снижение частоты случаев переедания и самоочищения, снижение выраженности депрессии
Компульсивное переедание: 101 испытуемый обоих полов	Активный контроль при помощи групповой терапии	Снижение частоты случаев компульсивного переедания

Продолжение табл. 1.3

Диагноз / исследуемая группа	Группа сравнения	Значимые результаты
Компульсивное переедание: 22 женщины	Группа контроля из листа ожидания	Снижение уровня гнева, беспокойства по поводу веса и фигуры, выраженности расстройств пищевого поведения; повышение способности воздерживаться от переедания
Большое депрессивное расстройство: 24 испытуемых обоих полов	Контролируемые условия	Снижение уровня депрессии; повышение уровня обработки эмоций
Большое депрессивное расстройство: 29 женщин и 5 мужчин старше 60 лет	ДПТ + медикаментозная терапия в сравнении с одной только медикаментозной терапией	Снижение уровня депрессии (по данным самоотчетов); повышение частоты полной ремиссии депрессивных симптомов и зависимости от них, повышение способности к адаптивному копингу
Большое депрессивное расстройство: 18 женщин, 6 мужчин	Группа контроля из листа ожидания	Повышение уровня обработки эмоций, связанных со снижением симптомов депрессии
Биполярное расстройство: 26 взрослых	Группа контроля из листа ожидания	Снижение выраженности депрессии и страха в отношении вознаграждения; повышение осознанности и способности к регуляции эмоций
СДВГ: 51 взрослый	Слабоструктурированная дискуссионная группа	Снижение симптомов СДВГ
Злоупотребление алкоголем: 87 женщин, 58 мужчин (все — учащиеся колледжа)	Краткий алкогольный скрининг и интервенция для студентов колледжа (подход, основанный на снижении вреда при употреблении алкоголя); группа контроля	Снижение депрессии и выраженности проблем, связанных с употреблением алкоголя; повышение способности к регуляции эмоций, улучшение фона настроения
Санаторная реабилитация для тяжелых психических заболеваний: 12 взрослых	Обычная терапия	Снижение уровня депрессии, чувства безнадежности, уровня гнева; повышение выраженности удовлетворенности работой и количества часов, занятых работой

Окончание табл. 1.3

Диагноз / исследуемая группа	Группа сравнения	Значимые результаты
Насилие в отношении близкого человека: 55 мужчин	Программа по управлению гневом	Снижение случаев потенциального насилия в отношении близкого человека, а также проявлений гнева
Женщины-заключенные, пережившие травму: 24 женщины	Группа сравнения без контакта с исследователем	Снижение выраженности ПТСР и депрессии, трудностей в межличностных отношениях
Заключенные в исправительных учреждениях: 18 женщин, 45 мужчин	Координация случая ⁸	Снижение уровня агрессии, импульсивности и частоты проявлений психопатологии; повышение адаптивного копинга

Как видно из табл. 1.3, тренинг навыков ДПТ без индивидуальной терапии оказался эффективным в ряде случаев. Было отмечено снижение выраженности депрессии в девяти отдельных исследованиях [38, 42, 45, 47–49, 51, 52, 54], гнева — в четырех исследованиях [43, 46, 52, 53] и эмоциональной дисрегуляции [38, 51], включая неустойчивость эмоций [43] и интенсивность эмоций [44], — в четырех исследованиях.

Также в трех исследованиях было установлено, что тренинг навыков ДПТ эффективен в случае расстройств пищевого поведения [39, 45, 46], а также алкогольной зависимости [51] и синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [50]. У женщин-заключенных тренинг навыков ДПТ показал свою эффективность в снижении симптомов ПТСР, уровня депрессии и выраженности проблем в межличностных отношениях [54]. Тренинг навыков ДПТ мужчин и женщин в исправительных учреждениях снижает агрессивность, импульсивность и выраженность симптомов психопатологии [55]. Также он снижает риск насилия в отношении близкого человека и интенсивность гнева среди лиц с историей такого насилия. У лиц с тяжелыми психическими расстройствами, проходящих санаторную реабилитацию, тренинг навыков ДПТ снижает уровень депрессии, чувства безнадежности и гнева, а также повышает работоспособность и чувство удовлетворенности выполненной работой [52].

⁸ В США существует практика координации случая клиента, цель которой — его реабилитация и реинтеграция в общество. В частности, координатор случая занимается организацией участия клиента в соответствующих реабилитационных, образовательных, медицинских и социальных программах. — Примеч. науч. ред.

Как видно из табл. 1.4, в предшествующих нашей публикации исследований эффективности тренинга навыков ДПТ (при отсутствии контролируемых условий для сравнения результатов) имеются результаты, сходные с рандомизированными контролируемыми исследованиями. Эти исследования показали снижение уровня депрессии [57, 58, 60–62] и симптомов СДВГ [61], а также повышение общего уровня функционирования [60] и социальной адаптации [62]. С семьями суицидентов [56–58] было проведено три исследования эффективности тренинга навыков ДПТ, и все три показали снижение интенсивности горя и ощущения себя как обузы для семьи. Было опубликовано чрезвычайно мало данных исследований эффективности тренинга навыков для детей; однако тренинг навыков ДПТ для детей с вызывающим оппозиционным расстройством сопровождался сокращением экстернализации и интернализации депрессии, снижением частоты проблемного поведения и возрастанием частоты желательного поведения [60].

Таблица 1.4. Исследования эффективности тренинга навыков ДПТ, которые не относятся к рандомизированным и контролируемым

Диагноз / исследуемая группа	Группа сравнения	Значимые результаты
Члены семей лиц с ПРЛ: 44 мужчины и женщины	Отсутствие группы сравнения; сравнение до и после	Снижение интенсивности горя и чувства обузы; повышение чувства компетентности. Изменения более выражены у женщин
Члены семей лиц с суицидальными попытками: 13 мужчин и женщин	Сравнение до и после	Снижение уровня тревожности, ощущения себя как обузы для членов семьи, избыточной эмоциональной вовлеченности; повышение общего уровня психического здоровья
Самоповреждающее поведение: 32 женщины, 2 мужчины	Сравнение до и после	Снижение количества госпитализаций и амбулаторных обращений, выраженности психопатологии
Осужденные преступники с диагностированной умственной отсталостью: 7 женщин и мужчин	Сравнение до и после	Снижение динамического риска ⁹ ; повышение прочности межличностных связей и повышение адаптивных способов копинга, улучшение общего уровня функционирования

⁹ В пенитенциарной системе США существует показатель динамического риска, который оценивает вероятность рецидива криминального поведения. — Примеч. науч. ред.

Окончание табл. 1.4

Диагноз / исследуемая группа	Группа сравнения	Значимые результаты
Вызывающее оппозиционное расстройство: 54 подростка женского и мужского пола	Сравнение до и после	Снижение уровня депрессии и частоты случаев проблемного поведения; повышение частоты случаев позитивного (т.е. продуктивного, желательного) поведения
СДВГ: 8 взрослых мужчин и женщин	Сравнение до и после	Снижение выраженности симптомов СДВГ и уровня депрессии
Жертвы насилия: 31 женщина	Сравнение до и после	Снижение уровня депрессии, чувства безнадежности, выраженности общего дистресса; повышение уровня социальной адаптации

В фокусе большинства этих исследований был только тренинг навыков ДПТ. Два исключения были представлены Линчем и его коллегами [37]. В первом исследовании лечение антидепрессантами было дополнено тренингом навыков ДПТ и телефонным коучингом в сравнении с применением только антидепрессантов на выборке пожилых депрессивных клиентов. Во втором исследовании стандартная ДПТ в сочетании с медикаментозной терапией сравнивалась исключительно с медикаментозной терапией на выборке пожилых депрессивных клиентов с сопутствующими личностными расстройствами. В обоих исследованиях авторы обнаружили, что снижение симптомов депрессии проходило намного быстрее, когда клиенты получали ДПТ и медикаментозную терапию, чем когда они принимали одну только медикаментозную терапию.

В исследованиях расстройств пищевого поведения применялся только адаптированный тренинг навыков ДПТ. В некоторых из этих исследований не сообщалось о том, каким именно навыкам ДПТ был посвящен тренинг, что затрудняет определение того, какие навыки важны для достижения клинических изменений. Хотя тренинг навыков был связан со снижением уровня эмоциональной дисрегуляции в целом [63], нам требуется больше исследований, чтобы точно определить, без каких навыков не обойтись, а от каких можно отказаться в рамках терапии расстройств пищевого поведения.

В следующей главе рассматриваются ключевые вопросы планирования тренинга навыков, включая рекомендации по планированию его учебной программы.

Список литературы

1. Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal bor derline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
2. Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A trans-diagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
3. Линехан М. М. *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности*: Пер. с англ. — СПб: ООО “Диалектика”, 2020. — 592 с.: ил.
4. Goldberg, C. (1980). The utilization and limitations of paradoxical interventions in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 287–297.
5. Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G., et al. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 106, 22445–22450.
6. Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 68–82.
7. Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359–408). Mahwah, NJ: Erlbaum.
8. Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
9. Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology*, 11(4), 375–424.
10. Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510.
11. Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1008–1013.
12. Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 1–9.
13. Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 537–571.
14. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(6), 412–416.
15. Maccoby, E. E. (1980). *Social development: Psychological growth and the parent-child relationship*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

16. Neacsu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 491–507). New York: Guilford Press.
17. Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971–974.
18. Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2014). *Dialectical Behavior Therapy for high suicide risk in borderline personality disorder: A component analysis*. Manuscript submitted for publication.
19. Stoffers, J. M., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8), CD005652.
20. van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911–923.
21. Verheul, R., van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., de Ridder, M. A., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135–140.
22. Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371–390.
23. Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., O'Rourke, B., Morse, N., & Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 146–156.
24. Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E. (2012). A realworld study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 121–141.
25. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766.
26. Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487–499.
27. Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, (1), 35–45.
28. Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276–282.
29. McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., & McClellan, J. M. (2010). A pilot evaluation of dialectical behavioural

- therapy in adolescent long-term inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 193–196.
- 30. Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146–157.
 - 31. Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 982–994.
 - 32. Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233.
 - 33. Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(5), 434–449.
 - 34. Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292.
 - 35. Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13–26.
 - 36. Linehan, M. M., Lynch, T. R., Harned, M. S., Korslund, K. E., & Rosenthal, Z. M. (2009). *Preliminary outcomes of a randomized controlled trial of DBT vs. drug counseling for opiate-dependent BPD men and women*. Paper presented at the 43rd Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York.
 - 37. Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2), 131–143.
 - 38. Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33–45.
 - 39. Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106–120.
 - 40. Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 339–345.
 - 41. Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221–233.
 - 42. Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Weekly therapist ratings of the therapeutic relationship and patient introject during the course

- of dialectical behavioral therapy for the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 49(2), 231–240.
43. Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353–358.
 44. Waltz, J., Dimeff, L. A., Koerner, K., Linehan, M. M., Taylor, L., & Miller, C. (2009). Feasibility of using video to teach a dialectical behavior therapy skill to clients with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 214–222.
 45. Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634.
 46. Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065.
 47. Harley, R., Sprich, S., Safran, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 136–143.
 48. Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 316–321.
 49. Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145, 386–393.
 50. Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., et al. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 175–185.
 51. Whiteside, U. (2011). *A brief personalized feedback intervention integrating a motivational interviewing therapeutic style and DBT skills for depressed or anxious heavy drinking young adults*. Неопубликованная докторская диссертация, University of Washington.
 52. Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., O'Rourke, B., Morse, N., & Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 146–156.
 53. Cavanaugh, M. M., Solomon, P. L., & Gelles, R. J. (2011). The Dialectical Psychoeducational Workshop (DPEW) for males at risk for intimate partner violence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, 7(3), 275–291.
 54. Bradley, R. G., & Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 337–340.
 55. Shelton, D., Sampl, S., Kesten, K. L., Zhang, W., & Trestman, R. L. (2009). Treatment of impulsive aggression in correctional settings. *Behavioral Sciences and the Law*, 27(5), 787–800.
 56. Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., et al. (2005). Family connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217–225.

57. Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257–263.
58. Sambrook, S., Abba, N., & Chadwick, P. (2007). Evaluation of DBT emotional coping skills groups for people with parasuicidal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(2), 241–244.
59. Sakdalan, J. A., Shaw, J., & Collier, V. (2010). Staying in the here-and-now: A pilot study on the use of dialectical behaviour therapy group skills training for forensic clients with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(6), 568–572.
60. Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T., et al. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1811–1820.
61. Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykierk, P., Richter, H., Berner, M., et al. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 177–184.
62. Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: A pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242–248.
63. Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832–839.
64. Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: Randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162–173.
65. Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771–1775.
66. McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R., Korman, L., & Streiner, D. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365–1374.