

ЧАСТЬ I

ОБОСНОВАНИЕ

ГЛАВА 1

Причины возникновения и развития ДПТ ПЭ

История травм является скорее нормой, чем исключением среди людей, проходящих диалектическую поведенческую терапию (ДПТ). Многие клиенты, использующие ДПТ, пережили несколько травм. Они получали травмы на протяжении длительного периода своей жизни, начиная с детства, которые часто наносились опекунами и другими важными для них людьми. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — распространенный результат этих травматических переживаний, причиняющих огромные страдания и часто способствующих возникновению основных проблем, на которые направлена ДПТ. Людей с ПТСР преследуют навязчивые воспоминания о травме, они испытывают сильный дистресс при напоминании о ней и чувствуют, что им постоянно угрожает опасность. Чтобы справиться с ПТСР, клиенты, получающие ДПТ, часто используют рискованные и саморазрушительные формы поведения — попытки самоубийства, самоповреждения, употребление психоактивных веществ и переедание, которые приносят кратковременное облегчение, но приводят к длительным страданиям. Со временем жизнь клиентов, как правило, становится очень ограниченной и разобщенной из-за попыток избегать людей и ситуаций, которые вызывают дистресс, связанный с травмой, и провоцируют резкое нарушение регуляции поведения. Эти трудности с функционированием в повседневной жизни часто подкрепляют ту информацию, которую они

интернализировали из ситуаций, связанных с прошлыми травмами — что они плохие, нелюбимые и никчемные люди — и способствуют развитию чувств стыда и ненависти к себе. Загнанные в ловушку страданий, связанных с травмой, которые они не в силах ни изменить, ни вынести, многие клиенты рассматривают самоубийство как единственное решение. Как метко заметил один из клиентов, проходивших ДПТ: ”Все дело в травме”.

Учитывая широкое распространение травмы среди людей, получающих ДПТ, очень важно, чтобы ДПТ-терапевты обладали способностью эффективно лечить ПТСР. Действительно, многие клиенты ДПТ не смогут полностью достичь цели проживать жизнь в соответствии со своими ценностями, до тех пор, пока ПТСР не будет устранено. Терапия, описываемая в этой книге, призвана обеспечить структурированный метод интеграции лечения ПТСР в ДПТ для многих клиентов, нуждающихся в таком подходе. Он сочетает адаптированную версию терапии *продолжительной экспозиции (ПЭ)* для ПТСР [Foa et al., 2019], называемую *протоколом продолжительной экспозиции ДПТ (ДПТ ПЭ)*, со стандартной ДПТ [Linehan, 1993; 2015]. Эта глава начинается с обзора данной терапии, включая историю ее развития, а также теоретические и эмпирические основы.

Истоки ДПТ ПЭ

Основной целью при разработке протокола ДПТ ПЭ было сделать эффективное лечение ПТСР доступным для клиентов с высоким риском, сложными и тяжелыми нарушениями, которые, как правило, не имеют доступа к такой терапии. Впервые я осознала этот пробел в терапии, когда проходила практику по психологии в больнице Маклейн в Белмонте, шт. Массачусетс, где я работала в программе частичной госпитализации, предоставляющей интенсивную терапию для взрослых. Там я впервые столкнулась с клиентами, которые часто совершали самоубийства и самоповреждения, а также имели множество тяжелых заболеваний, таких как расстройства настроения, тревожность, расстройства личности, расстройства пищевого поведения и употребление психоактивных веществ. Учитывая мои исследования в области межличностной травмы, я была очень хорошо осведомлена о присутствии и влиянии травмы в жизни многих из этих клиентов, и ПТСР часто вносило значительный вклад в их страдания. Имея в своем арсенале ограниченный набор терапевтических навыков и некоторую толику наивности, в начале обучения я предложила одному из своих супервизоров использовать интервенции, которыми я овладела, будучи в аспирантуре, для

лечения ПТСР у одного из моих клиентов. Хотя я не помню точного ответа моего руководителя, смысл был ясен: ни в коем случае! Мне было сказано, что такие клиенты слишком подвержены риску и нестабильны для применения терапии, ориентированной на травму. Вместо этого необходима терапия, основанная на навыках, чтобы помочь им достичь безопасности и стабильности и научиться эффективно справляться с текущими жизненными стрессами. В этом контексте я впервые познакомилась с ДПТ как способом помощи клиентам в достижении этих важных целей.

Затем я погрузилась в изучение ДПТ и получила постдокторантскую стипендию в Браттл-центре в Кембридже, шт. Массачусетс, который специализировался на предоставлении ДПТ в интенсивных амбулаторных программах. По мере того, как я становилась все более искусной в применении ДПТ, я с восторгом замечала, что многие из моих клиентов явно выигрывают. Клиенты с тяжелыми и часто опасными для жизни нарушениями регуляции поведения, которые начали заниматься ДПТ, смогли обрести контроль над этим поведением, используя навыки ДПТ, чтобы лучше переносить и регулировать болезненные эмоции, которые обычно их вызывали. Я была убеждена — эти навыки действительно спасают жизнь! В то же время для некоторых клиентов достижение контроля над поведением было недостаточным для того, чтобы они могли достичь целей, достойных жизни. Хотя они больше не пытались убить или причинить себе вред и в целом имели разумный контроль над своим поведением, у них оставалось ощущение сильной эмоциональной боли, которая часто была вызвана неразрешенными травмами прошлого.

Поискав ответ в руководстве по ДПТ, я убедилась, что для этих клиентов необходима вторая стадия терапии ДПТ, которая должна быть направлена на борьбу с посттравматическим стрессом. Я снова обратилась к своим руководителям с вопросом о переходе некоторых клиентов на вторую стадию, чтобы мы могли лечить их ПТСР. На этот раз ответ был таким: пока нет. Вскоре стало ясно, что никто не знал, что такое эта неуловимая вторая стадия и когда именно она должна наступить. В руководстве по ДПТ содержалось мало указаний о том, как и когда подходить к лечению ПТСР на второй стадии, и в то же время терапевтов четко предупреждали о возможности причинения серьезного вреда своим клиентам, если они слишком рано сосредоточатся на травме. Учитывая это, вполне понятно, что мне посоветовали ограничиться помощью клиентам в решении текущих жизненных проблем и избегать терапии, сфокусированной на травме. В то же время это казалось неудовлетворительным и недостаточным.

Я решила обратиться непосредственно к первоисточнику, чтобы попытаться найти решение этой проблемы. В 2004 году я начала постдокторскую стажировку у Марши Линехан, разработчика ДПТ, в Вашингтонском университете в Сиэтле. На нашей первой встрече она спросила, какие цели я ставлю перед собой, и я довольно смело заявила о своем желании разобраться, как организовать вторую стадию ДПТ. Я поделилась с ней своим предыдущим клиническим опытом и сказала, что, похоже, ПТСР часто не лечится в рамках ДПТ, потому что терапевты, в том числе и я, не знают, когда и как это делать. Марша согласилась с моим утверждением о слабой разработке второй стадии ДПТ по сравнению с первой, но не была уверена, что терапевты не лечат ПТСР, когда это необходимо. Будучи в душе ученым, она потребовала больше доказательств. Марша предложила мне проанализировать данные ее клинических испытаний ДПТ, чтобы посмотреть, что я смогу обнаружить. Я охотно согласилась и отправилась оценивать возможность обоснования своей гипотезы с помощью клинических результатов.

Через несколько месяцев я вернулась с результатами, показывающими, что посттравматическое стрессовое расстройство очень распространено и вряд ли его удастся побороть, применяя ДПТ. В частности, в недавнем рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ) женщин с пограничным расстройством личности (ПРЛ), склонных к суициду и самоповреждениям, 50% пациенток соответствовали критериям ПТСР в начале лечения, и 87% из них все еще имели ПТСР после одного года ДПТ [Harned et al., 2008]. Полученная величина показателя ремиссии (13%) была значительно ниже той, которая обычно наблюдается при активном лечении ПТСР, когда около половины клиентов, начинающих лечение, и две трети тех, кто его завершает, достигают ремиссии [Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005]. Из анализа данных второй группы я также узнала, что к концу 1 года ДПТ большинство клиентов с ПТСР успешно отказались от таких форм поведения, как суицидальное и несуйцидальное самоповреждение, которые обычно используются в качестве критериев исключения при лечении ПТСР [Harned, Jackson, Comtois, & Linehan, 2010]. Марша согласилась со мной, что данные очевидны: ДПТ способствует стабилизации состояния клиентов, что облегчает последующее лечение ПТСР, однако, само лечение этого расстройства должно быть лучше. Она убедила меня взяться за этот проект и, как и при разработке ДПТ, предложила мне начать с попыток лечения ПТСР у некоторых моих клиентов. Так, с равными долями страха и решимости, я начала свой путь к разработке метода, известного сейчас как *протокол ДПТ ПЭ*, или сокращенно ДПТ ПЭ.

Основы ДПТ ПЭ

К счастью для меня, я имела невероятно сильную базу существующих методов терапии, с которой можно было начать. ДПТ — это основанный на принципах метод терапии, который первоначально был разработан для лечения хронически суицидальных людей со сложной клинической картиной и стал наиболее известен как метод лечения пограничного расстройства личности (ПРЛ). В своем стандартном формате ДПТ проводится в четырех режимах. Индивидуальная терапия ДПТ направлена на то, чтобы помочь клиентам уменьшить в иерархическом порядке угрожающее жизни поведение (например, суицидальное и несуицидальное самоповреждение), поведение, мешающее терапии (например, непосещение, несоблюдение, отказ от сотрудничества), и серьезное поведение, мешающее качеству жизни (например, тяжелые психические расстройства, проблемы в отношениях, функциональные нарушения), одновременно увеличивая использование ими поведенческих навыков. Эти навыки преподаются на групповом тренинге навыков ДПТ и включают в себя осознанность, регуляцию эмоций, терпимость к дистрессу и межличностную эффективность. Для решения проблем и тренировки навыков в момент их возникновения используется краткий телефонный контакт между сеансами. Наконец, чтобы помочь друг другу в реализации терапии, терапевты посещают еженедельные структурированные консультативные встречи.

Учитывая многопроблемный характер популяции клиентов, ДПТ задумывается как комплексная терапия, способная решать весь спектр возникающих у них проблем. Для этого существует множество протоколов, используемых по мере необходимости для гибкого решения различных вопросов. Однако в ДПТ не было формального протокола для лечения ПТСР, а это, как мы с Маршей считали, было необходимо. Хотя разрабатывались и другие методы терапии, сочетающие элементы ДПТ с травма-ориентированными методами [Bohus et al., 2013; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002], они значительно отличались от стандартной ДПТ. В отличие от этого, моей целью было не изменение ДПТ, а скорее разработка нового протокола, который можно было бы добавить для тех клиентов, которые нуждались в лечении ПТСР. В своем руководстве по ДПТ Марша рекомендовала использовать формальные процедуры экспозиции для лечения ПТСР и предположила, что это можно сделать, либо добавив к ДПТ хорошо разработанный метод лечения ПТСР, основанный на экспозиции, либо параллельно с ним. Поэтому моей первой задачей было найти существующий метод лечения

ПТСР, на основе которого можно было бы создать новый протокол. После недолгих раздумий я выбрала ПЭ [Foa et al., 2019].

ПЭ была первоначально разработана для женщин с ПТСР, связанным с сексуальным насилием, а в настоящее время применяется для терапии разных групп клиентов, переживших травму. ПЭ — это структурированный протокол, который обычно проводится в течение 9–15 еженедельных или двухнедельных 90-минутных индивидуальных терапевтических сеансов и включает три основных компонента: экспозицию в реальных условиях (*in vivo*) к избегаемым, но безопасным ситуациям, экспозицию в воображении (*in sensu*) к воспоминаниям о травме, а также обработку эмоций и убеждений, вызванных мысленной экспозицией. Моим основным основанием для выбора ПЭ было то, что это наиболее хорошо изученный метод лечения ПТСР, основанный на экспозиции, и в то время он показал высокую эффективность в лечении ПТСР при многочисленных РКИ [Foa et al., 1999; Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991]. Кроме того, имелись предварительные данные, свидетельствующие о том, что ПЭ эффективна в снижении ПТСР у клиентов с пограничным типом личности [Feeny, Zoellner, & Foa, 2002]. Это позволяло надеяться, что она будет работать и у клиентов с более тяжелыми формами ПРЛ. Несмотря на некоторые сомнения в способности наших клиентов переносить ПЭ, меня воодушевили несколько исследований, показавших, что ПЭ вряд ли приведет к обострению симптомов или прекращению терапии [Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Hembree et al., 2003]. Еще одним важным аргументом в пользу применения ПЭ послужил недавно установленный факт, что ее использование терапевтами в условиях общественной практики позволяет получать результаты, сравнимых с получаемыми экспертами в этой области [Foa et al., 2005]. По этим причинам я считала, что ПЭ станет идеальной основой протокола ДПТ для лечения ПТСР.

Влияние теории

Во время разработки протокола ДПТ ПЭ я полностью погрузилась в теорию и практику ДПТ. Как подробно описано в других источниках [Linehan, 1993; Swenson, 2016], ДПТ уходит корнями в теорию когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), включает в себя стратегии принятия, взятые из дзен, и уравнивает эти два противоположных подхода диалектической теорией. Три парадигмы ДПТ — изменение, принятие и диалектика — были моей теоретической базой и повлияли на все аспекты рассуждений о том, как лечить ПТСР у клиентов с высоким риском, сложными и эмоциональ-

но дисрегуляторными расстройствами. Основываясь на КПТ, я считала, что для эффективной терапии необходимы точность, технические навыки и научный подход к созданию, проверке и оценке теоретически обоснованных гипотез о факторах, поддерживающих ПТСР. Я также рассматривала принципы принятия как критически важные для уменьшения связанных с травмой страданий, включая осознанность, радикальное принятие реальности такой, какая она есть, и сострадание к себе и другим. Будучи сторонником диалектического подхода, я верила в то, что важно помочь клиентам отпустить эмоции, убеждения и поведение, связанные с сильной травмой, путем активного поиска того, что было упущено, работы по поиску синтеза между противоположными сторонами и принятия изменений. Как и в ДПТ, я ожидала, что при лечении ПТСР терапевтам придется умело и гибко переключаться между стратегиями изменения, принятия и диалектическими стратегиями, чтобы помочь клиентам продолжать двигаться к своей цели — жизни без страданий, связанных с травмой.

В дополнение к трехпарадигмальной структуре ДПТ, на меня особенно повлияла биосоциальная теория развития ПРЛ, которую Марша впервые сформулировала в руководстве по ДПТ [Linehan, 1993]. Согласно этой теории, ПРЛ — это в первую очередь расстройство первазивной эмоциональной дисрегуляции, которое развивается в результате взаимодействия между биологической эмоциональной уязвимостью (повышенная эмоциональная чувствительность и реактивность в сочетании с медленным возвращением к исходному эмоциональному уровню) и инвалидирующим окружением. Инвалидирующая среда — это среда, которая хронически и повсеместно сообщает человеку, что он плохой, неправильный и неприемлемый, а в самом крайнем случае может включать в себя жестокое обращение и травмы. Такая среда особенно вредна для эмоционально чувствительного ребенка, поскольку она, скорее всего, будет регулярно вызывать болезненные эмоции, а затем реагировать на них минимизацией, осуждением и/или наказанием за их проявление. Кроме того, от ребенка обычно ожидают постоянного контроля над своими эмоциями, но не учат, как это делать эффективно. В результате человек не учится понимать, регулировать или терпеть свои эмоциональные реакции, а вместо этого учится обесценивать и подавлять их. Для достижения этой цели он часто прибегает к дезадаптивным стратегиям, таким как самоповреждение, употребление психоактивных веществ и диссоциация, обеспечивающим кратковременное эмоциональное облегчение, но усугубляющим эмоциональную дисрегуляцию в долгосрочной перспективе, способствуя возникновению колебаний между эмоциональным торможением и экстре-

мальными эмоциональными состояниями. К другим распространенным последствиям влияния инвалидирующей среды можно отнести то, что человек приобретает нереалистичные стандарты поведения: у него развиваются недоверие к своему восприятию реальности, ожидание отторжения со стороны других и вырабатывается крайне негативное мнение о себе.

Биосоциальная теория дала объединяющую основу для понимания многих проблем, имеющих отношение к травме.

Связанные с травмой проблемы, которые я наблюдала у своих клиентов, либо имели функцию регуляции эмоций, либо являлись естественным следствием повсеместной дисрегуляции эмоций. В случае клиентов с ПТСР основной проблемой, которая, казалось, подпитывала их страдания, было крайнее эмоциональное избегание. Мои клиенты боялись испытывать эмоции, потому что были уверены, основываясь на своей истории, что это приведет к потере контроля над поведением, нестерпимой боли и отвержению со стороны других. Действительно, переживание эмоций было настолько мучительным, что они были готовы сделать практически все, чтобы избежать их — даже если в долгосрочной перспективе это усиливало их страдания, включая ПТСР. Основываясь на этой концепции, я полагала, что успешная терапия должна быть направлена на устранение этого основного дефицита путем развития способности клиентов испытывать и переносить свои эмоции, чтобы облегчить течение ПТСР и уменьшить влияние многих других проблем, вызванных эмоциональным избеганием.

Биосоциальная теория также помогла мне осознать глубокие последствия повсеместной инвалидации для жизни моих клиентов, включая их опыт и реакцию на травму. Почти каждый клиент, с которым я работала, винил себя за пережитые травмы, оценивал свои реакции во время и после этих событий и считал эти переживания признаком того, что он плохой и недостойный человек. Эти самооценочные убеждения почти всегда можно было отследить по негативным посланиям, полученным из инвалидирующей среды, в которой они жили. Хотя биосоциальная теория фокусируется прежде всего на инвалидации, причиной которой являются отношения в семье, мне стало ясно, что многие клиенты испытывали сильную инвалидацию со стороны других важных для них людей (например, сексуальных партнеров), социальных групп (например, сверстников в школе), учреждений (например, системы психического здоровья) и других сфер (например, из-за систематических проявлений сексизма, расизма и гетеросексизма). Соответственно, я полагала, что успешное лечение ПТСР должно помочь клиентам контекстуализировать свой травматический опыт в рамках как

микро-, так и макроуровня, в котором он был получен, и заменить негативные послания, которые они интернализировали из этой среды, адекватной самооценкой и состраданием.

Хотя по своей сути я была терапевтом ДПТ, на мое профессиональное образование также оказали сильное влияние теории, лежащие в основе ПЭ, объясняющие, почему развивается ПТСР, сохраняется ли оно неизменным со временем, и что нужно сделать, чтобы его изменить. ПЭ основана на теории эмоциональной проработки (ТЭП) [Foa & Kozak, 1986], предполагающей, что ПТСР развивается в результате формирования после получения травмы патологической структуры чувства страха. Структуры страха включают стимулы, которые вызывают физиологические и поведенческие реакции, а также мысли о значении стимула и реакции. Эти структуры страха становятся патологическими, когда человек, переживший травму (например, сексуальное насилие), сталкивается со стимулом, который объективно безопасен (например, воспоминание о насилии или человек, похожий на преступника); реагирует на него сильным дистрессом (например, учащенное сердцебиение, потливость, желание убежать); и начинает негативно воспринимать себя или других (например, “Я некомпетентен” или “Люди могут причинить мне вред”). Патологические структуры страха поддерживаются путем избегания стимулов, связанных с травмой. Это обеспечивает кратковременное облегчение дистресса, но поддерживает ПТСР в долгосрочной перспективе, не позволяя опровергнуть ошибочные представления. Применение ПЭ направлено на изменение этих структур страха посредством воздействия на стимулы, связанные с травмой, но безопасные (например, разговор с человеком, похожим на преступника, или мысли о насилии), чтобы человек узнал, что убеждения относительно стимулов и его реакция на них неточны (например, он не подвергается нападению и не становится неспособным функционировать). При повторном воздействии на стимулы, вызывающие страх, в отсутствие негативных последствий страх в конечном итоге уменьшится в результате процесса угасания (обычно называемого “привыканием”), и проявления ПТСР снижаются.

Хотя ТЭП предоставляет убедительную и научно обоснованную концепцию проблемного страха и способов его изменения, страх не был основной эмоцией, связанной с травмой, которую испытывали многие из моих клиентов. Вместо этого их мучили сильные чувства стыда, вины и отвращения к себе, причинами которых была инвалидирующая среда, в которой они жили, и крайне негативная самоконструкция, сформировавшаяся в результате этого. Я была уверена, что эти негативные самонаправленные эмоции

также должны быть непосредственным объектом терапевтического воздействия при лечении ПТСР, и что одной экспозиции для этого может быть недостаточно. Я опиралась на модель эмоций ДПТ и ее полносистемный подход к регуляции эмоций, чтобы определить дополнительные стратегии, которые можно использовать для изменения эмоций в случае необходимости.

Другим спорным моментом был акцент ПЭ на роли проблемных убеждений, связанных с травмой, как основного фактора, который подпитывает избегание, поддерживающее ПТСР. Это противоречило эмоционально-фокусированному подходу ДПТ, рассматривающему проблемы в связи с эмоциями, включая дефицит навыков регуляции эмоций, интенсивные эмоции, мешающие умелому реагированию, и/или подавленное эмоциональное переживание. Действительно, попытки формулировать проблемы исключительно в терминах познания, считаются противоположными идеологии ДПТ. Учитывая это, я считала важным подчеркнуть роль интенсивных эмоций, связанных с травмой, и попыток избежать их как основных проблем, которые также поддерживают ПТСР в течение долгого времени. Вскоре я поняла, что экспозиция *in vivo* и *in sensu* представляет собой мощный метод не только лечения ПТСР, но и обучения клиентов тому, как испытывать и переносить сильные эмоции, не прибегая к дезадаптивному поведению избегания. Для этого я использовала идеи из теории тормозного обучения [Craske et al., 2008], например, акцентировала внимание на эмоциональной терпимости, а не на привыкании во время экспозиции, и рассматривала экспозицию как возможность нарушить ожидания клиентов (например, о негативных результатах переживания и выражения эмоций). В целом я полагала, что нам необходимо помочь клиентам развить способность испытывать нормальные эмоциональные переживания в процессе проведения экспозиции для лечения ПТСР, а также исправить разрушительные послания инвалидирующего окружения, и все это я считала необходимым для того, чтобы клиенты могли достичь свободы от связанных с травмой страданий.

Разработка ДПТ ПЭ

В начале своей работы над протоколом ДПТ ПЭ, я полагалась на теорию и исследования, рассматривающие ДПТ и ПЭ как независимые методы терапии, и на сильное чувство убежденности в том, что ПТСР является важной проблемой, которую необходимо решить для многих наших клиентов, проходивших ДПТ. Но у меня не было ни данных, ни опыта, на которые

можно было бы опираться, как именно лечить ПТСР у этой конкретной группы клиентов. Насколько я знала, за исключением нескольких клиентов, которых Марша лечила в начале своей карьеры, никто не пытался лечить ПТСР (тем более с помощью экспозиции!) у клиентов с высоким риском и сложными проблемами, которых я стремилась охватить. Учитывая это, я действовала с чрезмерной осторожностью, опасаясь, что один неверный шаг может привести к крайне негативным результатам.

Первой клиенткой, с которой я решила попробовать этот метод, была женщина, которая за пять лет до начала лечения у меня подверглась жестокому групповому изнасилованию со стороны своего бойфренда и его друзей. До этой травмы она также пережила насилие со стороны интимного партнера в двух отношениях, а также испытывала физическое и словесное насилие со стороны матери с раннего детства. У нее была долгая история суицидального самоповреждения (НССП), начиная с подросткового возраста; две предыдущие попытки самоубийства, включая одну, которая произошла за несколько месяцев до начала терапии; а также хронические проблемы с перееданием и импульсивными тратами. Она соответствовала критериям ПТСР, ПРЛ и биполярного расстройства II типа. На первом этапе ДПТ основное внимание уделялось тому, чтобы помочь ей обрести контроль над самоповреждающим поведением. За первые два месяца терапии она порезалась три раза, а на четвертом месяце ДПТ у нее была одна серьезная попытка самоубийства с помощью передозировки. Анализ логических цепочек достоверно показал, что это поведение было связано с проблемами, связанными с травмой, включая сильное чувство вины и стыда, мысли о том, что она «плохая», и воздействием напоминаний о травме. ПТСР также негативно влияло на качество ее жизни, о чем свидетельствовали частые кошмары и тяжелые воспоминания, хроническая раздражительность по отношению к детям и парню, избегание многих провоцирующих тревогу ситуаций (например, выход из дома в одиночку), а также чрезмерное время, потраченное на поведение, связанное с обеспечением безопасности (например, проверка замков на дверях). На основании того, что она освоила навыки ДПТ и воздерживалась от суицидального и самоповреждающего поведения, в конце шестого месяца ДПТ мы решили, что она готова начать лечение ПТСР.

Прежде чем приступить к работе с этой клиенткой, я уже решила внести несколько изменений в стандартный формат терапии. На сессиях, предшествующих экспозиции (сессии 1 и 2), я решила, что будет важно использовать стратегии ДПТ для получения и подтверждения обязательств активно участвовать в завершении экспозиции и не заниматься суицидальным или

самоповреждающим поведением во время терапии. Я также хотела, чтобы клиентка получила план приобретения навыков ДПТ, который она могла бы использовать во время сессий и между ними, чтобы справиться с возникающими позывами к самоповреждению или самоубийству. Поскольку я беспокоилась о способности клиентки переносить травма-фокусированную экспозицию, я внесла несколько изменений, направленных на создание дозированной подхода к экспозиции, в том числе попросила клиентку пройти первую экспозицию *in vivo* с терапевтом, а не самостоятельно, а затем провести несколько недель внутрисессионной экспозиции *in vivo* перед началом экспозиции *in sensu*. Для контроля риска и усиления внимания к эмоциям и принятию я также создала форму регистрации экспозиции, которую клиент должен был заполнять до и после каждого задания по экспозиции. В ней фиксировались его побуждения убить или причинить себе вред, получаемые оценки специфических эмоций (например, страха, стыда, вины, печали, гнева) в дополнение к обычной оценке по шкале субъективных единиц дистресса (SUDS) и оценивалась степень радикального принятия травмы.

Внеся эти первоначальные изменения, я начала проводить ПЭ со своей клиенткой на еженедельных сессиях, проводимых одновременно с индивидуальной и групповой терапией по методу ДПТ. Хотя она регулярно сообщала об усилении побуждений к самоповреждению и, в меньшей степени, к самоубийству после выполнения заданий по экспозиции, во время ПЭ она не проявляла ни того, ни другого. Поскольку ее ПТСР было связано в первую очередь с пережитым групповым изнасилованием, мы использовали экспозицию *in vivo* для ситуаций, связанных с этим событием, а также имагинальную экспозицию на само воспоминание о травме. После 11-й сессий она сообщила, что никакие стимулы, связанные с травмой, не оцениваются у нее по шкале SUDS выше 5 баллов (из 100), и она больше не соответствует критериям ПТСР. Я помню, как сияла от счастья и гордости, когда делилась этими результатами с Маршей и моей командой по проведению ДПТ. В этот момент другой постдокторант, Лизз Декстер-Мазза (Lizz Dexter-Mazza), согласилась опробовать новый протокол на одной из своих клиенток, женщине с хроническим ПТСР, имевшей в анамнезе изнасилование, ПРЛ и алкогольную зависимость, которая обратилась к ДПТ с паттерном регулярного НССП, более чем 40 попытками самоубийства за последние два года и неоднократными психиатрическими госпитализациями. Когда Лизз удалось добиться со своей клиенткой сопоставимо положительных результатов, я начала думать, что, возможно, мы придумали что-то стоящее. Результаты этих первых двух исследований были опубли-

кованы [Harned & Linehan, 2008], и я начала пытаться получить грант для окончательной разработки и тестирования этого начального протокола. Я и не подозревала, какой это будет трудной задачей.

В 2005 году я подала заявку на получение своего первого гранта в Национальный институт психического здоровья (NIMH). Он не получил даже оценки. С положительной стороны рецензенты охарактеризовали мое предложение по разработке второй стадии ДПТ как “настолько инновационное, насколько это вообще возможно, с огромной потенциальной пользой для области”. Тем не менее они сочли мои планы “слишком амбициозными” и усомнились в том, что человек, “недавно получивший степень доктора философии, с минимальным опытом работы с этой популяцией, является подходящим для разработки того, что, несомненно, станет одним из самых важных методов терапии, которые будут разработаны в течение следующего десятилетия”. Один из рецензентов прямо написал: “Не представляется целесообразным делегировать эту задачу человеку, который относительно недавно начал работать в области ПРЛ и ДПТ”. Возможно, я бы тогда бросила эту работу, если бы не Марша, которая, выдержав более чем справедливую долю критики в процессе разработки ДПТ, твердо стояла на моей стороне и говорила, что я должна продолжать свои попытки. После этого я начала, как мне казалось, бесконечный процесс пересмотра и повторной подачи заявок на гранты, каждый раз пытаюсь ответить на критические замечания, которые были высказаны, изменяя дизайн исследования, собирая больше экспериментальных данных и уточняя предложенный подход к терапии. В процессе работы мне также повезло, что Эдна Фoa, разработчик программы ПЭ, согласилась присоединиться к нашей исследовательской группе в качестве консультанта. К шестой попытке представления заявки на получение гранта, основной критикой, с которой я столкнулась, было предположение рецензентов о том, что добавление ПЭ к ДПТ “может ухудшить состояние некоторых клиентов”. Я собрала как можно больше данных в поддержку своей позиции, говорящих о том, что ухудшение состояния маловероятно, но в то же время признавала, что это остается эмпирическим вопросом, на который пока нет ответа. Если не сейчас, то когда? Если не эта команда исследователей, в которую входили разработчики ДПТ и ПЭ, то кто? Этот аргумент в конце концов сработал, и через 4,5 года и после рождения двух детей я получила свой первый грант.

В 2009 году я начала исследования в рамках четырехлетнего гранта по разработке нового метода терапии, собрав команду специалистов, работающих с ДПТ — терапевтов, которые согласились работать в этом проекте вместе

со мной, включая Кэти Корслунд (Katie Korslund), Энни МакКолл (Annie McCall), Боба Геттла (Bob Goettle) и Джулию Хитч (Julia Hitch). Затем те из нас, кто должен был проводить индивидуальную терапию, отправились на четырехдневный интенсивный семинар по ПЭ под руководством Эдны Фоа и ее коллег в Пенсильванском университете в Филадельфии. Это был одновременно и познавательный, и отрезвляющий опыт для нас, поскольку реальность того, что мы собирались сделать, стала очевидной. Никто до нас не пытался использовать ПЭ с теми типами клиентов с высоким риском и сложной структурой, которых мы планировали лечить. Пока мы были там, я встретила с Эдной, чтобы более подробно обсудить предлагаемый протокол терапии, включая описание изменений в ПЭ, которые я сделала в наших первых пилотных случаях. Она согласилась с большинством внесенных мной изменений, но выразила озабоченность по поводу осторожного подхода к экспозиции. Вместо этого Эдна посоветовала мне придерживаться стандартного формата ПЭ без дозирования, в том числе попросить клиентов начать экспозицию *in vivo* самостоятельно после второй сессии и сразу же приступить к экспозиции *in sensu* на третьей сессии. Несмотря на то что мне хотелось уберечь наших клиентов от возможных негативных последствий, я согласилась попробовать это сделать. (Неудивительно, что Эдна оказалась права: наши клиенты смогли вынести этот менее дозированный подход.) Затем мы вернулись в нашу клинику в Вашингтонском университете и начали первую фазу проекта, включающую в себя исследование с участием 13-ти женщин с ПРЛ и ПТСР, склонных к суициду и самоповреждениям, которые с юмором называли себя “подопытными кроликами”.

Я благодарна моей команде терапевтов, а также клиентам, которые согласились принять участие в этом первом исследовании, за то, что они доверились нам, даже если я еще не до конца понимала его специфику. Еженедельные встречи нашей консультационной группы по ДПТ были направлены на выявление проблем, поиск решений, опробование новых стратегий и постоянное совершенствование того, что мы делали, с точностью и строгостью. Не менее важно, что мы поддерживали друг друга в мотивации и желании “окунуться туда, где ангелы боятся ступить”, даже когда были в ужасе от того, что все это может разрушиться прямо у нас на глазах (а иногда так и происходило). Клиенты учили нас, как улучшить нашу деятельность, предлагали изменения, которые мы могли бы внести, и вдохновляли нас продолжать работу своей смелостью и целеустремленностью. Я регулярно встречалась с Маршей и Эдной, чтобы обсудить достигнутый прогресс, получить их отзывы и научиться у них огромной клинической мудрости. Нашей команде также очень помогли консультации экспертов

по ПЭ в клинике Эдны, которые наблюдали за многими нашими сеансами, помогли нам отточить навыки и прояснить сходства и различия, существующие между нашим подходом, основанным на ДПТ, и стандартным ПЭ.

При поддержке этой впечатляющей команды к концу исследования я разработала ключевые элементы интегрированной терапии по протоколам ДПТ и ДПТ ПЭ, которые описаны в этой книге. В этом процессе я старалась как можно ближе придерживаться стандартного протокола ПЭ и вносила изменения только тогда, когда считала это необходимым для лучшего удовлетворения потребностей наших клиентов или повышения совместимости с ДПТ. Мы также были в восторге, обнаружив, что этот новый синтез ДПТ и ПЭ, похоже, работает. Так, к концу терапии у 60% клиентов, начавших лечение, и у 71% тех, кто его завершил, наступила ремиссия ПТСР, и никому не стало хуже [Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2012].

Затем я приступила ко второй фазе проекта: проведению РКИ, в котором сравнивались ДПТ с протоколом ДПТ ПЭ и без него в выборке из 26 женщин с ПРЛ и ПТСР, склонных к суициду и самоповреждениям. На этот раз у меня была более многочисленная команда терапевтов, включая нескольких аспирантов и постдокторантов, и выборка еще более рискованных клиентов, у которых за год до начала терапии было вдвое больше попыток самоубийства, чем в нашей первоначальной группе. В этом исследовании мы потеряли первую клиентку, покончившую жизнь самоубийством, — женщину, которая находилась на стандартной ДПТ и поэтому не получала ДПТ ПЭ. Это невероятно печальное событие напомнило нам о реальности риска, с которым мы столкнулись, и придало еще больше решимости продолжать работу. В конце исследования мы обнаружили, что большинство клиентов, прошедших курс ДПТ ПЭ, избавились от ПТСР (80%), в то время как те, кто получал только ДПТ, от этого расстройства не избавились (40%). И опять же, никому из тех, кто проходил ДПТ ПЭ, не стало хуже. Действительно, оказалось, что присоединение ДПТ ПЭ к ДПТ скорее уменьшает, чем увеличивает вероятность попыток самоубийства и самоповреждений [Harned, Korslund, & Linehan, 2014].

По мере того, как появлялись эти положительные результаты, росла потребность в том, чтобы я начала проводить обучение ДПТ-терапевтов этому недавно разработанному подходу. После завершения первоначального исследования в 2012 году я несколько неуверенно начала проводить вводный двухдневный семинар по ДПТ ПЭ, при этом четко осознавая предварительный характер полученных доказательств. В 2015 году, получив подкрепление в виде результатов РКИ, я расширила эту программу до

4-дневного интенсивного семинара по ДПТ ПЭ и начала обучать ДПТ-терапевтов по всей территории США и за рубежом. Решив убедиться в том, что эта деятельность приносит пользу, а не вред, я собрала данные у более чем 260 терапевтов, посетивших эти семинары, чтобы оценить, каких успехов они смогли добиться в продвижении использования ДПТ ПЭ при работе с клиентами. Результаты показали, что большинство терапевтов, посетивших эти семинары, использовали ДПТ ПЭ в течение 6 месяцев после обучения. Те, кто использовал этот метод, сообщили, что это было безопасно и обычно приводило к улучшению ПТСР у их клиентов [Harned, Ritschel, & Schmidt, 2021].

В 2015 году я получила второй грант от NIMH для оценки эффективности комплексного применения ДПТ и ДПТ ПЭ в условиях общественной практики. В рамках этого проекта я сотрудничала с четырьмя государственными учреждениями психического здоровья в Филадельфии, которые предоставляли ДПТ подросткам и взрослым в разных вариантах помощи. Вместе с Кэти Корслунд (Katie Korlund) и Сарой Шмидт (Sara Schmidt) мы проводили тренинги и консультации для этих команд, чтобы помочь им внедрить ДПТ ПЭ в существующие программы ДПТ. В течение следующих четырех лет я близко познакомилась с трудностями проведения терапии в этих малоресурсных учреждениях, которые характеризуются высокой текучестью кадров и невероятно неблагоприятным клиентским контингентом. Несмотря на эти трудности, мы обнаружили, что ДПТ ПЭ может быть эффективно перенесена в эти условия и что она продолжает улучшать течение ПТСР и обеспечивать другие результаты, превышающие эффекты только ДПТ [Harned, Schmidt, Korlund, & Gallop, 2021].

Замечание по поводу названия

Меня часто спрашивают, почему эта терапия называется протоколом ДПТ ПЭ (или просто ДПТ ПЭ), а не аналогично тому или иному из входящих в нее методов. Главная причина заключается в том, что эта терапия — настоящий синтез ДПТ и ПЭ. Называя лечение ДПТ, вы не признаете того факта, что оно основано на ПЭ. В то же время, называя его ПЭ, вы упускаете из виду то, как ДПТ вливается во все аспекты его применения. Поэтому включение в название протокола слов ДПТ и ПЭ призвано отразить диалектический подход “и то и другое”, в котором учитывается важность обоих методов терапии и одновременно демонстрируется, что их синтез дал нечто новое, качественно отличающееся от лежащих в его основе методов.

После 14 лет работы в качестве директора по исследованиям в клинике Марши в Вашингтонском университете в 2018 году я получила должность в подразделении Пьюджет-Саунд системы здравоохранения Сиэтла. В рамках моей новой должности мне было поручено создать комплексную программу по ДПТ и обучить персонал применению как ДПТ, так и ДПТ ПЭ. Опираясь на работу Лоры Мейерс и ее команды в Администрации ветеранов Миннеаполиса, которые показали, что ДПТ ПЭ эффективна в ветеранской популяции [Meyers et al., 2017], мы начали использовать эту терапию с ветеранами, страдающими ПРЛ, дисрегуляцией поведения и относящимися к группе с высоким риском. Почти каждый ветеран, участвующий в нашей программе ДПТ для ветеранов, страдает ПТСР, и ДПТ ПЭ стала стандартной и, как правило, успешной частью получаемой ими терапии. Тогда я многое узнала о том, как адаптировать ДПТ ПЭ к потребностям новой популяции клиентов: в данном случае ветеранов всех полов, часто имеющих сложную историю военных и невоенных травм. В этой книге описаны примеры того, как адаптировать ДПТ ПЭ к различным группам клиентов, и я ожидаю, что терапия будет продолжать развиваться по мере углубления наших знаний о том, как сделать ее максимально эффективной для различных клиентов, которые в ней нуждаются.

Доказательная база

Значительным преимуществом создания протокола ДПТ ПЭ на основе двух золотых стандартов доказательной терапии является то, что уже существовал большой объем исследований, подтверждающих эффективность его составных частей. На данный момент более 35 РКИ продемонстрировали эффективность и действенность ДПТ в снижении склонности к суицидальному и самоповреждающему поведению [DeCou, Comtois, & Landes, 2018], уменьшению проявлений симптомов ПРЛ [Storebø et al., 2020] и широкого спектра других проблем у взрослых и подростков [Miga, Neacsiu, Lungu, Heard, & Dimeff, 2019]. Аналогичным образом было проведено более 35 РКИ ПЭ, которые подтвердили ее эффективность и действенность в снижении проявлений ПТСР у взрослых [Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010] и подростков [Foa, McLean, Capaldi, & Rosenfield, 2013; Gilboa-Schechtman et al., 2010] с широким спектром травм. Учитывая большую доказательную базу по ДПТ и ПЭ, исследования интегрированной терапии лечения ДПТ + ДПТ ПЭ были направлены на подтверждение того,

что они остаются эффективными при адаптации и сочетании, и что это осуществимо, приемлемо и безопасно для клиентов с высокими рисками и множественными диагнозами.

Исследования эффективности

Как описано выше, два оригинальных исследования ДПТ + ДПТ ПЭ были проведены в исследовательской клинике Вашингтонского университета и включали открытое исследование ($n = 13$) [Harned et al., 2012] и РКИ, в котором сравнивались ДПТ с протоколом ДПТ ПЭ и без него ($n = 26$) [Harned et al., 2014]. Оба исследования включали один год терапии, в которой принимали участие взрослые женщины с недавними (последние 2-3 месяца) и повторяющимися попытками самоубийства и/или НССП, ПТСР и ПРЛ. В среднем клиентки пытались совершить суицид от двух до трех раз и совершали НССП более 60 раз за год до начала терапии. Возраст участниц составлял в среднем 33–39 лет, они были преимущественно белыми (69–80%), имели низкий доход (75–91% зарабатывали менее 20 тыс. долларов в год), а 13–54% относили себя к сексуальным меньшинствам. Дополнительная информация о клинических характеристиках этих выборок представлена в главе 2, а конкретные расовые и этнические подгруппы и подгруппы сексуальных меньшинств описаны в главе 17.

Приемлемость и выполнимость

В обоих исследованиях 74% клиенток при поступлении отдали предпочтение ДПТ + ДПТ ПЭ по сравнению с только ДПТ (26%) или только ПЭ (0%). Это было предопределено наличием более тяжелых симптомов повторного переживания ПТСР и травмой, полученной в детстве [Harned, Tkachuck, & Youngberg, 2013]. В течение курса ДПТ 46–77% клиенток начали применять протокол ДПТ ПЭ, и это произошло в среднем через 20 недель после прохождения ДПТ; из них 70–75% завершили его в среднем за 13 сессий (диапазон составил 6–19 недель), в ходе которых обычно затрагивались два-три воспоминания о травме. Основным препятствием для начала терапии по протоколу ДПТ ПЭ был отказ от лечения на первом этапе ДПТ, который произошел у 23–41% клиентов и при РКИ был связан с более низкой приверженностью терапевта к ДПТ. В целом проведенная терапия оправдала позитивные ожидания клиентов и терапевтов, которые были удовлетворены полученными результатами.

Безопасность

Протокол ДПТ ПЭ был признан безопасным для проведения терапии. В течение года лишь несколько клиентов, из принимавших участие в открытом исследовании, предприняли попытки самоубийства (9%) или нанесли себе увечья (27%). По данным РКИ клиенты, прошедшие терапию по протоколу ДПТ ПЭ, в 2,4 раза реже совершали попытки самоубийства (17% против 40%) и в 1,5 раза реже наносили самоповреждения (67% против 100%), чем те, которые получали только ДПТ. Эти результаты свидетельствуют о том, что добавление протокола ДПТ ПЭ к ДПТ, скорее всего, снизит, чем повысит риск суицидального и самоповреждающего поведения. Кроме того, выполнение заданий по экспозиции *in vivo* и *in sensu* не было связано с повышением риска самоповреждающего поведения. В ходе терапии по протоколу ДПТ ПЭ побуждения к попыткам самоубийства и самоповреждениям редко усиливались сразу после выполнения заданий по экспозиции (6–11% заданий), а при РКИ средние пред- и постсесссионные побуждения к этим видам поведения были выше при ДПТ, чем при ДПТ + ДПТ ПЭ. В целом, во время части терапии, проведенной по протоколу ДПТ ПЭ 20–25% клиентов вовлекались в суицидальное и/или самоповреждающее поведение, что не выше, чем при ДПТ.

Клинические результаты

По окончании терапии клиенты, прошедшие терапию в варианте ДПТ + ДПТ ПЭ, продемонстрировали значительное и существенное улучшение течения ПТСР (параметр *g* Хеджеса, характеризующий силу эффекта, находился в пределах 1,6–1,8), а также наблюдались высокие показатели достоверного улучшения (70–83%) и диагностической ремиссии ПТСР (58–60%). Клиенты, прошедшие терапию по протоколу ДПТ ПЭ, показали еще большее улучшение течения ПТСР ($g = 1,9–2,9$), а также более высокие показатели достоверного улучшения (86–100%) и диагностической ремиссии ПТСР (71–80%). При РКИ вероятность достижения диагностической ремиссии ПТСР (80% против 40%) у клиентов, прошедших терапию по протоколу ДПТ ПЭ, была в два раза выше, чем у тех, кто прошел только ДПТ. В обоих вариантах исследования клиенты, прошедшие курс ДПТ + ДПТ ПЭ, также продемонстрировали значительные улучшения показателей диссоциации, депрессии, тревоги, вины, стыда, социального и глобального функционирования, а при РКИ эти улучшения были более значительными при использовании варианта ДПТ + ДПТ ПЭ по сравнению с ДПТ.

Механизмы и процессы изменений

Используя данные испытаний эффективности метода, в нескольких исследованиях оценили факторы, связанные с улучшением состояния при ПТСР в ходе терапии, проводимой по протоколу ДПТ + ДПТ ПЭ. В первом исследовании изучался характер изменения эмоций во время проведения экспозиции *in sensu*. Было установлено, что при проведении экспозиции *in sensu* на сессиях значительно уменьшились только общий дистресс (по шкале SUDS) и страх, в то время как в результате проведения экспозиции *in sensu* между сессиями, значительно уменьшились общий дистресс, страх, вина, стыд и отвращение [Harned, Ruork, Liu, & Tkachuck, 2015]. В этом исследовании также было установлено, что достижение ремиссии ПТСР предсказывается большей межсессионной, но не внутрисессионной привыкаемостью или эмоциональной активацией. Другое исследование показало, что у клиентов с более высоким уровнем стыда, вины, избегания переживаний и посттравматических когниций темпы улучшения состояния при ПТСР в ходе терапии были ниже, что говорит о необходимости целенаправленного воздействия на эти поддерживающие факторы для ускорения получения позитивных результатов [Harned, Fitzpatrick, & Schmidt, 2020].

В двух исследованиях изучались сроки изменения состояния клиентов с ПТСР и других результатов во время курса ДПТ + ДПТ ПЭ. Оценка трех этапов терапии показала, что течение ПТСР не меняется на первом этапе, но значительно улучшается на втором и третьем этапах, тогда как течение ПРЛ и состояние диссоциации клиентов значительно улучшаются только на третьем этапе [Harned, Gallop, & Valenstein-Mah, 2018]. Кроме того, улучшение показателей ПТСР и посттравматических когниций предопределяет последующее улучшение функциональных результатов, таких как социальная адаптация, общее функционирование и качество жизни, связанное со здоровьем [Harned, Wilks, Schmidt, & Coyle, 2018].

В совокупности эти результаты показывают, что:

- 1) применение ДПТ вряд ли значительно улучшит состояние клиентов с ПТСР без дополнительного привлечения на втором этапе терапии протокола ДПТ ПЭ;
- 2) уменьшение проявления связанных с травмой эмоций, избегания переживаний и посттравматических когниций имеет решающее значение для достижения улучшения симптомов ПТСР;
- 3) улучшение многих коморбидных проблем, вероятно, произойдет после и в результате успешного лечения ПТСР.

Исследования эффективности

После этих первоначальных испытаний в двух исследованиях изучалась эффективность ДПТ + ДПТ ПЭ в условиях общественной практики. Мейерс и коллеги [Meyers et al., 2017] оценили терапию, проводимую в рамках 12-недельной интенсивной амбулаторной программы в медицинском центре для ветеранов. В это открытое исследование были включены 33 ветерана (средний возраст составлял 43 года, 52% мужчин, 76% белых) с ПТСР и чертами ПРЛ, которые сопротивлялись предыдущим попыткам предоставления им стандартной терапии ПТСР, включая ПЭ, в медицинском центре для ветеранов. Для адаптации к интенсивной амбулаторной модели терапия была сокращена до 12 недель стандартной ДПТ (три группы навыков ДПТ и одна индивидуальная сессия ДПТ в неделю) с включением протокола ДПТ ПЭ, начиная со второй недели. В среднем клиенты получили 12 сеансов ДПТ ПЭ. В целом 67% клиентов успешно завершили программу, ни один из них не выбыл во время ДПТ ПЭ, и не произошло никаких неблагоприятных событий. Среди тех, кто завершил терапию, наблюдалось значительное и существенное снижение тяжести ПТСР, числа суицидальных мыслей и проявлений дисфункционального копинга по сравнению с периодом до и после лечения. По окончании терапии у 91% клиентов с ПТСР наблюдалось достоверное улучшение состояния, а у 64% показатели снизились до уровня ниже клинической границы диагноза ПТСР.

Как упоминалось ранее, мой второй грант от NIMH включал нерадомониторимое контролируемое исследование, в котором сравнивались ДПТ с ДПТ ПЭ и без него в четырех государственных учреждениях психического здоровья в Филадельфии [Harned et al., 2021]. Эти учреждения включали амбулаторную программу по ДПТ для взрослых, две программы по месту жительства (одна для взрослых, другая для подростков) и одну программу, встроенную в ассертивную программу общественной терапии для взрослых с тяжелыми психическими заболеваниями. Клиенты должны были соответствовать критериям ПТСР и быть зачислены в программу ДПТ по одной из этих программ; критерии исключения не применялись. В выборку вошли 35 клиентов в возрасте от 12 до 56 лет (в среднем 30), из которых 80% были женщины, 65% — расовые/этнические меньшинства (в основном афроамериканцы — 41% и латиноамериканцы — 27%), а 44% относили себя к сексуальным меньшинствам. Большинство клиентов (85%) зарабатывали менее 5 тыс. долларов в год и получали финансовую помощь или пособия от штата или федеральных властей. За последний год 60% со-

вершали акты НССП, 46% — попытки самоубийства, а 49% были госпитализированы в психиатрическую больницу. По данным врачей, наиболее распространенными сопутствующими диагнозами были ПРЛ (54%), биполярное расстройство (34%), глубокая депрессия (31%), расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (20%), и психотическое расстройство (17%).

В этой демографически и клинически разнообразной выборке 46% клиентов инициировали использование протокола ДПТ ПЭ во время прохождения курса ДПТ. Основным препятствием для начала ДПТ ПЭ была смена терапевта: 58% клиентов, не получавших ДПТ ПЭ, потеряли своего терапевта из-за его замены в ходе лечения. Уровень отсева из терапии по инициативе клиентов составил 29% и не различался между теми, кто прошел или не прошел ДПТ ПЭ. Клиенты, которые начали и/или завершили ДПТ ПЭ, имели значительное улучшение течения ПТСР ($g = 1,1-1,4$), достоверное улучшение состояния (54–71%), и 40–44% больше не соответствовали критериям ПТСР к моменту окончания терапии. Напротив, у клиентов, не начавших ДПТ ПЭ, наблюдались умеренное улучшение состояния ($g = 0,5$), относительно низкие показатели достоверного улучшения (31%) или ремиссии (23%) ПТСР. Аналогичным образом клиенты, начавшие ДПТ ПЭ, продемонстрировали значительные улучшения, касающиеся посттравматических когний, дисрегуляции эмоций, общего психологического дистресса и функциональных нарушений, тогда как состояние клиентов, получавших только ДПТ, либо существенно не изменилось, либо улучшилось в меньшей степени по этим показателям. Уровень суицидальных попыток и/или НССП во время терапии был значительно ниже среди клиентов, проходивших ДПТ ПЭ (27%), чем среди тех, кто получал только ДПТ (65%), и не было доказательств увеличения этих форм поведения или использования кризисных услуг среди клиентов, получавших ДПТ ПЭ. Возраст, пол, расовая/этническая принадлежность и сексуальная ориентация клиентов не оказали существенного влияния на начало применения ДПТ ПЭ или на скорость улучшения показателей ПТСР и других результатов. Это позволяет предположить, что эффект ДПТ ПЭ может распространяться на клиентов из различных социально-демографических групп.

Сравнительный анализ этих результатов с данными, полученными в двух оригинальных исследованиях эффективности [Harned et al., 2012; 2014] показал, что степень улучшения состояния клиентов с ПТСР в этой выборке, хотя и была значительной, оставалась меньше, чем в исследованиях эффективности. Вероятно, это было связано с различными условиями

проведения терапии в экспериментах. Например, в описанных выше исследованиях клиенты получали более короткие и менее последовательные сессии ДПТ, а также в среднем меньшее количество сессий ДПТ ПЭ, чем в испытаниях по эффективности. Кроме того, различия в выборках клиентов могли способствовать снижению результатов терапии, так как в испытаниях по эффективности было больше расовых/этнических меньшинств, клиентов, живущих в крайней бедности, клиентов с ПРЛ и без ПРЛ, а также лиц с психотическими и биполярными расстройствами.

Исследования по распространению и внедрению

В двух исследованиях изучались методы подготовки терапевтов к проведению протокола ДПТ ПЭ. В первом исследовании было опрошено 266 терапевтов, которые сами выбрали участие в двух- или четырехдневных рабочих семинарах по ДПТ ПЭ [Harned et al., 2021]. Эти терапевты применяли ДПТ в самых разных условиях практики, и до семинара 78% из них сообщили, что чувствовали себя “очень комфортно” при использовании ДПТ. Семинары способствовали повышению уверенности терапевтов в работоспособности метода ДПТ ПЭ и их способности применять ее, а также снижению их беспокойства по поводу возможного ухудшения состояния клиентов. Через 6 месяцев после обучения терапевты, посетившие 4-дневный семинар, значительно чаще использовали ДПТ ПЭ в своей практике, чем те, кто посетил 2-дневный семинар (66% vs. 39%), а использование ДПТ ПЭ было предопределено большей убежденностью в достоверности терапии в посттренинговый период. Основной причиной того, что терапевты не использовали ДПТ ПЭ в течение 6 месяцев после обучения, было отсутствие подходящих клиентов.

Среди терапевтов, которые использовали ДПТ ПЭ, 81% отметили, что в среднем показатели ПТСР у клиентов улучшились, а 67% сообщили о значительных положительных изменениях. Кроме того, большинство терапевтов констатировали, что коморбидные проблемы их клиентов не усугубились во время ДПТ ПЭ. Если ухудшение и происходило, то, как правило, это было временное усиление внутреннего дистресса (например, дисрегуляция эмоций, диссоциация, депрессия), а не потеря поведенческого контроля. Немногие терапевты сообщали о клиентах, у которых наблюдалось временное усиление суицидальных попыток (5%) или НССП (17%), а устойчивое ухудшение этих форм поведения было редким (случаи НССП не превышали 3%) или отсутствовало (количество суицидальных попыток было равно

0%). В совокупности эти результаты свидетельствуют о том, что семинары, особенно стандартный 4-дневный семинар по ДПТ ПЭ, являются эффективным методом обучения терапевтов проведению ДПТ ПЭ способом, который, по их мнению, является безопасным и эффективным для клиентов. Модель обучения с помощью семинаров может быть наиболее эффективной для терапевтов, мотивированных к обучению и использованию ДПТ ПЭ и твердо убежденных в своей способности проводить ДПТ.

Второе исследование по подготовке терапевтов было включено в грант, целью которого была разработка методики проведения ДПТ ПЭ в государственных учреждениях психического здоровья в Филадельфии. В этом проекте мы использовали более интенсивную модель внедрения, которая включала 4-дневный семинар по ДПТ ПЭ, после чего на протяжении 16 месяцев раз с интервалом в два месяца проводились групповые консультации с экспертом, который также регулярно проводил обзор сессий ДПТ и ДПТ ПЭ и предоставлял обратную связь по результатам терапии [Harned et al., 2021]. Терапевты в этом исследовании ($n = 28$) не выбрали сами участие в тренинге (их попросили принять участие руководители групп) и были в основном консультантами и социальными работниками уровня магистра, которые проводили ДПТ в своем учреждении в среднем 15 месяцев. Половина из этих терапевтов (50%) сообщили, что до семинара чувствовали себя “очень комфортно” при использовании ДПТ. С начала и до конца семинара наблюдался значительный рост уверенности терапевтов в эффективности ДПТ ПЭ и их способности проводить ее, а также снижение негативных представлений об экспозиции. В целом 62% терапевтов, использовавших ДПТ ПЭ после обучения, проводили терапию на высоком профессиональном уровне (96% оцененных сеансов ДПТ ПЭ были признаны удачными). Эти результаты подтверждают потенциальную эффективность многокомпонентной модели внедрения для обучения и постоянной поддержки терапевтов, желающих проводить ДПТ ПЭ, особенно тех, кто менее уверен в своей способности проводить ДПТ.

Резюме

Описанный в этой книге метод интегрированной терапии по протоколам ДПТ и ДПТ ПЭ возник из моего стремления найти способ эффективного лечения ПТСР даже для самых рискованных и сложных клиентов. Начиная с чрезвычайно сильных основ ДПТ и ПЭ, протокол ДПТ ПЭ был разработан с помощью итеративного подхода методом проб и ошибок, с ис-

пользованием основополагающих теорий, лежащих в основе этих методов, и учетом потребностей наших клиентов. На этом пути многие терапевты, клиенты, разработчики ДПТ и ПЭ, а также другие эксперты помогли придать протоколу его нынешнюю форму и сделать его лучше, чем он мог бы быть. Проведенные на сегодняшний день исследования подтверждают осуществимость, приемлемость, безопасность и эффективность использования этого подхода для разных групп клиентов, в отличающихся условиях, а также при проведении терапии ДПТ терапевтами с различным уровнем подготовки. После многих лет разработки и практического применения метода, я рада поделиться с вами этим руководством и надеюсь, что оно поможет обеспечить эффективное лечение ПТСР и изменить жизнь клиентов, попавших в кажущийся бесконечным цикл страданий, связанных с травмой.