Пограничное расстройство личности и ДБТ

Почему классическая КПТ не помогла самым тяжёлым клиенткам Марши Линехан и как из этой неудачи выросла диалектическая поведенческая терапия

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

16 глав ~35 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

Доказано исследованиями | Клинический консенсус | Со слов автора | Трактовка / спорно | Документальный факт | Не проверено

Коротко: главное

- **ПРЛ — это не «трудный характер», а клинический диагноз.** Пограничное расстройство личности — устойчивая нестабильность отношений, образа себя и эмоций плюс импульсивность. Диагноз ставит специалист после обследования, а не тест в интернете.
- **Двое людей с ПРЛ могут быть совсем не похожи.** Для диагноза по DSM-5 нужно 5 признаков из 9, а таких наборов получается 256. Любой «портрет пограничника» — карикатура.
- **Классическая КПТ у этих клиенток сначала провалилась.** Марша Линехан начинала с терапии, нацеленной на изменение, и клиентки слышали в ней «ты виновата». Чистое принятие они слышали как «вам всё равно». Сработало только сочетание: принятие **и** изменение.
- **ДБТ — это программа, а не набор упражнений.** Полная модель включает индивидуальную терапию, группу навыков, телефонный коучинг между сессиями и команду, которая поддерживает самих терапевтов.
- **ДБТ — самый изученный подход при ПРЛ, но не чудо.** Эффекты в метаанализах малые или умеренные, качество доказательств низкое или умеренное, и другие хорошие специализированные терапии работают сопоставимо.
- **ДБТ меняет сначала поступки, а не мысли.** В метаанализе она снижала суицидальное поведение, а снижение суицидальных мыслей не достигло

статистической значимости.

- **ПРЛ — не приговор.** За 16 лет наблюдения почти все участники достигли ремиссии симптомов хотя бы на 2 года; построить устойчивую жизнь с работой и отношениями удавалось заметно реже.
- **Сама Линехан не «болела ПРЛ» в смысле поставленного диагноза.** В 17 лет ей диагностировали шизофрению; о своей госпитализации она публично рассказала только в 2011 году, в 68 лет.

Хронология

Путь от больничной палаты до самой изученной терапии ПРЛ. Подробности и источники — в главах ниже.

1943 — Марша Линехан родилась в Талсе (Оклахома)

1961 — В 17 лет её кладут в психиатрическую больницу Institute of Living (Хартфорд); диагноз — шизофрения

1963 — Выписка после 26 месяцев госпитализации

1967 — Духовный опыт в Чикаго, после которого, по её словам, она научилась выдерживать эмоциональную боль

1971 — Докторская степень (PhD) по психологии, Университет Лойола, Чикаго

1977 — Переход в Вашингтонский университет (Сиэтл); работа с хронически суицидальными клиентками начинается с классической КПТ

1985 — Полгода обучения дзен-практике: в монастыре Шаста и у католического священника — дзен-мастера

1991 — Первое рандомизированное испытание ДБТ

1993 — Два руководства Линехан: по терапии ПРЛ и по тренингу навыков

2006 — Испытание: ДБТ против терапии у лучших «экспертов сообщества»

2009 — Британские рекомендации NICE предлагают рассматривать ДБТ для женщин с ПРЛ и повторным самоповреждением

2011 — Линехан публично рассказывает о собственной госпитализации

2015 — Компонентный анализ: какие части ДБТ нужны для какого результата

2018 — Крупное испытание ДБТ для подростков с высоким суицидальным риском

2020 — Мемуары «Building a Life Worth Living»; Кокрейновский обзор психотерапий ПРЛ

2022 — 6 месяцев ДБТ оказались не хуже 12

2024 — Обзор ПРЛ в World Psychiatry: ни одна специализированная терапия не доказала превосходства над другими

Как читать: метки надёжности

У каждого факта здесь есть метка: она показывает, насколько твёрдо на нём можно стоять.

Метка стоит в скобках первой, за ней источник. **Доказано исследованиями** — рандомизированные испытания (участников по жребию делят на группы и сравнивают результат) или метаанализы (сводки многих испытаний). **Клинический консенсус** — клинические рекомендации, например британские NICE. **Со слов автора** — так

рассказывает сама Линехан или её организации; независимо не проверялось. **Трактовка** — прочтение фактов рецензентами, историками или авторами модели; вопрос может быть открыт. **Документальный факт** — даты, публикации, учреждения. **Источники расходятся** — приводим обе версии. **Не проверено** — первоисточник открыть не удалось.

> **Важно** Это просвещение, а не терапия и не диагностика. В тексте говорится о суициде и самоповреждении — без подробностей, но тема может быть тяжёлой. Если вы думаете о том, чтобы навредить себе, или вам нужна поддержка прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас» внизу страницы.

Что такое ПРЛ — и чем оно не является

Прежде чем говорить о терапии, нужно понять, ради кого её создавали.

Девять признаков и 256 комбинаций

Пограничное расстройство личности (ПРЛ; англ. borderline personality disorder, BPD) — это устойчивый паттерн, при котором нестабильны отношения, образ себя и эмоции, а поведение отличается выраженной импульсивностью. Паттерн складывается к ранней взрослости и проявляется в разных сферах жизни **документальный факт; Leichsenring et al., 2024**.

В американской классификации DSM-5 для диагноза нужно 5 из 9 признаков. Своими словами они звучат так **документальный факт; Leichsenring et al., 2024; NIMH**:

1. Отчаянные усилия избежать реальной или воображаемой покинутости.
2. Напряжённые и нестабильные отношения: от идеализации человека до его обесценивания.
3. Нестабильный образ себя: трудно ответить на вопрос «кто я».
4. Импульсивность как минимум в двух сферах, которые могут навредить: траты, вещества, вождение, переедание и т. п.
5. Повторяющееся суицидальное поведение, угрозы или самоповреждение.
6. Сильные перепады настроения, которые длятся от нескольких часов до нескольких дней.
7. Хроническое чувство пустоты.
8. Интенсивный гнев, который трудно контролировать.
9. Кратковременные, связанные со стрессом подозрительность или ощущение отстранённости от себя и мира (диссоциация).

В действующей версии DSM-5-TR (2022) эти критерии, насколько нам известно, по содержанию не менялись **не проверено: текст DSM-5-TR не открывался**.

Из девяти признаков можно собрать 256 разных комбинаций, дающих диагноз, и два человека с ПРЛ могут совпадать всего по одному признаку **документальный факт; Leichsenring et al., 2024**. Поэтому «типичного пограничника» не существует.

> Важно Этот список — не чек-лист для самопроверки. Сильные эмоции, страх расставания и импульсивные решения бывают у очень многих людей без всякого расстройства. Для диагноза важно, что паттерн устойчивый, проявляется в разных сферах и заметно мешает жить. Это оценивает специалист — обычно с помощью структурированного интервью.

Как ПРЛ описано в МКБ-11

В международной классификации МКБ-11 (действует с 2022 года) типы расстройств личности упразднены. Сначала оценивают тяжесть: лёгкое, умеренное или тяжёлое расстройство личности или «личностные трудности». Затем можно добавить уточнение «пограничный паттерн» (код 6D11.5); его описание почти совпадает с девятью критериями DSM **документальный факт; ВОЗ, МКБ-11; Leichsenring et al., 2024**. То есть формально в МКБ-11 диагноз звучит как «расстройство личности умеренной степени, пограничный паттерн».

Как часто это встречается

По обзору 2024 года, ПРЛ на протяжении жизни встречается у 0,7–2,7% взрослых в общей популяции, примерно у 12% амбулаторных пациентов психиатрических служб и примерно у 22% пациентов психиатрических стационаров **доказано исследованиями; Leichsenring et al., 2024**.

> Миф и как на самом деле **Миф:** ПРЛ — «женское» расстройство. **Как на самом деле:** в клинике женщин действительно больше — среди амбулаторных пациентов около 72%. Но в американской популяционной выборке разница почти исчезает: около 3% у женщин и 2,4% у мужчин **доказано исследованиями; Leichsenring et al., 2024**. Перекос в клинике, вероятно, связан с тем, кто чаще обращается за помощью и кому чаще ставят этот диагноз **трактовка**.

> Миф и как на самом деле **Миф:** люди с ПРЛ — манипуляторы. **Как на самом деле:** ярлык «манипулятивные» звучит даже среди специалистов, и обзоры описывают его как часть стигмы: многие клиницисты признаются, что предпочли бы избегать таких пациентов **трактовка; Sansone & Sansone, 2013; McLaughlin et al., 2025**. В модели Линехан

поведение, которое со стороны выглядит как манипуляция, понимается иначе: как попытка быстро справиться с эмоцией, которая кажется невыносимой **со слов автора; Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009**.

Лекарства

Ни одно лекарство не показало устойчивой эффективности для ядра ПРЛ; препараты могут помогать при отдельных тяжёлых сопутствующих состояниях, например депрессии или тревоге **доказано исследованиями; Leichsenring et al., 2024**. Британские рекомендации NICE (2009) советуют не назначать препараты специально для ПРЛ или его отдельных симптомов **клинический консенсус; NICE, 2009**. Основное лечение — психотерапия.

Источники главы: Leichsenring et al., 2024 · NIMH · ВОЗ, МКБ-11 · Sansone & Sansone, 2013 · McLaughlin et al., 2025 · NICE, 2009

Марша Линехан: из пациентки — в исследователя

Создательница ДБТ полвека не рассказывала, что сама была пациенткой психиатрической больницы.

Всё, что касается её здоровья, здесь изложено строго по её собственному рассказу — интервью The New York Times (2011) и мемуарам (2020) — или по словам рецензентов. Подробностей о самоповреждении мы сознательно не приводим.

Детство и больница

Марша Линехан родилась 5 мая 1943 года в Талсе, штат Оклахома, и была третьей из шести детей в католической семье **документальный факт; Carey, 2011; Linehan, CV**. По её словам, её растили с мыслью помогать бедным и страдающим **со слов автора; UW Magazine**.

9 марта 1961 года, в 17 лет, её положили в психиатрическую больницу Institute of Living в Хартфорде, штат Коннектикут. Ей поставили диагноз шизофрения и лечили сильными препаратами, психоанализом и электросудорожной терапией; долгие периоды она провела в изоляторе. В выписке от 31 мая 1963 года говорилось о 26 месяцах госпитализации, а саму её назвали «одной из самых тяжёлых пациенток больницы» **документальный факт; Carey, 2011**.

Тогда, по её словам, она дала себе обет. «Я была в аду, — рассказала она. — И я поклялась: когда выберусь, вернусь и вытащу отсюда других» **со слов автора; Carey, 2011**. И добавила, что тогда честно не понимала, что на самом деле имеет дело с собой.

Психиатр Аваис Афтаб в рецензии на её мемуары пишет, что лечение в той больнице, по-видимому, мало ей помогло и, возможно, ухудшило её состояние **трактовка; Aftab, 2020** . Сама Линехан, по словам рецензентов, пишет о тех, кто её лечил, без обвинений **трактовка; Aftab, 2020; Simon, 2020**.

Миф и как на самом деле **Миф:** Линехан создала ДБТ, потому что у неё самой было ПРЛ. **Как на самом деле:** диагноза ПРЛ ей не ставили — в 1961 году её диагностировали с шизофренией **документальный факт; Carey, 2011**. Журналист NYT пишет, что ПРЛ — это диагноз, который она «поставила бы себе юной» **со слов автора; Carey, 2011**, а Афтаб называет природу её состояния отчасти загадочной **трактовка; Aftab, 2020**. Точная формулировка: по её собственному рассказу, то, что она пережила в юности, было похоже на состояние её будущих клиенток.

1967: «Я люблю себя»

Выписка не была исцелением. Поворот, по её рассказу, случился в 1967 году в Чикаго: молясь в часовне, она пережила яркий духовный опыт и сказала себе: «Я люблю себя» **со слов автора; Carey, 2011**. Где именно это было, источники называют по-разному: NYT — часовня ретрит-центра Cenacle в Чикаго, рецензент мемуаров — часовня Университета Лойола **источники расходятся; Carey, 2011; González-Blanch, 2021**.

По NYT, позже, разбираясь, почему раньше она снова и снова хотела умереть, Линехан пришла к мысли, которая стала сердцем её терапии: безнадёжность рождалась из разрыва между той, кем она хотела быть, и той, кем была. Выход — принять себя такой, какая есть, и при этом продолжать меняться **со слов автора; Carey, 2011**.

Путь в науку

Линехан окончила Университет Лойола в Чикаго: бакалавр психологии в 1968 году, магистр в 1970-м, PhD в 1971-м. Затем — интернатура в службе предотвращения суицида и кризисной помощи в Буффало и постдокторская стажировка по модификации поведения в Стоуни-Бруке. С 1977 года она работала в Вашингтонском университете в Сиэтле, с 1989 года — профессором; в 2019 году стала почётным профессором **документальный факт; Linehan, CV**. Её цель осталась прежней: помогать людям, которые хотят умереть.

Источники главы: Carey, 2011 · Linehan, CV, 2020 · UW Magazine · Aftab, 2020 · Simon, 2020 · González-Blanch, 2021

Почему классическая КПТ не сработала

Терапию, которая хорошо помогает при депрессии и тревоге, клиентки Линехан услышали как обвинение.

Технология изменения

К концу 1970-х КПТ — когнитивно-поведенческая терапия, о которой были предыдущие выпуски серии, — считалась самой научной психотерапией. Линехан описывала её как «технологию изменения»: терапевт и клиент находят проблемные мысли и поведение и договариваются, что менять **со слов автора; UW Magazine**. Позже она признавалась: «Мне даже не приходило в голову, что лечение не сработает» **со слов автора; Joseph, 2004**.

Её клиентками были женщины с хроническим суицидальным поведением, у большинства из которых было ПРЛ. По её рассказу, у классического подхода возникли четыре проблемы **со слов автора; UW Magazine; Joseph, 2004**:

- **Изменение звучало как обвинение.** Фокус на том, что нужно исправить, клиентки слышали как «с тобой что-то не так, ты виновата» — многим это говорили всю жизнь. Они чувствовали, что их страдание обесценивают, и становились враждебны к терапии.
- **Кризисов было слишком много.** Стоило сосредоточиться на одной проблеме, как всплывала угроза суицида по другому поводу.
- **Не хватало навыков.** Клиенткам не хватало умений, чтобы выполнить даже собственные планы.
- **Терапию бросали.** Сессии пропускали, из терапии уходили по мелким поводам.

Принятие без изменения — тоже не работает

Тогда Линехан попробовала противоположное: больше принятия и поддержки. Клиентки услышали это как «вам всё равно, что я страдаю» **со слов автора; Joseph, 2004**. Её команда смотрела сессии через одностороннее зеркало и давала обратную связь; методом проб и ошибок она пришла к выводу, что нужны обе части **со слов автора; UW Magazine**. «Со временем я поняла, что мне нужно синтезировать два подхода», — говорила она **со слов автора; Joseph, 2004**.

Синтез противоположностей в философии называется диалектикой. Отсюда название: диалектическая поведенческая терапия (ДБТ; англ. dialectical behavior therapy, DBT; в русской литературе также ДПТ).

Пример Подруга после ссоры с начальником говорит: «Я ужасная, я всё испортила». Ответ «давай разберём, что ты сделала не так» сейчас, скорее всего, прозвучит как упрёк. Ответ «да ладно, ты молодец» — как отмахивание. Ответ в духе

ДБТ сочетает обе части: «Понятно, почему тебе так плохо — разговор был при всех. Давай подумаем, что можно сделать завтра».

Дзен без дзен

Откуда взять принятие? В 1985 году Линехан взяла творческий отпуск: три месяца провела в дзен-монастыре Шаста в Калифорнии и ещё три — у католического священника, который был дзен-мастером **документальный факт; UW Magazine**. Позже она сама стала дзен-учителем **документальный факт; Wikipedia, Marsha M. Linehan**.

Но её клиентки не стали бы часами медитировать, и взгляды на религию у всех были разные. Поэтому, по её словам, нужно было «вынуть дзен из дзен» (take the Zen out of Zen): оставить практику внимания и принятия и убрать религиозную форму **со слов автора; UW Magazine**. Так осознанность одной из первых вошла в поведенческую терапию.

Миф и как на самом деле **Миф:** ДБТ — буддийская терапия. **Как на самом деле:** её ядро — поведенческая терапия: анализ поведения, решение проблем, работа с последствиями поведения, экспозиция. Из дзен пришли практики принятия и осознанности в светской форме **документальный факт; UW Magazine; Sonkiss, 2013**.

Цель терапии Линехан сформулировала не через запрет, а через смысл: «Мы не программа предотвращения суицида. Мы программа "жизни, которую стоит прожить"» **со слов автора; Joseph, 2004**.

Источники главы: UW Magazine · Joseph, 2004 · Sonkiss, 2013 · Wikipedia, Marsha M. Linehan

Откуда берётся ПРЛ: биосоциальная модель

Линехан объясняла ПРЛ встречей чувствительного темперамента и среды, которая не учит обращаться с эмоциями.

Две составляющие

В основе ДБТ лежит представление о ПРЛ прежде всего как о расстройстве регуляции эмоций — неспособности управлять силой и длительностью своих эмоциональных реакций **со слов автора; Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009**. Биосоциальная модель объясняет, как оно складывается, через две составляющие **трактовка; Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009**:

- **Эмоциональная уязвимость.** Человек от природы чувствительнее: эмоция поднимается быстрее, она сильнее и дольше не отпускает. Представьте кожу без защитного слоя: то, что другому чуть заметно, ему больно.

- **Инвалидирующая среда.** Так называют среду, которая обесценивает внутренние переживания ребёнка, особенно когда у них нет очевидного внешнего повода: «не выдумывай», «перестань реветь», «другим хуже». При этом она непоследовательна — иногда наказывает за эмоции, а иногда наконец реагирует, когда ребёнок «взрывается». В итоге ребёнок не учится называть, понимать и выдерживать эмоции и мечется между подавлением и бурными вспышками.

Отсюда ещё одна идея модели: самоповреждение и другое опасное поведение могут выполнять функцию — быстро, хотя и ненадолго, снижать невыносимую эмоцию. Облегчение подкрепляет такое поведение, и оно повторяется **трактовка; Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009**. Это объяснение, а не оправдание: оно подсказывает, где искать замену.

Не про вину родителей

Модель легко прочитать как «во всём виноваты родители», но сама она устроена иначе. Она трансакционная: ребёнок и среда влияют друг на друга по кругу. Темперамент ребёнка влияет на родителей не меньше, чем родители на ребёнка; чувствительный ребёнок в подходящей ему семье может развиваться хорошо, а менее чувствительный — оказаться в зоне риска, если семья перегружена **трактовка; Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009**. Травматический опыт часто встречается в истории людей с ПРЛ, но, по авторам, он не обязателен и сам по себе недостаточен **трактовка; Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009**.

Есть и биологическая сторона: по шведскому популяционному исследованию, наследуемость ПРЛ составляет около 46% **доказано исследованиями; Leichsenring et al., 2024**.

Насколько модель доказана

Честно: модель правдоподобна и проверяема, но не доказана. Большинство данных получено на взрослых и старших подростках, исследований, которые следят за детьми годами, мало **трактовка; Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009**.

Источники главы: Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009 · Leichsenring et al., 2024

Диалектика и валидация: ядро метода

Главная пара ДБТ — принятие и изменение одновременно.

«И» вместо «но»

Диалектика — философская рамка, в которой истина рождается из синтеза противоположностей. Центральная пара ДБТ — принятие и изменение **со слов автора; UW Magazine**. Для терапевта это значит полностью принимать клиента

таким, какой он есть, и одновременно настойчиво подталкивать к изменениям. Для клиента — уходить от мышления «всё или ничего» к «и то и другое».

Пример: «Я делаю всё, что могу, **и** мне нужно делать лучше». Через «но» вторая половина отменяет первую; через «и» обе остаются правдой.

Валидация — не значит одобрение

Валидация — это сообщение, что чувства и поведение человека понятны в его ситуации, даже если они ему вредят **документальный факт; Sonkiss, 2013**. Валидировать не значит соглашаться, что поведение правильное.

> **Пример** Коллегу при всех раскритиковали на планёрке, и он хлопнул дверью. Валидация: «Неудивительно, что ты взбешён — это было при всех». Это не значит «ты правильно сделал, что хлопнул дверью». О двери можно поговорить потом — когда человек почувствует, что его поняли.

Прямота как приём

Стиль общения в ДБТ сочетает тёплую взаимность с так называемой непочтительной коммуникацией (irreverent communication) — неожиданной прямотой, которая выбивает человека из привычного хода мыслей **со слов автора; UW Magazine**. Цель — не задеть, а сдвинуть застрявший разговор.

Источники главы: UW Magazine · Sonkiss, 2013

Как устроена ДБТ: четыре режима и иерархия целей

Полная ДБТ — это не одна сессия в неделю, а несколько элементов, которые работают вместе.

Четыре режима

Стандартная, или комплексная, ДБТ включает четыре режима **документальный факт; DBT-LBC; Sonkiss, 2013**:

Режим	Как часто	Зачем
Индивидуальная терапия	раз в неделю	мотивация, разбор конкретных эпизодов, работа с целевым поведением
Группа тренинга навыков	раз в неделю, около 2–2,5 часа	научить навыкам: как на уроке, с домашним заданием
Телефонный коучинг	между сессиями, по необходимости	применить навык в трудный момент — до кризиса, а не после
Консультационная команда терапевтов	раз в неделю	поддержать самих терапевтов, не выгореть, держаться модели

Последний пункт — особенность ДБТ. Работа с людьми в таком отчаянии тяжела, и модель считает, что в одиночку её вести нельзя; внутри ДБТ команду называют «терапией для терапевтов» **документальный факт; DBT-LBC; UW Magazine**.

В первых испытаниях терапия длилась 12 месяцев **документальный факт; Linehan et al., 2006**. Программы, где есть только группа навыков, называют «только навыки» (skills-only), а программы с отдельными элементами — «основанными на ДБТ» (DBT-informed). Доказательства относятся прежде всего к полной модели **клинический консенсус; Behavioral Tech; DBT-LBC**.

Иерархия целей

Помните, как множество кризисов мешало классической КПТ? В ДБТ на это есть жёсткий порядок приоритетов **документальный факт; Sonkiss, 2013; DBT-LBC**:

1. **Поведение, угрожающее жизни:** суицидальное поведение, самоповреждение, суицидальные мысли и побуждения.
2. **Поведение, мешающее терапии:** пропуски, опоздания, невыполненные задания — причём не только у клиента, но и у терапевта.
3. **Поведение, разрушающее качество жизни:** зависимости, проблемы с жильём, деньгами, работой, сопутствующие расстройства.
4. **Рост навыков.**

Сессия начинается с того, что выше в списке. Терапевт больше не «гоняется» за проблемой недели.

Стадии и инструменты

Лечение начинается с предварительной стадии: клиент узнаёт, как устроена программа, и вместе с терапевтом договаривается о целях и правилах **документальный факт; Sonkiss, 2013**. Первая стадия — поведенческий контроль: сохранить жизнь и удержаться в терапии. На следующих стадиях работают с травмой и тяжёлыми переживаниями, затем с обычными жизненными проблемами и, наконец, с ощущением полноты жизни **со слов автора; Knowlton, 1999**.

Два главных рабочих инструмента **документальный факт; Sonkiss, 2013**:

- **Карточка дневника** (diary card) — ежедневная запись эмоций, побуждений, целевого поведения и использованных навыков; по ней строится повестка сессии.
- **Анализ цепочки** (chain analysis) — подробный разбор того, как одно звено вело к другому: уязвимость, событие-триггер, мысли, эмоции, ощущения, побуждения, поступок, последствия. Цель — найти звено, где можно вставить навык. Когда речь о самоповреждении, такой разбор делают только с терапевтом.

Терапевт в ДБТ ещё и учит клиента самому взаимодействовать с другими специалистами, а не делает это за него **документальный факт; Sonkiss, 2013**.

Источники главы: DBT-LBC · Sonkiss, 2013 · Knowlton, 1999 · UW Magazine · Behavioral Tech · Linehan et al., 2006

Четыре модуля навыков

Навыки ДБТ пересказаны здесь своими словами: материалы программы защищены авторским правом и рассчитаны на работу с терапевтом.

Так это устроено в терапии: группа учит четырём модулям, и осознанность служит основой для остальных **документальный факт; Sonkiss, 2013; UW Magazine**.

Модуль	Для чего	Пример идеи
Осознанность	заметить, что происходит, до того как сработает автоматическое действие	«мудрый разум»
Стрессоустойчивость	пережить кризис и не сделать хуже, когда изменить ситуацию сейчас нельзя	радикальное принятие
Регуляция эмоций	понимать эмоции, снижать уязвимость к ним и менять их	противоположное действие
Межличностная эффективность	просить, отказывать, сохранять отношения и самоуважение	выбор приоритета в разговоре

Осознанность

В ДБТ говорят о трёх состояниях ума: эмоциональном, рациональном и «мудром разуме» (wise mind), который соединяет первые два с интуитивным знанием **документальный факт; Sonkiss, 2013**. Мудрый разум — момент, когда вы одновременно чувствуете обиду, видите факты и понимаете, что делать. Чтобы туда попасть, учатся наблюдать, описывать и полностью участвовать в происходящем — и делать это безоценочно, сосредоточенно на одном и с прицелом на то, что работает **документальный факт; Sonkiss, 2013**.

Стрессоустойчивость

Это навыки на момент, когда главное — не сделать хуже: отвлечься, успокоить себя, взвесить плюсы и минусы действия по импульсу **документальный факт; Sonkiss, 2013**. Сюда же входит радикальное принятие — полностью признать факт, с которым бесполезно бороться **со слов автора; Simon, 2020**. Рейс отменён: можно час злиться на табло, а можно принять факт и искать другой рейс. Принятие здесь — не смирение и не отказ от действия, а условие, чтобы действовать.

Отдельные кризисные приёмы этого модуля имеют медицинские противопоказания, поэтому их подбирают с терапевтом, а не по видео.

Регуляция эмоций

Модуль учит называть эмоции и понимать, зачем они нужны. Ещё одна часть — снижать уязвимость через заботу о теле: лечить болезни, спать, есть, двигаться, избегать веществ, каждый день делать что-то, что даёт чувство «я умею» **документальный факт; Sonkiss, 2013**. Невыспавшегося и голодного человека любая эмоция бьёт сильнее.

Самый известный навык модуля — противоположное действие (opposite action). Если эмоция не соответствует фактам или действовать по ней бесполезно, делают противоположное её побуждению документальный факт; Carey, 2011. Страшно позвонить, хотя звонок объективно безопасен, — позвонить, а не откладывать. По сути, это экспозиция (намеренная встреча с тем, чего боишься) в бытовой форме трактовка.

Межличностная эффективность

Как попросить и как отказать. Перед разговором полезно решить, что сейчас важнее: добиться своего, сохранить отношения или сохранить уважение к себе документальный факт; Sonkiss, 2013. От этого зависит, как вести разговор.

Для подростков и семей есть ещё модуль «срединный путь» (walking the middle path): диалектика в семейных конфликтах, валидация, принципы изменения поведения документальный факт; DBT-LBC.

Источники главы: Sonkiss, 2013 · UW Magazine · Simon, 2020 · Carey, 2011 · DBT-LBC

Работает ли ДБТ: испытания и метаанализы

ДБТ — самый изученный подход при ПРЛ. Но «самый изученный» не значит «самый эффективный».

Ключевые испытания

1991: первое испытание. Женщины с ПРЛ и недавним самоповреждением или суицидальной попыткой получали год ДБТ или обычное лечение в сообществе. В группе ДБТ было меньше эпизодов самоповреждения, они были медицински менее тяжёлыми, клиентки лучше удерживались в терапии и проводили меньше дней в стационаре доказано исследованиями; Linehan et al., 1991. Размер выборки называют по-разному: в сводке разработчиков — 24 человека в ДБТ и 23 в обычном лечении, в популярных пересказах — 44 женщины источники расходятся; Behavioral Tech, 2016. Для группы, которую считали не поддающейся лечению, это было событием.

2006: против лучших. Критики могли возразить, что обычное лечение бывает слабым. Тогда ДБТ сравнили с терапией у специалистов, которых профессиональное сообщество назвало лучшими в работе с трудными пациентами (среди них не было КПТ-терапевтов). Участвовала 101 женщина; год терапии и год наблюдения. В группе ДБТ суицидальная попытка за год лечения была у 23,1% против 46,7%; ушли от назначенного терапевта 25% против 59%; психиатрическая госпитализация была у 19,6% против 48,9% доказано исследованиями; Linehan et al., 2006; NIMH, 2006.

2009: против хорошего общего ведения. В канадском испытании (180 взрослых) ДБТ сравнили с «общим психиатрическим ведением» — структурированным подходом,

основанным на рекомендациях Американской психиатрической ассоциации. Обе группы значительно улучшились, разницы ни по одному исходу не нашли доказано исследованиями; McMain et al., 2009. Хорошая новость: помогать может не единственный метод.

2015: что именно работает. 99 женщин с ПРЛ и высоким суицидальным риском получали полную ДБТ, только группу навыков с сопровождением или только индивидуальную ДБТ без навыков. Суицидальные попытки снизились во всех трёх условиях без значимой разницы. Условия с навыками сильнее снижали несуицидальное самоповреждение и депрессию; из терапии без навыков выбыли 48% против 24% в полной ДБТ доказано исследованиями; Linehan et al., 2015. Вывод авторов: тренинг навыков — необходимый компонент.

2022: короче — не хуже. В испытании с 240 взрослыми 6 месяцев комплексной ДБТ оказались не хуже 12 по самоповреждению доказано исследованиями; McMain et al., 2022.

Что говорят сводки исследований

- **Метаанализ 2017 года** (33 испытания, 2256 участников): эффект психотерапий на симптомы ПРЛ, самоповреждение и суицидальность малый (g = 0,32–0,40; g — стандартизованный размер эффекта, где 0 — нет разницы). При последующем наблюдении контроль превосходили только ДБТ (g = 0,34) и психодинамические подходы (g = 0,41). Эффекты завышены риском систематических ошибок и публикационным смещением доказано исследованиями; Cristea et al., 2017.
- **Кокрейновский обзор 2020 года** (75 испытаний, 4507 участников): по сравнению с обычным лечением ДБТ сильнее снижала тяжесть ПРЛ (SMD −0,60), самоповреждение (−0,28) и улучшала функционирование (−0,36), но достоверность всех этих данных низкая. Клинически значимой оказалась только разница в тяжести ПРЛ доказано исследованиями; Storebø et al., 2020.
- **Метаанализ 2019 года** (18 испытаний): ДБТ снижала самонаправленное насилие (суицидальное поведение и самоповреждение; d = −0,32) и обращения в кризисные службы (d = −0,38). Снижение суицидальных мыслей (d = −0,23) не достигло статистической значимости. Авторы объясняют это тем, что ДБТ ставит в приоритет поведение, а не мысли доказано исследованиями; DeCou, Comtois & Landes, 2019.
- **Обзор 2024 года:** ДБТ, ментализационная терапия, терапия, сфокусированная на переносе, и схема-терапия — все с подтверждением в испытаниях; ни одна не доказала превосходства над другими; эффект против обычного лечения умеренный (0,50–0,65), а почти половина пациентов отвечает на терапию недостаточно доказано исследованиями; Leichsenring et al., 2024.

Миф и как на самом деле **Миф:** ДБТ — лучшая терапия ПРЛ. **Как на самом деле:** она изучена больше других, но в прямых сравнениях не превосходит хорошее общее

психиатрическое ведение и другие специализированные терапии **доказано исследованиями; McMain et al., 2009; Leichsenring et al., 2024**. Сравнение подходов — тема следующего выпуска.

Подростки

Сильнее всего данные у подростков с повторным самоповреждением. В американском испытании 2018 года (173 подростка 12–18 лет, у всех суицидальная попытка в анамнезе и повторное самоповреждение) полгода ДБТ для подростков с участием родителей сравнили с поддерживающей терапией. Сразу после лечения без суицидальных попыток было 90,3% против 78,9%, без любого самоповреждения — 54,2% против 36,9%; к 12 месяцам разница перестала быть значимой. 94,8% участников были девушками **доказано исследованиями; McCauley et al., 2018**.

Кокрейновский обзор 2021 года: после ДБТ для подростков повторное самоповреждение было у 30% против 43% при другом лечении (4 испытания, 270 участников), и достоверность этого вывода оценена как высокая; испытаний пока мало, и они небольшие **доказано исследованиями; Witt et al., 2021**. Метаанализ того же года тоже нашёл снижение самоповреждения и суицидальных мыслей, но отметил высокий риск смещения во многих исследованиях **доказано исследованиями; Kothgassner et al., 2021**.

Осторожно: навыки «для всех»

В Австралии 8-занятийную программу на основе ДБТ (WISE Teens) провели для всех учеников 8–9 классов в четырёх школах Сиднея (1071 подросток, распределение не случайное). Сразу после программы по ряду показателей эмоционального благополучия результаты оказались хуже, чем у обычных уроков: больше эмоциональных трудностей, немного выше симптомы депрессии и тревоги, хуже отношения с родителями; через полгода большинство различий сгладилось, кроме отношений с родителями (доказано исследованиями, с ограничениями: нерандомизированное испытание; Harvey et al., 2023, по аннотации и пересказу PsyPost). Вывод важен: то, что помогает людям в тяжёлом состоянии, не обязательно полезно всем в виде урока.

Источники главы: Linehan et al., 1991 · Linehan et al., 2006 · NIMH, 2006 · McMain et al., 2009 · Linehan et al., 2015 · McMain et al., 2022 · Cristea et al., 2017 · Storebø et al., 2020 · DeCou et al., 2019 · Leichsenring et al., 2024 · McCauley et al., 2018 · Witt et al., 2021 · Kothgassner et al., 2021 · Harvey et al., 2023 · Behavioral Tech, 2016

Прогноз: ПРЛ — не приговор

Самое обнадёживающее исследование в теме ПРЛ — не про конкретную терапию, а про то, как живут люди спустя годы.

ПРЛ связано с заметно повышенным риском суицида **доказано исследованиями; Leichsenring et al., 2024**. Именно поэтому в ДБТ первым в иерархии стоит поведение, угрожающее жизни. Но долгосрочный прогноз гораздо лучше, чем принято думать.

В исследовании Мэри Занарини (McLean Hospital, Гарвард) за 290 бывшими пациентами стационара с ПРЛ наблюдали каждые два года **доказано исследованиями; Zanarini et al., 2010, 2012**:

Срок	Ремиссия симптомов	Восстановление
10 лет	93% — ремиссия длительностью от 2 лет; 86% — от 4 лет	50%
16 лет	99% — ремиссия от 2 лет; 78% — от 8 лет	60% — на 2 года; 40% — на 8 лет

Ремиссия — это когда симптомов становится меньше, чем нужно для диагноза. Восстановление — ремиссия плюс хорошее социальное и профессиональное функционирование: работа или учёба, близкие отношения. Вывод авторов: устойчивая ремиссия встречается значительно чаще, чем устойчивое восстановление **доказано исследованиями; Zanarini et al., 2012**. После десятилетнего наблюдения 34% из тех, кто достиг восстановления, позже его теряли **доказано исследованиями; Zanarini et al., 2010**.

Важная оговорка: участники получали разное лечение, так что это картина естественного течения, а не эффект ДБТ **трактовка**. Терапия, вероятно, ускоряет и закрепляет улучшение, а не создаёт его с нуля **трактовка**.

> Миф и как на самом деле **Миф:** ПРЛ — это навсегда. **Как на самом деле:** симптомы у большинства со временем уходят ниже порога диагноза. Труднее строить жизнь — работу, отношения, — и именно здесь людям нужна поддержка **доказано исследованиями; Zanarini et al., 2010, 2012**. Ровно об этом формула Линехан: «жизнь, которую стоит прожить».

Источники главы: Zanarini et al., 2010 · Zanarini et al., 2012 · Leichsenring et al., 2024

ДБТ за пределами ПРЛ и критика

От терапии для одной группы клиенток ДБТ выросла в семейство программ — и собрала свою долю критики.

Адаптации

- **ДБТ для подростков** — с участием родителей в группе навыков и модулем «срединный путь» **документальный факт; McCauley et al., 2018; DBT-LBC**.
- **ДБТ + длительная экспозиция при ПТСР** (протокол Мелани Харнед) — работу с травмой начинают, когда поведение уже под контролем. В пилотном испытании с 26 женщинами ремиссия ПТСР среди завершивших была у 80% против 40% в обычной ДБТ **доказано исследованиями, пилотное испытание; Harned, Korslund & Linehan, 2014**.
- **DBT-PTSD** (Мартин Бохус, Германия) — для женщин с ПТСР после насилия в детстве; в испытании со 193 участницами оказалась эффективнее когнитивной процессинговой терапии **доказано исследованиями; Bohus et al., 2020**.
- **«Радикально открытая» ДБТ** (RO DBT, Томас Линч) — для противоположной проблемы: сверхконтроля, когда человек не «взрывается», а подавляет эмоции и держится ригидно. В британском испытании при резистентной депрессии (250 взрослых) эффект был через 7 месяцев, но к 12 и 18 месяцам перестал быть значимым **доказано исследованиями; Lynch et al., 2020**.
- **Только навыки** — небольшие испытания при компульсивном переедании, булимии, СДВГ у взрослых и других состояниях **доказано исследованиями, малые выборки; Behavioral Tech, 2016**.

Критика

- **Эффект скромнее легенды.** Малые эффекты, публикационное смещение, нестабильность при наблюдении, низкая достоверность по Кокрейну **доказано исследованиями; Cristea et al., 2017; Storebø et al., 2020**.
- **Лояльность исследователя.** Многие ранние испытания провела команда автора метода, а такие исследования в среднем дают более благоприятные для метода результаты **трактовка**.
- **Почти только женщины.** У подростков девушек до 95% выборки; данных о мужчинах мало **документальный факт; McCauley et al., 2018; Kothgassner et al., 2021**.
- **Дорого и сложно.** Нужны индивидуальные сессии, группа, коучинг и обученная команда; во многих городах и странах это барьер **трактовка**.
- **Коммерческая инфраструктура.** Обучение и сертификация идут через организации, которые основала Линехан (Behavioral Tech, Linehan Institute, DBT-Linehan Board of Certification) **документальный факт; Linehan, CV**. Как к этому относиться — вопрос оценки **трактовка**.

- **Мемуары.** Рецензент Kirkus пишет, что ДБТ может показаться читателю не столь революционной, как её описывает автор **трактовка; Kirkus Reviews, 2020**.

Источники главы: McCauley et al., 2018 · Harned et al., 2014 · Bohus et al., 2020 · Lynch et al., 2020 · Behavioral Tech, 2016 · Cristea et al., 2017 · Storebø et al., 2020 · Kothgassner et al., 2021 · Linehan, CV · Kirkus Reviews, 2020

Что можно самому, а что — только со специалистом

Некоторые идеи ДБТ полезны в обычной жизни. Но ДБТ как лечение — клиническая программа.

Идеи, которые можно пробовать в обычной жизни

- Диалектика: «и» вместо «но».
- Валидация себя и других: «понятно, почему я так реагирую» — до того, как решать, что менять.
- Замечать и называть эмоцию и её силу.
- Помнить, что сон, еда, болезнь и алкоголь меняют эмоциональную уязвимость.
- Противоположное действие в бытовых ситуациях: позвонить, когда страшно, хотя звонок безопасен.

Только со специалистом

Самоповреждение, суицидальные мысли или попытки, многолетние тяжёлые эмоциональные кризисы — это работа с подготовленным специалистом, а не с видео или рабочим листом из интернета. Если есть непосредственная опасность — экстренная помощь (раздел «Если нужна помощь прямо сейчас»).

Если вам говорят «у нас ДБТ», можно спросить: есть ли индивидуальная терапия, группа навыков, коучинг между сессиями и команда; где учились терапевты. Сертификация DBT-Linehan Board of Certification требует, в частности, обучения ДБТ, года работы в консультационной команде, экзамена и оценки записей сессий **документальный факт; Behavioral Tech; DBT-LBC**. Без полной модели корректнее говорить «элементы ДБТ».

Как поддержать близкого

Так это выглядит по логике валидации **трактовка; Sonkiss, 2013**:

Помогает	Обычно ранит
«Я вижу, что тебе сейчас очень тяжело»	«Ты опять драматизируешь»
«Понимаю, почему тебя это задело»	«Успокойся»
«Хочешь, чтобы я выслушал(а) или помог(ла) решить?»	«Ты манипулируешь»
«Я рядом» — и при этом ясные границы по поведению	«Это всё твоё ПРЛ»

Валидация чувств и твёрдые границы по поведению совместимы — это и есть диалектика. Если близкий говорит о желании умереть, отнеситесь к этому всерьёз, спросите прямо и помогите связаться с помощью. Близким тоже нужна поддержка.

Упражнение на минуту: «...и я могу...»

Это не техника из рабочих листов ДБТ и не терапия, а иллюстрация идеи диалектики.

1. Подумайте о том, что вас сейчас тревожит или злит, и назовите эмоцию одним словом.
2. Оцените её силу от 0 до 10.
3. Закончите фразу из двух половин: «Мне сейчас ***, и я могу*** ». Первая половина — принятие («мне сейчас очень обидно»), вторая — маленький шаг («и я могу выйти на пять минут, прежде чем отвечать»).

Не «но», а «и»: обе половины правда одновременно. Если вместо обиды или злости появляются мысли навредить себе, это не момент для упражнения — это момент обратиться за помощью.

Итоги: проверьте себя и что запомнить

Проверьте себя

1. **Сколько признаков нужно для диагноза ПРЛ по DSM-5 и почему «типичного пограничника» не бывает?** Пять из девяти; возможны 256 комбинаций, и два человека с ПРЛ могут совпадать всего по одному признаку.
2. **Почему классическая КПТ не помогла клиенткам Линехан?** Фокус на изменении они слышали как обвинение; кризисов было слишком много, навыков не хватало, терапию бросали. Чистое принятие звучало как равнодушие.
3. **Из каких двух частей состоит биосоциальная модель и почему она не про вину родителей?** Эмоциональная уязвимость и инвалидирующая среда; модель трансакционная — ребёнок и среда влияют друг на друга, а травма не обязательна.

4. **Какие четыре режима есть у полной ДБТ?** Индивидуальная терапия, группа навыков, телефонный коучинг, консультационная команда терапевтов.
5. **На что ДБТ в метаанализе повлияла, а на что — нет?** Снижала суицидальное поведение и обращения в кризисные службы; снижение суицидальных мыслей не было значимым.

Что запомнить

- Принятие и изменение — не противоположности, а две половины одной работы.
- Валидировать — значит признать, что реакция понятна, а не одобрить поступок.
- ДБТ хорошо изучена, но её эффекты скромные, и другие специализированные терапии работают сопоставимо.
- Симптомы ПРЛ у большинства со временем уходят; строить жизнь труднее, и на этом стоит фокус терапии — «жизнь, которую стоит прожить».
- Линехан диагностировали шизофрению, а не ПРЛ; публично о своём опыте она рассказала только через 50 лет — после того как пациентка спросила, не «одна ли она из нас», и объяснила: если да, «это дало бы нам всем столько надежды» **со слов автора; Carey, 2011**. Сама Линехан сказала о решении рассказать: «Я не могу умереть трусом» — и о себе сегодняшней: «Сейчас я очень счастливый человек» **со слов автора; Carey, 2011**.
- О ПРЛ и схема-терапии, а также о сравнении подходов — в выпуске 12; о другой ветке принятия, ACT, — в выпуске 13.

Источники

1. Carey, B. (2011, June 23). Expert on mental illness reveals her own fight. *The New York Times*. Репост фрагмента: psychologicalscience.org
2. Linehan, M. M. (2020). Curriculum Vitae. University of Washington. PDF
3. Wick, N. UW professor takes new approach to preventing suicide. *UW Magazine*. magazine.washington.edu
4. Joseph, N. (2004). Guiding people out of despair. *UW Perspectives*. artsci.washington.edu
5. Knowlton, L. (1999). Marsha Linehan: Dialectic behavioral therapy. *Psychiatric Times*, 16(7). psychiatrictimes.com
6. Aftab, A. (2020). Reading Linehan in the age of critical psychiatry. *Psychiatric Times*. psychiatrictimes.com
7. González-Blanch, C. (2021). Book review: *Building a Life Worth Living*. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 79. PDF
8. Simon, G. (2020). Read Marsha Linehan's book Building a Life Worth Living. Kaiser Permanente Washington Health Research Institute. kpwashingtonresearch.org

9. Kirkus Reviews. (2020). Review: *Building a Life Worth Living* by Marsha M. Linehan. kirkusreviews.com
10. Linehan, M. M. (2020). *Building a Life Worth Living: A Memoir*. Random House.
11. Wikipedia. Marsha M. Linehan. en.wikipedia.org
12. Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064.
13. Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., 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. doi:10.1001/archpsyc.63.7.757
14. NIMH. (2006). Targeted therapy halves suicide attempts in borderline personality disorder (science update). архив
15. Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475–482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
16. McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., et al. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365–1374. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010039
17. McMain, S. F., Chapman, A. L., Kuo, J. R., et al. (2022). The effectiveness of 6 versus 12 months of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A noninferiority randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(6), 382–397. doi:10.1159/000525102
18. Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319–328. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287
19. Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., et al. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD012955. doi:10.1002/14651858.CD012955.pub2
20. DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60–72. doi:10.1016/j.beth.2018.03.009
21. Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., et al. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4–25. doi:10.1002/wps.21156
22. McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., et al. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8),

777–785. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1109

13. Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., et al. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD013667. doi:10.1002/14651858.CD013667.pub2

14. Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., et al. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. doi:10.1017/S0033291721001355

15. Harvey, L. J., White, F. A., Hunt, C., et al. (2023). Investigating the efficacy of a dialectical behaviour therapy-based universal intervention on adolescent social and emotional well-being outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 169, 104408. PMID 37804543. Аннотация: https://pesquisa.bvsalud.org/bvsdip/resource/pt/mdl-37804543

16. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663–667. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09081130

17. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476–483. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11101550

18. 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. PDF

19. Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of DBT with and without the DBT prolonged exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7–17.

20. Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., et al. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1235–1245.

21. Lynch, T. R., Hempel, R. J., Whalley, B., et al. (2020). Refractory depression – mechanisms and efficacy of radically open dialectical behaviour therapy (RefraMED). *British Journal of Psychiatry*, 216(4), 204–212. doi:10.1192/bjp.2019.53

22. Behavioral Tech / Linehan Institute. (2016). Standard DBT and skills-only DBT: peer-reviewed randomized controlled trials (сводки разработчиков). PDF

23. Behavioral Tech. Core evidence & research; Prepare for DBT certification. behavioraltech.org

24. DBT-Linehan Board of Certification. For consumers. dbt-lbc.org

25. Sonkiss, J. (2013). Dialectical behavior therapy: A primer. *The Carlat Psychiatry Report*. thecarlatreport.com

36. National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management* (CG78). nice.org.uk
37. National Institute of Mental Health. Borderline personality disorder. nimh.nih.gov
38. World Health Organization. ICD-11: 6D11.5 Borderline pattern. icd.who.int
39. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5–6), 39–43.
40. McLaughlin, M., et al. (2025). "Heart-sink patients": Attitudes of mental health professionals toward individuals with a diagnosis of borderline personality disorder: A qualitative evidence synthesis. *Stigma and Health*. doi:10.1037/sah0000604

Если нужна помощь прямо сейчас

Если жизни угрожает опасность, звоните в экстренную службу: 112 в большинстве стран, 911 в США и Канаде, 999 в Великобритании, 000 в Австралии. Линии поддержки по странам — на странице **Помощь**.

Источники изображений

На этой странице нет чужих изображений.