

# Введение

В последнее десятилетие наблюдается резкий рост случаев самоповреждения, и даже опытные терапевты находят непростой работу с причиняющими себе вред молодыми людьми. Поведение, направленное на причинение вреда самому себе, в широком смысле определяется как *преднамеренное причинение вреда собственному телу*, т.е. человек делает это намеренно, травмируя или повреждая свое тело (для дополнительной информации см. руководство Национального института здравоохранения и клинического мастерства Великобритании) [*National Center for Clinical Excellence, 2011*].

В общий термин *самоповреждение* мы также включаем суицидальное поведение, поскольку эти два явления часто наблюдаются одновременно, и граница между ними очень зыбкая. В данной книге представлены специальные упражнения, помогающие выявить функцию и намерение поведения, что может помочь терапевту в составлении плана лечения. В книге, основанной на когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), высокоэффективном методе работы с эмоциональными проблемами, предложена практичная и доступная программа для психотерапевтов с различным профессиональным опытом, работающих с подростками, которые причиняют себе вред или склонны к суицидальному поведению [*Dobson, 2010*]. Руководство предназначено для работы с различными формами самоповреждений, включая стратегии для молодых людей с формирующимся пограничным расстройством личности, несмотря на то что в настоящее время лучшим научно обоснованным подходом для этой группы молодежи является диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) [*Linehan, 1993; Miller, Rathus, and Linehan, 2006*].

В книге рассматриваются идеи, взятые из литературы по когнитивно-поведенческой терапии, диалектической поведенческой терапии, терапии принятия и ответственности (АСТ) и радикально открытой диалектической поведенческой терапии (РО ДПТ), для работы с саморазрушительными решениями, вызванными сильными эмоциями [*Hayes, Strosahl,*

and Wilson, 1999; Harris, 2009; Lynch, 2018]. Элементы КПТ в данной книге основаны на когнитивной модели Аарона Бека, однако в попытке создать наиболее *правдоподобное объяснение* переживаний подростка мы также опирались на работу Джиллиан Батлер [Beck, 1967; Butler, Fennell, and Hackman, 2008].

В связи с характером проблем молодых людей в книге также используется трансдиагностический подход в рамках КПТ: иными словами, форма данной терапии, направленная на когнитивные и поведенческие процессы, общие для целого ряда основных расстройств и личностных предрасположенностей. Это позволит вам “перемещаться” по руководству, применяя стратегии более традиционной КПТ или же опираясь на концепции АСТ, ДПТ и РО ДПТ, в зависимости от конкретного подростка, его истории и стиля мышления.

Со времени первого издания книги данная программа была адаптирована и теперь состоит из пяти частей с добавлением модуля для родителей/опекунов.

*Примечание для терапевта.* В книге повсеместно используется термин *сессии для родителей*, однако он также включает в себя опекунов и любых людей, заботящихся о подростке. Данный модуль разработан таким образом, чтобы его можно было проводить параллельно с сессиями клиента, и чтобы он был взаимосвязан с тем, над чем подросток работает в данный момент. Сессии для родителей начинаются примерно с четвертой сессии подростка. Однако иногда терапевтам может потребоваться больше времени, чтобы побудить клиента или его родителей/опекунов присоединиться к программе, и это допустимо. Предполагается проведение пяти сессий для родителей и опекунов, по желанию можно провести шестую. В соответствии с гибкой программой данной книги их содержание и время проведения могут быть скорректированы в зависимости от семьи, с которой вы работаете.

Из исследований и опыта мы знаем, что полезно привлекать родителей/опекунов к терапии, однако если в семье наблюдается сильное сопротивление или враждебность, психотерапевт может проявить осмотрительность и гибкость в отношении того, как и когда вовлекать других людей.

**СЕССИИ ДЛЯ ПОДРОСТКА**

**Часть I.** Что происходит. Оценка, психообразование, анализ риска и план обеспечения безопасности.

**Часть II.** Чувства, мысли и поведение.

**Часть III.** Копинг-стратегии.

**Часть IV.** Вперед!

**ЧАСТЬ V. СЕССИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**

Понимание самоповреждения и поведенческого подкрепления (совпадает с началом части II для подростка).

Как поддержать и принять своего ребенка (валидация), самовалидация.

Совместная работа по снижению частоты и интенсивности самоповреждений (совпадает с окончанием части II для подростка).

Поддержка ребенка в освоении новых навыков (совпадает с частью III для подростка).

Завершение терапии и планирование будущего (совпадает с частью IV для подростка).

Как и в первом издании книги, каждая из ее четырех частей, посвященных работе с молодыми людьми, охватывает определенный этап терапии, состоящий из 32 модулей. Программа рассчитана на проведение 15 сессий, однако представлена таким образом, что терапевт может сам решать, какую комбинацию модулей выбрать и сколько времени уделять каждому, исходя из клинических потребностей того, с кем он работает. На протяжении всей программы для иллюстрации различных упражнений и стратегий используются задействуются персонажи с их конкретными проблемами, приведшими к самоповреждению (отсутствие ассертивности, самокритичные мысли). Чтобы ознакомиться с их историями обратитесь к раздаточному материалу 1.2 *Реальные истории — виртуальные герои*. В части I мы ознакомимся с самоповреждением и когнитивно-поведенческой терапией, узнаем, как помочь клиентам развить понимание чувств, проблем, целей и концепции изменений.

В данном издании больше внимания уделяется мотивации к изменениям, чтобы помочь подросткам, которые считают жизнь безнадежной,

причиняют себе вред или совершают суицидальные действия, так как неспособны представить, что когда-нибудь все может измениться к лучшему. В части II мы рассмотрим планирование активности, узнаем, как справиться с депрессией или плохим настроением, а также научимся выявлять негативные мысли и управлять ими. Авторы адаптировали данное издание, чтобы включить в него некоторые стратегии из различных моделей, которые называют *третьей волной КПТ*, например из терапии принятия и ответственности, диалектической поведенческой терапии и радикально открытой ДПТ.

Терапия принятия и ответственности была создана Стивеном Хейсом и, как описывает Расс Хэррис, направлена на “создание богатой и осмысленной жизни, при этом делая акцент на принятие боли, которую неизбежно приносит жизнь” [Hayes, Strosahl, and Wilson, 1999; Harris, 2009]. Данная модель терапии учит человека справляться с негативными мыслями. В терапии принятия и ответственности люди обучаются психологическим навыкам эффективного обращения с болезненными мыслями и чувствами, что помогает им выяснить, что важно и значимо для них (иными словами — наши ценности), далее эти знания применяются для постановки целей и действий в соответствии с ними.

В диалектической поведенческой терапии вмешательства сфокусированы на обучении клиентов, легко поддающихся эмоциональной дисрегуляции, тому, как повысить навыки стрессоустойчивости, управления эмоциями и отношениями, одновременно практикуя осознанность. Радикально открытая диалектическая поведенческая терапия была разработана для клиентов, которые подавляют выражение эмоций из-за постоянной тревоги и жесткой самокритики, что приводит к трудностям в общении с другими людьми. РО ДПТ развивает навыки изменения физиологии клиента для обеспечения его социальной безопасности и более искреннего выражения эмоций. Все перечисленные методы *третьей волны* затрагивают вопросы ценностей клиента, как части его вовлеченности и мотивации к изменениям в процессе терапии.

В части III представлены модули по решению проблем, ассертивности, осознанности и альтернативам самоповреждению. Авторы добавили дополнительные разделы, которые помогут клиенту уменьшить чувство дистресса, в частности описание базовых стратегий эмоциональной регуляции, а также раздел о чувстве безнадежности, основанный на модели радикальной открытости. Часть IV завершает программу терапии обзором

целей, выявлением триггеров и разработкой набора навыков для закрепления программы. К каждой части прилагаются рабочие листы.

Часть V предназначена для родителей и опекунов. Во время сессий с ними мы рассматриваем навыки взаимоотношений, варианты помощи родителям проявить валидацию к подростку, работаем над снижением уровня самоповреждений и осознанием того, как родители могут способствовать выздоровлению своего ребенка.

## **Для кого предназначена программа терапии и как ею пользоваться**

Эта уникальная книга предназначена для специалистов, работающих с подростками, склонными к самоповреждению и суицидальному поведению, а также для их родителей/опекунов. Она идеально подходит консультантам, психологам-консультантам, клиническим психологам, когнитивно-поведенческим терапевтам, сотрудникам и стажерам детских и подростковых психиатрических клиник, работающим в учреждениях первичной, вторичной или третичной медицинской помощи. Авторы рекомендуют применять данную программу специалистам, имеющим определенную базовую подготовку по когнитивно-поведенческой терапии. Однако, если это не так, для успешной практики важно, чтобы все, кто работает по программе, находились под регулярным наблюдением специалиста, прошедшего подготовку в области КПТ. В данной книге не предусмотрено объяснение стандартных вопросов терапии и основ модели КПТ. Для более подробного ознакомления с этим материалом приводятся ссылки на ряд источников.

Изначально материал книги был разработан для индивидуальных сессий, однако его можно применять и для групповых, поскольку эти навыки касаются распространенных факторов, способствующих самоповреждению. Мы добавили пункт о суицидальном поведении, так как некоторые молодые люди чувствуют себя настолько подавлено или безнадежно, что им кажется, что их жизнь никогда не станет лучше.

Из эпидемиологических исследований мы знаем, что по меньшей мере четверть всех подростков в обществе ежегодно совершают действия, направленные на причинение себе вреда, причем в литературе имеются указания на то, что с течением времени этот показатель увеличивается.

Необходимость в эффективных методах терапии подростков, занимающихся самоповреждением, очевидна.

Данная программа уже продемонстрировала многообещающую эффективность. Ведущее исследование применения этой программы терапии с подростками, проведенное Службой психического здоровья для детей и подростков Великобритании (Child and Adolescent Mental Health Services, CAMHS) показало значительное снижение случаев самоповреждения, плохого настроения и тревожности после восьми-двенадцати сессий [Taylor, Oldershaw, Richards et al., 2011]. Несмотря на то что терапевты сочли количество сессий недостаточным, положительные результаты привели к дальнейшей разработке руководства и публикации данной книги.

В 2019 году эта программа тестировалась в другом исследовании, в котором данное руководство сравнивалось с терапией, ориентированной на решение проблем, и терапией, основанной на ментализации [English, Wellings, Banerjea, and Ougrin, 2019]. Авторы пришли к выводу, что из всех методов лечения, рассмотренных в данном исследовании, наиболее перспективным для склонных к самоповреждению подростков, направленных в общественные службы психического здоровья, является когнитивно-поведенческая терапия.

В Германии было проведено рандомизированное контролируемое исследование, которое показало, что подростки, проходившие программу терапии, приведенную в данной книге, быстрее смогли сократить частоту и интенсивность самоповреждений, не связанных с суицидальными намерениями, по сравнению с подростками, получавшими значительно более интенсивное лечение в сообществе (больше сессий преимущественно КПТ) [Kaes, Edinger, Fischer-Waldschmidt et al., 2019]. Авторы предположили, что данное руководство может стать кратким, практичным методом первой линии терапии подростков в рамках обычной клинической помощи.

В книге представлены стратегии, основанные на фактических данных, в частности стратегии КПТ, гибкая модель которой базируется на формулировке случая. Данное издание также содержит протокол оценки рисков, планы обеспечения безопасности и модуль для родителей. Это особенно подходит для подростков помладше и молодых людей с симптомами депрессии и/или тревоги, которым может быть трудно выражать свои чувства уязвимости и подавлять эмоции. В литературе по РО ДПТ их называют *склонными к чрезмерному контролю*.

Основная цель книги — помочь подростку понять факторы, способствующие сохранению его проблем, и научить его адаптивным навыкам преодоления эмоциональных трудностей. Несмотря на то что наиболее распространенными способами самоповреждения у подростков являются порезы и передозировка лекарствами, данная программа предназначена для лечения широкого спектра форм самоповреждающего поведения. Отзывы терапевтов и подростков, работавших с руководством, были положительными, также отзывы терапевтов помогли нам изменить/дополнить данное издание. Специалисты отметили, что им нравится последовательная структура сессий, и нашли книгу особенно полезной, поскольку в ней рассматривается большинство проблем, традиционно связанных с самоповреждением: плохое настроение, тревога, гнев, отсутствие навыков асертивности и трудности с решением проблем.

Иными словами, в данной программе терапии применен трансдиагностический метод, который хорошо подходит для индивидуального лечения. Подростки сообщили, что им понравились виртуальные персонажи. Они смогли соотнести некоторые проблемы и сочли полезным наблюдать, как молодые люди со схожими убеждениями “приносят” на сессию собственные проблемы и как показаны конкретные стратегии их преодоления. Сессии для родителей/опекунов разработаны таким образом, чтобы донести до родителей основные причины самоповреждений их ребенка, а также для осознания того, что они могут помочь ему уменьшить уровень самоповреждений и научиться управлять суицидальными побуждениями. Новые материалы для родителей/опекунов необходимы, чтобы улучшить их отношения с подростком, когда семейное влияние только усугубляет его трудности.

Главные элементы данной программы терапии были определены в результате всестороннего анализа фактических данных лечения самоповреждений и связанных с ними психологических факторов, поддерживающих эту модель поведения: депрессия, тревога, чувство безнадежности. Еще одним дополнением стало обсуждение ценностей (взято из модели АСТ). Таким образом, мы хотим помочь молодому человеку отыскать смысл в своей жизни и в работе в рамках КПТ, помочь ему двигаться к основанной на ценностях и наполненной смыслом жизни.

В перерывах между сессиями подросток может выполнять домашние задания.

Начальные модули посвящены психообразованию и комплексной когнитивно-поведенческой оценке поведения, связанного с самоповреждением. Уровень мотивации к отказу от причинения себе вреда оценивается с помощью простых *мотивационных линеек*, адаптированных из работ Стивена Роллника и Уильяма Миллера [Rollnick and Miller, 1995]. Если уровень мотивации низкий, терапевт предлагает подростку поработать над этим вопросом.

## Общие вопросы

Термины *чувства* и *эмоции* применяются в книге взаимозаменяемо, поскольку означают, по сути, одно и то же: эмоции. Клиенты сообщили, что предпочитают термин *чувства*. Однако важно иметь в виду, что клинический опыт показал, что люди могут легко путать мысли и чувства. Поскольку в КПТ очень важно научиться распознавать разницу между мыслью и чувством, рекомендуется учитывать терминологию и понимание мыслей и чувств каждым молодым человеком на протяжении всей программы терапии. Ключевой аспект терапии на протяжении всего курса — помогать подростку ежедневно отличать мысли от эмоций.

## Терапевтический альянс

Из бесед с подростками, проходящими терапию, мы знаем, что некоторые аспекты построения терапевтического альянса представляют для них особую трудность, в частности формирование доверия и установление связи.

## Формирование доверия

Подросткам бывает нелегко начать доверять терапевту. Как специалист вы не можете заставить человека доверять вам. Однако есть то, что вы можете сделать, чтобы поспособствовать процессу формирования доверия.

- Всегда открыто говорите с клиентом о конфиденциальности и ситуациях серьезного риска, в которых терапевт может поделиться некоторой информацией с другими людьми. Объясните, что в любом из этих случаев обмен информацией будет сначала обсуждаться с клиентом, и он будет заранее знать, кому и что именно сказал терапевт.



- Затроньте вопрос доверия на самом раннем этапе терапии. Проведите открытый разговор с подростком о доверии и покажите, что вы понимаете, что доверие может даваться нелегко и для его формирования требуется время. Можно связать это с разговором о коллективной природе КПТ. Объясните, что доверие работает в обоих направлениях, и что в ходе терапии вам обоим нужно будет попытаться построить друг с другом доверительные отношения. Поясните, что, если в ходе терапии молодой человек почувствует, что ему сложно довериться терапевту, он должен открыто сказать об этом.

### **Установление связи**

Иногда подростки чувствуют, что не могут найти общий язык со своим терапевтом. Это может заставить их думать, что терапевт не понимает их самих или их чувств. Как терапевт вы также можете обнаружить, что с одними молодыми людьми вам легче найти общий язык, чем с другими. Установить более тесную связь поможет максимальное вовлечение подростка в терапию. Кроме того, дайте ему почувствовать себя услышанным, внимательно прислушивайтесь к тому, что он говорит, и получайте обратную связь в конце сессий. Как можно чаще показывайте, что вы активно реагируете на полученную обратную связь.

### **О чем следует помнить в ходе терапии**

В начале каждой сессии составляйте список вопросов для обсуждения. Данная книга носит довольно директивный характер, и на каждой сессии необходимо освещать определенные вопросы, однако важно спросить клиента, что он хотел бы обсудить во время сессии. Если подросток озабочен собственными проблемами, он с меньшей вероятностью сможет должным образом воспринимать предоставляемую информацию. Постарайтесь выработать привычку согласовывать структуру сессии с клиентом. Каждая встреча будет включать в себя проверку домашнего задания за предыдущую неделю, краткий экскурс в предыдущую сессию (чтобы убедиться, что все, что было рассмотрено ранее, клиент понял и запомнил), план текущей сессии. Выделите немного времени для любого вопроса, который хочет обсудить клиент.

Что касается склонных к суициду молодых людей, то при оценке риска важно учитывать возникшие за неделю проблемы, о которых вам, возможно, необходимо знать. Также в данном издании появилась концепция кризисного плана. Он составляется в самом начале терапии и адаптируется по мере освоения клиентом новых навыков и стратегий. Полезно приносить кризисный план на каждую сессию (а также иметь копию для подростка и его родителей), чтобы просматривать его по мере необходимости. Очень важно распределить пункты плана сессии по времени, чтобы большую ее часть уделить новой теме, что обычно воспринимается подростком как сдерживающий фактор.

Составляя план сессии, договоритесь с клиентом о том, сколько времени вы потратите на каждый вопрос. В качестве ориентира можно привести следующее: 5 мин. на навестывание упущенного и составление плана сессии; проверка риска для суицидально настроенных молодых людей, пятиминутный экскурс в предыдущую сессию; 10–15 мин. на тему клиента (не обязательно, если он не хочет обсуждать что-то конкретное); 25–30 мин. на тему данной сессии; 10 мин. на обратную связь и подготовку домашнего задания. Его часть дается во время обсуждения темы сессии, однако в конце полезно проговорить с клиентом, над чем ему придется работать дома.

Данная книга не претендует на жесткий подход: сроки могут быть гибкими, важно помнить, что во всех случаях превалирует клиническое суждение, в частности, когда требуется выделить время из структуры сессии для обсуждения и оценки непосредственных рисков. Точно так же, если клиент находится в кризисной ситуации, о которой хочет поговорить на сессии, возможно, будет уместным посвятить этому некоторое время, не предусмотренное предоставленным в книге планом. Однако, насколько возможно, постарайтесь вплести эту ситуацию в план сессии, задействуйте в качестве примера, чтобы подкрепить идею, представить будущую копинг-технику или способ решения проблем.

## **Формулировка случая**

В данном терапевтическом руководстве с самого начала особое внимание уделяется работе над формулировкой случая клиента. Психологическая формулировка случая рассматривается как совместное повествование или история, которая выстраивается в ходе оценивания и терапии, она опирается на личностный смысл, который молодой человек придает своему жизненному опыту. Кроме того, это помогает терапевту и клиенту понять, что

могло/может способствовать возникновению проблемы и почему клиент застрял в этом положении (что именно поддерживает неэффективную модель поведения и мышления). При построении формулировки случая задача терапевта состоит в том, чтобы, применяя клинические навыки, объединить психологическую теорию, принципы и факты с личными мыслями, чувствами и смыслами клиента. Это происходит *в процессе непрерывного совместного осмысления*, с целью выработки коллективного мнения, указывающего наиболее эффективный способ продвижения вперед [Harper and Moss, 2003].

Начните работу над формулировкой случая как можно раньше. Терапевту целесообразно записывать информацию, которой он располагает, начиная с момента обращения клиента к специалисту и далее в ходе оценки и терапевтических сессий. Воспользуйтесь рабочим листом 2.2 *Ранняя формулировка случая*, чтобы записывать идеи для начала самостоятельно, прежде чем в книге появится раздел, посвященный разработке совместной формулировки случая. Вы сами решите, когда с клинической точки зрения будет уместно поделиться формулировкой случая с клиентом, однако учитывайте план сессий данной книги.

## **Обратная связь в конце сессии**

В конце каждой сессии получайте обратную связь от клиента о том, что он счел более, а что менее полезным в ходе встречи. Это поможет вам сориентироваться на следующих сессиях и помнить, что помогает клиенту, в то же время ценя его индивидуальный стиль обучения. Спрашивая, что было трудным для конкретного клиента, вы можете сказать: “Есть ли что-нибудь, что ты счел полезным, трудным, раздражающим, бесполезным сегодня? Насколько это соответствует твоим ожиданиям, что конкретно ты узнал из сегодняшней темы? Было ли легко/трудно рассказать мне о своих проблемах? Есть ли что-нибудь, чем я мог бы помочь тебе?” Также можете спросить, что клиент счел полезным: “Что было полезного в сегодняшней сессии? Что ты вынесешь из сегодняшнего дня?”

## **Завершение терапии**

Планировать завершение терапии необходимо с самого начала (конкретные рекомендации и подсказки приведены в части IV). Некоторые подростки быстро выстраивают доверительные отношения со своим терапевтом

и, возможно, в прошлом у них были трудности с привязанностью. Кроме того, вероятно, самоповреждение и другие модели поведения выполняли для подростка важную коммуникативную функцию, и когда отношения заканчиваются, он может почувствовать сильный дистресс. Возможно, некоторые подростки привыкли задействовать самоповреждение в качестве механизма по умолчанию для разрешения подобных ситуаций. Важно, чтобы вы полностью понимали функции самоповреждения для клиента, были осведомлены о действиях и реакциях других людей, которые могут усилить это поведение.

Решающее значение тут имеют хорошая формулировка случая и функциональный анализ причинения себе вреда/суицидального поведения клиента. Следите за своей реакцией на конкретные формы поведения и за вниманием, уделяемым этим темам. С самого начала четко определите границы терапии, где заканчивается конфиденциальность, а также вопросы, которыми необходимо будет поделиться с родителями или опекунами (в идеале с согласия подростка или вместе с ним). Важно поддерживать баланс между структурой сессии и оценкой рисков, управлением кризисом. Это может стать еще большей проблемой в конце терапии (см. примечание для терапевта в разделе *Прощание*, модуль 36).

## **Измерение прогресса и результатов**

Хорошей практикой в КПТ является объективное и регулярное измерение прогресса. Существует несколько возможных вариантов, которые терапевты могут задействовать для его измерения: в детской программе *Улучшенный доступ к психотерапии* (Improved Access to Psychological Therapies) опубликована система измерений и представлены доказательства того, что результаты по каждой сессии могут быть чрезвычайно полезны молодым людям. Вы можете бесплатно получить доступ к опросникам и другим ресурсам на сайте [www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/](http://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/).

Оценивание позволяет подросткам увидеть, что изменения действительно происходят, а также информировать терапевта, если они не столь очевидны. Примерами методов оценивания, используемых в этой программе, являются пересмотренная шкала тревожности и депрессии у детей (Children's Anxiety and Depression Scale, RCADS), опросник о сильных и слабых сторонах клиента (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)

и шкала оценки результата (Outcome Rating Scale, ORS) [Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, and Francis, 2000; Goodman, 1997; Miller, Duncan, Brown, Sparks, and Claud, 2003]. Также вы можете измерять результат на каждой сессии, например отслеживая цели, когда терапевт и клиент делают их обзор для проверки прогресса в их достижении, отслеживая общее самочувствие и симптомы при помощи шкалы оценки результата. Три других широко применяемых опросника, которые можно бесплатно загрузить из Интернета: опросник настроения и чувств, шкала самоуважения Розенберга и скрининг эмоциональных расстройств, связанных с детской тревожностью [Costello and Angold, 1988; Rosenberg, 1965; Muris, Merckelbach, Gadet, Moulaert, and Tierney].

Какие бы опросники и оценки ни применялись, мы рекомендуем воспользоваться ими в начале терапии, в середине (конец части II) и на последней сессии. Также полезно измерить частоту и тяжесть самоповреждений, поскольку целью книги является их сокращение/прекращение. Можно предложить вести дневник или журнал самоповреждений. Адаптированная из дневника наблюдения ДПТ табл. 1.1 позволяет клиенту и терапевту еженедельно оценивать степень самоповреждающего поведения, как по побуждениям, так и по конкретным действиям, направленным на причинение себе вреда [Rollnick and Miller, 1995].

**Таблица 1.1. Журнал самоповреждений**

Дата	Самоповреждение	Побуждение	Инциденты и их количество	Твои действия
Понедельник				
Вторник				
Среда				
Четверг				
Пятница				
Суббота				
Воскресенье				

Шкала оценки эмоций и побуждений: 0 — совсем нет, 1 — слабые, 2 — средние, 3 — довольно сильные, 4 — очень сильные; 5 — чрезвычайно сильные.

Во время сессии 2 (модуль 6) мы определяем проблемы и цели клиента и просим его оценить свои проблемы по шкале субъективных единиц

## **26 Введение**

дистресса (Subjective Units of Distress, SUDS). Эта шкала (от 1 до 10 баллов) пересматривается в конце части II, а также после завершения программы терапии.

### **Супервизия**

Любая хорошая программа КПТ предполагает регулярную супервизию. Данная книга предназначена для терапевтов, которые хорошо разбираются в когнитивно-поведенческой терапии и имеют доступ к супервизии.