

# Dijalektičko - bihevioralna terapija

---

Mijić, Mihaela

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:297778>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-20**



**FILOZOFSKI FAKULTET**  
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Mihaela Mijić

## **Dijalektičko-bihevioralna terapija**

Završni rad

Mentor: izv. prof. dr. sc. Ana Kurtović

Osijek, 2021.

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski sveučilišni jednopredmetni studij Psihologije

Mihaela Mijić

## **Dijalektičko-bihevioralna terapija**

Završni rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička psihologija i zdravstvena  
psihologija

Mentor: izv. prof. dr. sc. Ana Kurtović

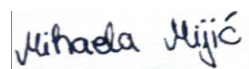
Osijek, 2021.

## IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova tuđih radova, a na nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni.

Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 15. rujna 2021.



0122230595

ime i prezime studenta, JMBAG

## Sadržaj

<b>Dijalektičko-bihevioralna terapija.....</b>	<b>1</b>
<b>Dijalektičko-bihevioralna terapija.....</b>	<b>2</b>
<b>Emocionalna disregulacija.....</b>	<b>3</b>
<b>Komponente tretmana .....</b>	<b>5</b>
<b>Strategije dijalektičko-bihevioralne terapije .....</b>	<b>6</b>
<b>Strategije promjene.....</b>	<b>6</b>
<b>Dijalektičke strategije .....</b>	<b>7</b>
<b>Temeljne strategije.....</b>	<b>7</b>
<b>DBT vještine.....</b>	<b>8</b>
<b>Usredotočena svjesnost (eng. <i>mindfulness</i>).....</b>	<b>8</b>
<b>Regulacija emocija .....</b>	<b>10</b>
<b>Interpersonalna učinkovitost.....</b>	<b>11</b>
<b>Tolerancija na uznemirenosti.....</b>	<b>11</b>
<b>Primjena DBTa.....</b>	<b>12</b>
<b>Granični poremećaj ličnosti .....</b>	<b>12</b>
<b>Poremećaji hranjenja.....</b>	<b>13</b>
<b>Zloupotreba droga.....</b>	<b>14</b>
<b>Literatura .....</b>	<b>16</b>

## **Dijalektičko-bihevioralna terapija**

### **Sažetak**

Granični poremećaj ličnosti jedan je od najčešćih izazova u psihoterapiji. Marsha L. Linehan izmijenila je standardne protokole kognitivno bihevioralne terapije kako bi ju prilagodila suicidalnim klijentima s graničnim poremećajem ličnosti. Posljedično, nastala je sveobuhvatna kognitivno-bihevioralna terapija za složene, teško izlječive mentalne poremećaje- dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT). Temelji se na prihvaćanju klijentovih sposobnosti, ali i na promjeni njegovih maladaptivnih ponašanja tako što spaja načela teorija učenja, istočnjačkog Zena i zapadnjačke kontemplativne prakse. Također, kreće se od pretpostavke da je u podlozi maladaptivnih ponašanja emocionalna disregulacija. Nadalje, DBT uči klijente nove vještine kao što su usredotočena svjesnost, regulacija emocija, tolerancija na uznemirenost i interpersonalna učinkovitost. Cilj je tih vještina osvijestiti sebe i svoje emocije, naučiti kontrolirati te emocije te kako reagirati na one neugodne. Osim toga, cilj je naučiti klijenta kako poboljšati odnose s drugima i kako primijeniti te vještine u svakodnevnom životu. Iako je DBT nastala za primjenu liječenja graničnih poremećaja ličnosti, koristi se i kod drugih poremećaja, a najčešće kod poremećaja hranjenja i kod zloupotrebe droga. Cilj je ovog rada detaljnije opisati komponente dijalektičko-bihevioralne terapije, vještine koje se uče te njenu primjenu i učinkovitost.

Ključne riječi: dijalektičko-bihevioralna terapija, granični poremećaj ličnosti, poremećaji hranjenja, zloupotreba droga, emocionalna disregulacija

## **Dijalektičko-bihevioralna terapija**

Pri pokušaju liječenja kronično suicidalnih klijenata primjenom standardne kognitivno- bihevioralne terapije, Marsha L. Linehan naišla je na poteškoće. Kako bi prilagodila terapiju suicidalnim klijentima s graničnim poremećajem ličnosti, izmijenila je standardne protokole. Tako je nastala dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT), to jest sveobuhvatna kognitivno-bihevioralna terapija za složene, teško izlječive mentalne poremećaje (Linehan, 1993).

Prvo, uvedene su strategije prihvaćanja i validacije klijentovih trenutnih sposobnosti i ponašanja. Pojam „dijalektičko“ označava strategije promjene, temeljene na načelima teorije učenja te strategije prihvaćanja, temeljene na načelima istočnjačkog Zena i zapadnjačkih kontemplativnih učenja (Dimeff i Linehan, 2001). Drugo, terapija je podijeljena u dijelove: grupno učenje vještina, individualna psihoterapija, telefonsko savjetovanje, koje pruža mogućnost povezanosti terapeuta i klijenta izvan seanse. Treće, DBT osigurava podršku terapeutu pomoću redovitih sastanaka tima terapeuta (Dimeff i Linehan, 2001).

DBT je strukturirana tako da prati pet osnovnih funkcija. Prvo, poboljšava bihevioralne mogućnosti klijenta. Zatim, pojačava motivaciju za promjenom ponašanja. Treće, osigurava da klijent može primijeniti novonaučene vještine u svakodnevnom životu. Nadalje, pruža sigurno okruženje koje podržava i klijentove i terapeutove sposobnosti. Naposljetku, DBT je usmjerena na poboljšanje terapeutove sposobnosti i motivaciju da njegov rad bude što učinkovitiji (Dimeff i Linehan, 2001).

Nadalje, DBT se temelji na biosocijalnoj teoriji prema kojoj pojedinci s graničnim poremećajem ličnosti imaju smanjenje mogućnosti regulacije emocija. Uzroci maladaptivnih ponašanja su ranjivost pojedinca i invalidacija njegove okoline. Samim time, DBT zauzima nepejorativni stav prema klijentu i ne smatra ga krivcem za maladaptivna ponašanja, već je usmjerena na promjenu. Posljedično, klijent i terapeut, na početku seanse, zajednički određuju ciljeve terapije i određuju koja će ponašanja promijeniti (Swenson i sur., 2002).

Cilj ovog rada je opisati osnovni problem klijenata, na koji se usmjerava DBT, a to je emocionalna disregulacija. Zatim, opisati osnovne dijelove terapije, strategije koje se koriste i osnovne vještine koje se uče. Naposljetku, opisat će se način na koji se DBT koristi pri liječenju graničnog poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja.

## **Emocionalna disregulacija**

DBT kreće od pretpostavke da je u podlozi raznih maladaptivnih ponašanja emocionalna disregulacija, to jest nemogućnost promjene i reguliranja emocionalnih znakova, iskustava, radnji, verbalnih odgovora i neverbalnih ekspresija (Koerner, 2011). Emocionalna disregulacija temeljni je problem koji može dovesti do različitih maladaptivnih ponašanja kao što su suicidalna ponašanja ili zloupotreba tvari. Osnovne postavke DBTa oslanjaju se na razumijevanje emocionalne disregulacije i njenog utjecaja na ponašanje. Osnova tih komponenti zapravo je procjena koliko klijentovi problemi narušavaju kvalitetu njegovog života. Kako bi se postigla prihvatljiva kvaliteta života, DBT je strukturirana tako da nastoji poboljšati klijentove sposobnosti, pojačati klijentovu motivaciju za promjenom, osigurati da se klijentove nove sposobnosti uklope u prirodno okruženje, poboljšati terapeutove mogućnosti i motivaciju kako bi liječenje bilo učinkovitije i stvoriti podupirujuće okruženje i za klijenta i za terapeuta (Koerner, 2011).

DBT emocije smatra potpunim odgovorom sustava emocija, a ne samo individualnim iskustvom emocija. To znači da emocije uključuju biokemijske promjene u mozgu, fiziološke promjene (npr. promjena otkucaja srca, promjena tjelesne temperature) i radnje povezane s emocijama (npr. povlačenje, napadi bijesa). Sklonost takvim radnjama odnosi se na fiziološku i/ili psihološku spremnost ponašati se na određeni način kako bi se uspostavio, održao i promijenio odnos pojedinca s okolinom (Frijda, 1986; prema McMMain, Korman i Dimeff, 2001). Ekspresivna ponašanja uključuju govor tijela, verbalnu komunikaciju emocija te neverbalnu komunikaciju ponašanja (npr. udaranje, bježanje, skrivanje).

Simptomi emocionalne disregulacije u podlozi su dijagnostičkog kriterija za granični poremećaj ličnosti, a to su afektivna labilnost, kronični osjećaj praznine te nekontrolirani bijes. Također, preplavljujuće neugodne emocije, ponavljajuće emocionalne krize, smanjenja ekspresija emocija te impulzivna i problematična ponašanja (McMMain i sur., 2001). Naime, osobe koje pate od disregulacije emocija obično nemaju dovoljno sposobnosti za učinkovitu regulaciju emocija, stoga moraju naučiti nove vještine, a ponekad i koristiti farmakoterapiju kako bi poboljšali svoje sposobnosti. Također, zbog emocionalne disregulacije klijenti se često ne nadaju promjeni te su naučili biti pasivni. Zbog toga im je potrebna pomoć kako bi mogli primijeniti naučene vještine rješavanja problema u prirodnom okruženju (Koerner, 2011).



Također, vrlo je važno da terapeut radi na poboljšanju svojih sposobnosti i na održanju motivacije. Razlog tomu je taj što klijentova emocionalna disregulacija, suicidalna ponašanja i krize mogu smanjiti terapeutovu motivaciju i dovesti njegove sposobnosti do određenih granica. Zbog toga je izrazito važno da se i terapeutu pruža stalna podrška, a tomu služi konzultacijski tim DBTa (Koerner, 2011).

Posljednji cilj ovako strukturirane terapije jest osigurati podržavajuće okruženje za klijenta i terapeuta. Poznato je da, tijekom seanse, može doći do krize ili povećanog intenziteta emocija. Stoga je vrlo bitno da svatko zna svoju ulogu i što treba učiniti u takvoj situaciji kako bi se osigurao koherentni i dobro organizirani pristup. Štoviše, jedan od najčešćih razloga neuspjeha seanse jest loše međusobno funkcioniranje klijenta i terapeuta zbog kojega dolazi do sukoba klijentovih i terapeutovih potreba (Koerner, 2011). Međutim, kako bi se smanjio utjecaj emocionalne disregulacije na klijentovo ponašanje, prvo se treba utvrditi etiologija iste.

### ***Etiologija emocionalne disregulacije***

Sve što ljudi rade i tko su zapravo oni uvelike ovise o stabilnosti raspoloženja i prikladnoj regulaciji emocija (Koerner, 2011). Disfunkcionalna ponašanja kod pojedinaca s graničnim poremećajem ličnosti, zapravo su pokušaji reguliranja napetosti ili ishoda emocionalne disregulacije. Na primjer, pojedinci se mogu namjerno rezati kako bi maknuli pažnju s emocionalno istaknutog podražaja, kako bi smanjili tugu ili jednostavno reagiraju nasilno zbog preplavljujućeg osjećaja bijesa (McMain i sur., 2001). Linehan je etiologiju i održivost graničnog poremećaja ličnosti objasnila pomoću biosocijalne teorije emocionalne disregulacije (Crowell i sur., 2009; prema Koerner, 2011). Prema toj teoriji, emocionalna disregulacija nastaje zbog kombinacije ranjive biologije i nepodržavajućeg socijalnog okruženja.

Linehan navodi da postoje tri biološki utemeljene karakteristike, koje dovode do ranjivosti. Prvo, ranjivi ljudi skloni su brznoj reakciji te su visoko osjetljivi na podražaje. Drugo, doživljavaju i ispoljavaju emocije intenzivno, a visoka pobuđenost utječe i na kognitivne procese. Treće, doživljavaju dugotrajno uzbuđenje zbog kojega se teško vraćaju u osnovno stanje (Koerner, 2011). Kako bi se pomoglo takvom pojedincu, potrebno je dodatno savjetovanje i određena struktura kako bi se razvila samoregulacija emocija. DBT eksplicitno poučava vještine potrebne za regulaciju emocija, a emocionalno ranjiv pojedinac mora samostalno naučiti učinkovite strategije upravljanja preplavljujućim emocionalnim iskustvima (Koerner, 2011).

Osim ranjive biologije pojedinca, nepodržavajuća socijalna okolina može biti uzrok emocionalne disregulacije. U zdravom emocionalnom okruženju, skrbnici odgovaraju djetetovim potrebama na način da ojačavaju vezu između okolinskih znakova, primarnih emocija i socijalno prigodnih emocionalnih ekspresija (Koerner, 2011). U optimalnom okruženju, skrbnici osiguravaju odgovarajuće i umirujuće okruženje za snažne djetetove emocije te pomažu djetetu razlučiti prirodno adaptivne, organizacijske i komunikacijske funkcije i emocije (Koerner, 2011). Ukoliko skrbnici ne odgovaraju na djetetove primarne emocije, zanemaruju njihovu ekspresiju, ne shvaćaju ih ozbiljno ili ih tretiraju kao netočne, neprimjerene ili patološke, razvija se emocionalna disregulacija. Primjerice, kada su djetetove emocije uporno izrugivane i gašene, a potrebe za umirivanjem tih emocija su zanemarene, dijete nauči izbjegavati, prekidati i kontrolirati svoje primarne emocionalne odgovore. Posljedično, pojedinci odrasli u takvom okruženju nisu samo naučeni izbjegavati takve reakcije okoline, već i izbjegavaju svoje misli, osjećaje i emocije te postaju izrazito osjetljivi (Koerner, 2011). Cilj dijalektičko-bihevioralne terapije jest naučiti klijenta kako se nositi sa svojim emocijama, kako izbjeci, tolerirati ili regulirati one neugodne te kako kontrolirati neprikladne emocionalne reakcije.

### **Komponente tretmana**

Postoji četiri glavne komponente DBT-a, a to su: grupno učenje vještina, individualna psihoterapija, telefonsko podučavanje i konzultacijski tim (Fassbinder i sur., 2016).

Grupno učenje vještina obično se odvija u grupi od otprilike osam klijenata i dva trenera vještina. Sastaju se jednom tjedno i trening traje otprilike dva i pol sata. Cilj je grupe psihoedukacija i trening bihevioralnih vještina, podijeljenih u četiri modula: usredotočena svjesnost, interpersonalna učinkovitost, regulacija emocija i tolerancija na uznemirenost. Nakon svakog sastanka, klijenti dobivaju zadaću kako bi naučene vještine znali primijeniti u svakodnevnom životu (Fassbinder i sur., 2016).

Nadalje, individualna psihoterapija odvija se jednom tjedno po 50 minuta. Psihoterapeut odgovoran je za planiranje tretmana, upravljanje kriznim situacijama i donosi odluke o potrebnim promjenama tretmana. Također, zadatak terapeuta je podržavati klijenta u primjeni naučenih vještina te ga naučiti kako prevladati određene prepreke. Individualna psihoterapija podijeljena je u četiri stadija, a svaki stadij ima svoje ciljeve (Fassbinder i sur., 2016). Ciljevi prvog stadija su smanjiti neizbježna ponašanja koja ometaju normalan život (npr. pokušaji samoubojstva ili samoozljeđivanje), smanjiti ponašanja koja ometaju tretman (npr. izbjegavanje tretmana, odbijanje suradnje), smanjiti ponašanja koja

ometaju kvalitetu života, a ovise o klijentu (npr. zloupotreba tvari, nezaposlenost) i motivirati ponašanja koja će zamijeniti ona disfunkcionalna (Linehan i Wilks, 2015). Nadalje, drugi stadij naziva se „tih očaj“, čiji je cilj doživljavanje širokog raspona emocija. Radnje su kontrolirane, ali emocionalna patnja nije. Treći stadij smanjuje obične probleme življenja pomoću učenja novih vještina, dok je četvrti osmišljen za povećanje osjećaja potpunosti, pronalaska zadovoljstva i postizanje transcencije (Linehan i Wilks, 2015).

Nadalje, telefonsko podučavanje služi tome da klijent u kriznim situacijama može nazvati svog terapeuta i od njega dobiti podršku i savjet kako iskoristiti naučene vještine. Posljedično, cilj ove komponente tretmana je primijeniti naučene vještine svakodnevnom životu (Fassbinder i sur., 2016).

Naposljetku, konzultacijski tim omogućava komunikaciju svih psihoterapeuta i trenera vještina kako bi jedni drugima pružali podršku u provođenju tretmana. Terapeuti se sastaju na tjednoj bazi te raspravljaju o vještinama koje se uče taj tjedan te o problemima s kojima se klijenti susreću pri provođenju tih vještina (Fassbinder i sur., 2016).

### **Strategije dijalektičko-bihevioralne terapije**

U individualnoj psihoterapiji koriste se brojne strategije koje su usmjerene na prihvaćanje i one usmjerene na promjenu (Linehan, 1998). Te strategije podijeljene su u pet setova: dijalektičke strategije, temeljne strategije (validacija i rješavanje problema), postupci promjene (načela operantnog učenja, uvježbavanje vještina, tehnike racionalno-emotivne terapije, itd.), strategije komunikacije (nevažna i uzajamna komunikacija) i strategija upravljanja slučajem (konzultacije s klijentom, supervizija/konzultacije s terapeutom). Dijalektičke strategije, strategije promjene i temeljne strategije osnovne su strategije koje se koriste kako bi se klijenta dovelo do cilja (Koerner, 2011).

### ***Strategije promjene***

Strategije fokusirane na promjenu, obuhvaćaju bihevioralna načela i protokole kognitivno-bihevioralne terapije, ali i protokole ostalih strategija za tretiranje emocionalne disregulacije. Konceptualizacija slučaja u DBTu temeljena je na funkcionalnim obrascima, nastalih iz bihevioralne lančane analize (Koerner, 2011). To znači da plan tretmana označava ono što treba biti drugačije od bihevioralnog lanca, kako se klijent ponovno ne bi upustio u problemsko ponašanje. Nadalje, učenje novih vještina nije uvijek dovoljno, stoga strategije promjene u DBTu uključuju još tri kognitivno-bihevioralne procedure: terapiju izloženosti, upravljanje nepredviđenim situacijama i kognitivnu

modifikaciju. Budući da emocionalna disregulacija dovodi do ponašanja ovisnom o raspoloženju, terapeut često mora prilagoditi navedene procedure, kako bi terapija bila uspješna (Koerner, 2011).

### ***Dijalektičke strategije***

Osnovna dijalektička strategija je uravnoteženi terapeutov stav, to jest kombiniranje prihvatanja i promjene. Napetost između potrebe prihvatanja klijentove ranjivosti, a u isto ga vrijeme ohrabriti da napravi potrebnu promjenu, stalna je terapeutova dilema (Koerner, 2011). Cilj je istaknuti suprotnosti u terapiji i klijentovom životu te omogućiti uvjete za njihovu sintezu (Linehan, 1998). Ta sinteza zahtijeva kontinuiranu potragu za onime što je ostalo u trenutnom obrascu u životu. Nakon toga, terapeut pomaže klijentu stvoriti nove obrasce koji uključuje i prihvaća sve ono što je ranije izostavljeno.

### ***Temeljne strategije***

Temeljne strategije sastoje se od strategija validacije i rješavanja problema. Najprije, validacija zahtijeva traženje, prepoznavanje i reflektiranje trenutne vrijednosti i osjetljivosti pojedinca (Linehan, 1998). DBT definira validaciju kao sumu empatije i komunikacije. To znači da empatija pomaže terapeutu razumjeti svijet iz klijentove perspektive, a validacija pomaže pri aktivnoj komunikaciji da ta njegova perspektiva dobije smisao (Koerner, 2011). Validacija se može postići na šest načina. Prvi način je slušanje klijenta sa zanimanjem. Zatim, refleksija, parafraziranje i sažimanje. Treće, artikulacija ili „čitanje između redova“ onoga što je neizrečeno, kao na primjer, strah od priznanja emocija i misli, bez nametanja interpretacije. Nadalje, validacija se može postići prihvatanjem klijentovih traumatičnih iskustava kao prošla, a prihvatanje samog klijenta i njegovih emocija kao trenutno i normalno stanje. To znači da je klijentu važno pokazati da su njegovi osjećaji opravdani, kao na primjer, naglasiti mu da visoka emocionalna uzbuđenost utječe na kognitivno funkcioniranje (Linehan, 1998). Naposljetku, vrlo je važno da terapeut bude iskren te da klijenta smatra jednakim sebi, a ne samo kao klijenta. Također, ne smije ga gledati kao ranjivog i nesposobnog za rješavanje problema jer validacija predstavlja vjerovanje u pojedinca i usmjeravanje na njegove snage.

Druga je temeljna strategija rješavanje problema, koja se sastoji od dva stadija. Prvi stadij jest analiza i prihvatanje problema, dok drugi stadij predstavlja pokušaj stvaranja i procjene alternativnih rješenja tog problema i sličnih problema u budućnosti. Prvi stadij, to jest analiziranje problematičnog ponašanja, emocija misli i načina obrade informacija zahtijeva detaljan pregled specifičnih događaja, misli, interpretacija i sumnji, osjeta, emocija i osjećaja te potreba i radnji (Linehan, 1998). Svaki se

taj detalj proučava kako bi se pronašli čimbenici koji su doveli do problematičnog ponašanja. Drugi stadij, zahtijeva stvaranje alternativnih rješenja tog problema, kao i analizu klijentovih sposobnosti odgovora na problem. Na primjer, kod suicidalnog klijenta, pokušava se pronaći drugačiji, adaptivniji odgovor na situaciju od samoubojstva. To najčešće dovodi do učenja novih vještina suočavanja i/ili poboljšanja motivacije i jačanja već postojećih vještina. Posljedično, cilj je ublažiti emocije koje inhibiraju adaptivna ponašanja te promijeniti misli i implicitne sumnje i vjerovanja koja vode do disfunkcionalnih ponašanja (Linehan, 1998).

### **DBT vještine**

U razvoju seanse, postalo je očito da je izrazito teško, unutar sat vremena, fokusirati se na rješavanje problema, emocionalnu rastresenost, disregulaciju emocija, disfunkcionalna ponašanja, a u isto vrijeme razvijati vještine kako bi se ti problemi kontrolirali u prirodnom okruženju (Linehan i Wilks, 2015). Vještine DBTa nastale su iz raznih istraživanja socijalne psihologije, spiritualnih učenja ili su prilagođene instrukcije klijentima, ciljane na specifične probleme. Početni set vještina razvijen je za suicidalne pojedince s graničnim poremećajem ličnosti. Međutim, a se počela koristiti i kod drugih poremećaja i problema u ponašanju, stoga su nove vještine koje se uče prilagođene kliničkim potrebama i novim napredcima istraživanja o ishodima i mehanizmima terapije (Linehan i Wilks, 2015). Posljedično, DBT je podijeljena u dva dijela: učenje vještina i rješavanje trenutnih problema i motivacijskih poteškoća (npr. apstinencija od droga, smanjenje depresije ili nastavak s terapijom). Glavni cilj vještina DBTa je pomoći klijentu naučiti ponašanja koja će zamijeniti maladaptivna ponašanja. Motivacijski problemi rješavaju se na taj način da klijenti dobivaju tjedne zadaće koje moraju ispunjavati kako bi stekli i osnažili vještine (Linehan i Wilks, 2015). DBT vještine podijeljene su u vještine promjene (interpersonalna učinkovitost i regulacija emocija) i vještine prihvatanja (usredotočena svjesnost i tolerancija na uznemirenost). S novim istraživanjima, vještine se prilagođavaju novim izazovima kako bi se poboljšala učinkovitost tretmana (Linehan i Wilks, 2015).

### ***Usredotočena svjesnost (eng. mindfulness)***

DBT jedan je od prvih psihologijskih tretmana koji je uključio usredotočenu svjesnost kao temeljnu komponentu (Baer, 2014). Osim što je zasebna vještina, svaki modul vještina DBTa sadrži barem jednu komponentu usredotočene svjesnosti. Tako se u interpersonalnim vještinama uči usredotočena svjesnost drugih, u regulaciji emocija, usredotočena svjesnost trenutnih emocija, a u toleranciji na

uznemirenost uči se usredotočena svjesnost trenutnih misli (Linehan i Wilks, 2015). Isprva je Linehan (2001; prema Baer, 2014) pokušala s meditacijom, no kod suicidalnih klijenata s graničnim poremećajem ličnosti to nije uspjelo. Razlog tomu je što klijenti nisu bili u mogućnosti imati takvu samokontrolu nad sobom te nisu smatrali meditaciju kao dovoljno pouzdanom metodom. Nakon toga, Linehan je izdvojila osnovne komponente usredotočene svjesnosti i razvila je metode učenja koje će biti pristupačnije i jednostavnije za korištenje (Linehan, 1993).

Usredotočena svjesnost je u DBTu osmišljen kao direktno iskustvo potpunog osvještavanja sadašnjosti, a sastoji se od sedam vještina (Baer, 2014). Prva vještina, *mudar um*, apstraktna je ideja koja predstavlja integraciju dva stanja uma: *emotivni um* i *razumski um*. *Emotivni um* stanje je u kojemu emocije imaju kontrolu nad mislima i ponašanjima, dok kod razumskog uma pojedincem upravlja logika (Baer, 2014).

Nadalje, ostalih šest vještina podijeljene su u dvije kategorije: *što* i *kako* vještine. Opažanje, opisivanje i sudjelovanje tri su *što* vještine, a ujedno su i osnova vježbe usredotočene svjesnosti. Opažanje se odnosi na percepciju iskustava, odvojenih od njihovih kategorija te uključuje osjete slušanja, dodira, vida, mirisa i okusa (Baer, 2014). Vježba opažanja pomaže klijentu da se vrati na razinu direktnog osjeta, bez da ga odmah opisuje i često procjenjuje kao lošeg. Tako će, na primjer, klijent osjetiti senzaciju u svojim prsima, interpretirat će tu senzaciju kao nešto čega se treba bojati, a naposljetku će osuđivati sebe zbog tog straha i smatrati se slabićem. Opažanje pomaže u doživljavanju misli kao mentalnih događaja, a ne kao doslovne, objektivne istine. Nakon uvježbanih vještina opažanja i opisivanja, klijent će moći primijetiti misli i verbalno ih opisati bez da nužno reagira na njih, a to može pomoći u impulzivnom odgovaranju i manjku kontrole ponašanja (Baer, 2014). Nakon opažanja i opisivanja, uvježbava se potpuna predanost iskustvu, a to je sudjelovanje. Ova vještina izuzetno je teška za ljude kojima je bitno kako ih drugi ljudi percipiraju, stoga im se teško prepustiti bilo kakvoj aktivnosti. Nakon usvajanja vještine sudjelovanja, osoba može živjeti i uživati u svakom trenutku, bez osuda i nametanja (Baer, 2014).

Za razliku od *što* vještina, *kako* vještine mogu se uvježbavati simultano. One predstavljaju način na koji osobe prakticiraju *što* vještine. Što vještine treba prakticirati bez osuđivanja, svjesno i učinkovito (Baer, 2014). Neosuđivanje se smatra najvažnijom vještinom cijelog tretmana zbog toga što pomaže ljudima odbaciti sve predrasude, a klijentima s graničnim poremećajem ličnosti pomaže razdvojiti

misli i emocije od istine. Klijentu kojemu se sve čini besmisleno i beznadno, ta vještina pomaže ukazati da to ne mora biti istina.

Za razliku od ostalih bihevioralnih pristupa, DBT naglašava važnost odnosa terapeuta i klijenta jer ponekad je, u kriznoj situaciji, taj odnos ono što će klijenta održati na životu (Linehan, 1998). Od terapeuta se zahtijeva da redovito izvodi vježbe usredotočene svjesnosti. Linehan (2001; prema Baer, 2014) navodi da je najvažniji element treninga terapeuta proces učenja usredotočene svjesnosti. Samim time, standardne konzultacije tima, započinju vježbama usredotočene svjesnosti, uključujući vježbe disanja i/ili vještine naučene u grupnim vježbama (Baer, 2014). Od terapeuta se zahtijeva da i oni izvode vježbe koje daju svojim klijentima te da u potpunosti sudjeluju u tretmanu, bez osuđivanja. To je izrazito bitno zbog toga što terapeuti trebaju modelirati ponašanje koje uče svoje klijente (Baer, 2014).

### ***Regulacija emocija***

Regulacija emocija vještina je DBT-a usmjerena na promjenu. Uvježbavanje te vještine klijenta uči širok raspon bihevioralnih i kognitivnih strategija kako bi se smanjili neželjeni emocionalni odgovori te kako bi se povećale željene emocije (Linehan i Wilks, 2015). Cilj je te vještine naučiti klijenta kako identificirati i opisati emocije, kako promijeniti emocionalni odgovor, kako se nositi s emocijama te kako smanjiti ranjivost na neugodne emocije. Učenje regulacije emocija pomaže klijentu shvatiti da su emocije kratki, nenamjerni obrasci odgovora na vanjske i unutarnje podražaje (Eckman i Davidson, 1994; prema Linehan i Wilks, 2015).

Prvi zadatak učenja vještine regulacije emocija je učenje modela emocija, koji objašnjava: emocionalnu ranjivost, unutarnje i vanjske događaje koji predstavljaju emocionalne znakove, procjenu i interpretaciju tih znakova, tendenciju odgovora, uključujući neurokemijske i fiziološke odgovore, neverbalne i verbalne ekspresije i posljedice prvotnog emocionalnog „paljenja“ (Linehan i Wilks, 2015). Ukoliko osoba uistinu želi promijeniti svoje emocije i emocionalne reakcije, to se može postići usmjeravanjem na bilo koju stavku modela.

Jednom kada je model formiran, vještine promjene emocija većinom se uzimaju iz već postojećih priručnika. Tako se može koristiti rješavanje problema (Nezu i sur., 1989; prema Linehan i Wilks, 2015) u kojemu rješenja uzrokuju emocionalnu rastresenost. Također, kognitivna modifikacija (Meichenbaum, 1979; prema Linehan i Wilks, 2015) koristi se kako bi se preispitale neopravdane emocije i objasnile pomoću činjenica. Naposljetku, zamišljena proba vještina je u kojoj klijenti

zamišljaju uspješno nošenje sa svojim strahovima ili uznemirujućim situacijama (Linehan i Wilks, 2015).

### ***Interpersonalna učinkovitost***

Klijenti u DBTu često su suočeni s poteškoćama u interpersonalnim odnosima. Primjerice, ljubomora i ljutnja uništavaju njihove bliske veze, depresija smanjuje volju i trud za interakcijom, a strah i sramota dovode do izbjegavanja socijalnih interakcija. Uvježbavanje interpersonalnih vještina uči klijente kako se nositi s konfliktima, kako razviti nova prijateljstva ili se riješiti onih destruktivnih (Linehan i Wilks, 2015).

Mnoge vještine interpersonalne učinkovitosti proizlaze iz istraživanja asertivnosti (Linehan i Egan, 1979; prema Linehan i Wilks, 2015). Posljedično, učenje tih vještina pomažu klijentima kako i kada reći ne ili kako učinkovito zahtijevati nešto. Nadalje, interpersonalna učinkovitost uključuje i dijalektiku i validaciju. Posljedično, metoda „Walking the Middle Path“ pojedince uči dijalektiku, validaciju i procese promjene ponašanja, to jest uči ih kako pozitivno i negativno potkrepljenje mogu oblikovati ponašanje usmjereno ka cilju. Ta metoda mijenja „ili-ili“ razmišljanje u „i-i“, to jest uči pojedince kako nije sve crno ili bijelo, sve ili ništa. Taj dijalektički pristup pomaže pojedincu pronaći kompromis, koji će vrednovati njegove emocije, ali i naučiti ga da uvijek postoji više načina za rješenje problema.

### ***Tolerancija na uznemirenost***

U početcima dijalektičko-bihevioralne terapije nisu postojali priručnici o tome kako se nositi s uznemirujućim događajima i situacijama. Tolerancija na uznemirenost predstavlja skup vještina koje uče klijenta kako prihvatiti nevolje, pronaći njihovo značenje te ih naposljetku tolerirati (Linehan i Wilks, 2015). Također, uče klijenta razne samo-umirujuće tehnike preživljavanja krize bez da tu krizu čine gorom. Poznata TIP vještina uči klijenta kako aktivirati živčani sustav da bi se smanjilo njegovo uzbuđenje. Engleski akronim TIPP (eng. *T- Temperature, I- Intense exercise, P- Paced breathing, Paired muscle relaxation* ) označava promjenu tjelesne temperature, tjelovježbu, učinkovito disanje te mišićnu relaksaciju (Linehan, 2005; prema Linehan i Wilks, 2015). Osim TIP vještine, tolerancija na uznemirenost razvija se i pomoću vještina usmjerenih na prihvaćanje. Njihova je svrha prihvatiti stvarnost te time smanjiti patnju i povećati osjećaj slobode kada se klijentu bolne činjenice ne mogu promijeniti istoga trenutka. Nadalje, prihvaćanje stvarnosti može se postići i kroz prihvaćanje stvarnosti tijelom. Naime, pokazalo se da su emocije pod utjecajem ekspresija lica (Ekman, 1993;



prema Linehan i Wilks, 2015). Primjerice, ljudima se može povećati razina sreće ukoliko su nekoliko minuta nasmiješenog lica.

## **Primjena DBTa**

Iako je DBT prvenstveno nastala za liječenje suicidalnih klijenata s graničnim poremećajem ličnosti, danas se ona koristi i za druge poremećaje. Također, sada je poznato da se DBT koristi i kod ostalih autodestruktivnih ponašanja, kao što su poremećaji hranjenja i zloupotreba droga.

### ***Granični poremećaj ličnosti***

Granični poremećaj ličnosti najsloženiji je i najteži poremećaj ličnosti (Anon, 2006; prema O'Connel i Dowling, 2014). Karakteriziraju ga brze i jake promjene raspoloženja, emocionalna disregulacija, upuštanje u destruktivna i štetna ponašanja te nemogućnost stvaranja odnosa s drugima. Posljedično, DBT je strukturirana na način da djeluje na sve probleme s kojima se susreću osobe s graničnim poremećajem ličnosti. Također, trenutno se smatra najučinkovitijim tretmanom graničnog poremećaja (O'Connel i Dowling, 2014).

Linehan i sur. (1991, 1993; prema O'Connel i Dowling, 2014) proveli su niz istraživanja učinkovitosti liječenja graničnog poremećaja ličnosti kod kronično suicidalnih žena. Sudionice su podijeljene u dvije grupe: standardna kognitivno bihevioralna terapija (KBT) graničnog poremećaja i dijalektičko-bihevioralna terapija. Rezultati ukazuju na to da je DBT grupa pokazivala je manje parasuicidalnih ponašanja te je 83% njih nastavilo dolaziti na terapije, dok je kod grupe klasičnog KBTa samo 42% žena nastavilo pohađati terapiju (Linehan i sur., 1991; prema O'Connel i Dowling, 2014). Također, praćenja nakon 6 i 12 mjeseci od početka istraživanja ukazuju na to da su žene, koje su sudjelovale u DBTu, bile bolje socijalno prilagođene te su imale bolji uspjeh na poslu od kontrolne grupe (Linehan i sur., 1993; prema O'Connel i Dowling, 2014).

Koons i sur. (2001; prema O'Connel i Dowling, 2014) proveli su slično istraživanje. Također, rezultati sugeriraju da je grupa, koja je tretirana dijalektičko-bihevioralnom terapijom, imala manje suicidalnih ideja te su razine depresije i bijesa bile niže. Međutim, ostali se rezultati nisu podudarali. U ovom istraživanju, manji postotak kontrolne grupe (17%) odustao je od daljnjeg liječenja, dok je kod DBTa grupe njih 23% odustalo (Koons i sur., 2001; prema O'Connel i Dowling, 2014). Nadalje, Van den Bosch i sur. (2005; prema O'Connel i Dowling, 2014) utvrdili su da su se autodestruktivna ponašanja

značajno više smanjila kod grupe koja je tretirana dijalektičko-bihevioralnom terapijom te da se nakon 6 i 18 mjeseci razina tih ponašanja nije vratila na početnu razinu.

Većina istraživanja učinkovitosti DBTa usmjerena su na suicidalne misli i ostala destruktivna ponašanja. Stoga su Davenport i sur. (2010; prema O'Connel i Dowling, 2014) proučavali promjene u ličnosti prije i poslije DBTa pomoću petfaktorskog modela ličnosti (McCrae i Costa 2003; prema O'Connel i Dowling, 2014). Prije dijalektičko-bihevioralne terapije, sudionici su bili visoko na skalama neuroticizma, a nisko na ekstraverziji, ugodnosti i savjesnosti. Nakon dijalektičko-bihevioralne terapije, sudionici su pokazivali značajno više rezultate na skalama savjesnosti i ugodnosti, dok nije pronađena statistički značajna razlika na rezultatima neuroticizma i ekstraverzije. Nepromjenjivost razine neuroticizma odgovara biosocijalnoj teoriji objašnjenja graničnog poremećaja ličnosti (Davenport i sur., 2010, prema O'Connel i Dowling, 2014).

### ***Poremećaji hranjenja***

Iako je DBT prvenstveno nastala za liječenje kronično suicidalnih osoba s graničnim poremećajem ličnosti, koristi se i kao tretman poremećaja hranjenja. Postoji nekoliko razloga prilagodbe ove terapije za poremećaje hranjenja, a jedan on njih je nedovoljna učinkovitost postojećih tretmana (samo 50%). Također, parasiucidalna ponašanja česta su kod osoba s poremećajem hranjenja, osobito kod anoreksije te poremećaji hranjenja uključuju poteškoće u regulaciji emocija. Nadalje, poremećaji hranjenja stigmatizirani su kao trivijalni problemi te se razlikuju od drugih poremećaja po stupnju ambivalencije simptoma i liječenja (Linehan i Chen, 2005).

DBT za poremećaje hranjenja temelji se na tome da su poremećaji hranjenja služe kako bi se regulirala nepoželjna afektivna stanja. Primjerice, prejedanje ili bulimija rezultat su pokušaja blokiranja primarnih ili sekundarnih averzivnih emocija koje su posljedica misli o hrani, perfekcionizma, interpersonalnih situacija ili same slike o tijelu (Linehan i Chen, 2005). Tako prejedanje sužava pažnju i kognitivni fokus s tih misli i pruža bijeg od psiholoških odgovora i osjećaja. Posljedično, prejedanje postaje naučeni odgovor na disregulaciju emocija (Linehan i Chen, 2005).

Ostali oblici liječenja polaze od pretpostavki da su uzroci poremećaja hranjenja kršenje ograničenja u prehrani, interpersonalni problemi, poteškoće u sazrijevanju ili kombinacija perfekcionizma, niskog samopoštovanja i interpersonalnih poteškoća. Prema dijalektičko-bihevioralnoj terapiji, posrednik navedenih čimbenika je nemogućnost pojedinca da spriječi, tolerira i oblikuje emocionalne odgovore

(Linehan i Chen, 2005). Na primjer, sekundarna emocija srama važan je posrednik u vezi između samokritičnog razmišljanja i prejedanja.

Kao i kod standardne dijalektičko-bihevioralne terapije, koriste se iste strategije, uče se iste vještine te se tretman sastoji od grupnog učenja vještina, individualne psihoterapije, telefonskog savjetovanja te konzultacijskog tima. Također, postoje četiri stadija dijalektičko-bihevioralne terapije za poremećaje prehrane. Prvi stadij usmjeren je na povećanje bihevioralne kontrole te se primjenjuje ranije navedena hijerarhija ciljeva DBTa. Prvi cilj je spriječiti ponašanja opasna za život, kao što su izgladnjivanje, neuzimanje tekućine te povraćanje. Zatim, usmjerava se na ponašanja koja utječu na terapiju, kao što je odbijanje razgovora ili spuštanje na manju tjelesnu kilažu od dogovorene. Nakon toga, usmjerava se direktno na poremećaje hranjenja, to jest cilj je prestanak korištenja laksativa, diuretika, tableta za mršavljenje ili prestanak prejedanja. Nadalje, usmjerava se na probleme koji utječu na kvalitetu života te se uče vještine za bolju prilagodbu kvalitetnom životu (Linehan i Chen, 2005). Drugi stadij ili „tihi očaj“ uključuje izlaganje klijenta emocijama koje izbjegava kako bi se spriječilo ponovno javljanje životno ugrožavajućih ponašanja. Nadalje, ciljevi trećeg stadija su zaustaviti ponašanja koja ometaju terapiju i prejedanje. Također, smanjiti nepromišljeno jedenje, zaokupljenost hranom, odustajanje od tretmana i nepotrebna ponašanja (npr. često vaganje). Naposljetku, četvrti stadij usmjerava se na razvoj odnosa, bliskih veza, karijere i hobija (Linehan i Chen, 2005).

Provedena su istraživanja o učinkovitosti DBTa u liječenju poremećaja hranjenja. Grupa koja je sudjelovala u DBTu, bila je statistički značajno bolja u apstinenciji od prejedanja (89%) od kontrolne grupe (12.5%). Također, sudionice DBTa imale su bolju sliku o tijelu, vodile su bolju brigu o prehrani te su imale smanjeni nagon emocionalnog prejedanja. Nakon 18 mjeseci, 56% sudionica se nije nastavilo prejedati (Linehan i Chen, 2005). Nadalje, Chen i sur. (2008; prema Safer, 2015) utvrdili su smanjenu frekvenciju samoozljeđivanja, pokušaja samoubojstva i prejedanja nakon DBTa.

### ***Zloupotreba droga***

Kod pojedinaca ovisnih o drogama, glavno ponašanje koje utječe na kvalitetu života je uzimanje droga. Kao kod ostalih primjena DBTa, i ovdje postoji hijerarhija ciljeva za smanjenje životno ugrožavajućeg ponašanja (Dimeff i Linehan, 2008). Prvi cilj je smanjiti korištenje opijata, uključujući i legalno prepisane lijekove. Drugi cilj je ublažiti fizičku nelagodu apstinencije. Nadalje, umanjivanje potrebe, žudnje i iskušenja za ponovnom konzumacijom opijata. Četvrti cilj je izbjeći prilike za

ponovim uzimanjem droga. Na primjer, prekidanje kontakta s osobama ili izbjegavanje mjesta, koje su povezani s uzimanjem droga. Nakon toga, cilj je smanjiti ponašanja pogodna za konzumaciju droga, kao što je odustajanje od cilja i pomirenje s činjenicom da se ne može izbjeći ponovna konzumacija. Posljednji cilj je povećati podršku zajednice i oblikovanje zdravog ponašanja, kao što je stvaranje novih bliskih veza, poboljšanje starih odnosa, uključivanje u socijalne aktivnosti i traženje okruženja bez droga (Dimeff i Linehan, 2008).

Glavni je cilj terapije trajni prestanak uzimanja droga (promjena), ali se ne isključuje mogućnost recidiva. U dijalektičko-bihevioralnoj terapiji pojava recidiva ne znači da klijent neće postići svoj cilj te da terapija neće biti uspješna (prihvatanje). Dijalektički pristup usmjerava se na trajnu apstinenciju, ali i uči klijente kako odgovoriti na mogući recidiv bez osuđivanja (uključuje tehnike koje smanjuju opasnost predoziranja, infekcije i drugih štetnih posljedica).

Na prvom tretmanu, klijent i terapeut dogovore određeno vremensko razdoblje apstinencije (dan, mjesec ili čak par minuta). Nakon što klijent postigne dogovoreni cilj, određuje se novi vremenski interval. Nakon što klijent uspije ostvariti kratka vremenska razdoblja bez korištenja droge, polako postiže dugotrajnu i stalnu apstinenciju. Druga strategija postizanja apstinencije je proaktivna priprema odgovora na visokorizične situacije koje mogu dovesti do konzumacije droge (Dimeff i Linehan, 2008).

Ako se dogodi recidiv, a na njega gleda kao problem koji se mora riješiti, a ne kao dokaz nesposobnosti klijenta ili neuspjeh terapije. Kada se to dogodi, terapeut i klijent rade bihevioralnu analizu događaja koji su doveli do konzumacije droga. Bihevioralna analiza služi kako bi klijent naučio kako reagirati u budućim situacijama. Također, terapeut pomaže klijentu izraziti neugodne emocije i misli koje osjeća nakon recidiva, a koje mogu utjecati na nastavak apstinencije. Nakon što klijent ponovo uspostavi apstinenciju, terapeut se vraća cilju potpune apstinencije (Dimeff i Linehan, 2008).

Naposljetku, provedena su istraživanja učinka DBT-a u liječenju ovisnosti o drogama. Linehan i sur. (1969; prema Dimeff i Linehan, 2008) utvrdili su da su oni klijenti, koji su sudjelovali u dijalektičko-bihevioralnoj terapiji, u većem postotku nastavili s terapijom (64%) za razliku od onih koji su sudjelovali u standardnom liječenju u zajednici (27%). Također, sudjelovali su u više individualnih terapija i konzumirali su manju količinu droga (mjereno strukturiranim intervjuima i analizom urina). Obje su grupe napredovale u socijalnoj prilagodbi tijekom cijele godine tretmana, ali nakon 16 mjeseci, samo su sudionici iz DBT grupe poboljšali svoju prilagodbu.

## Zaključak

Mnoga istraživanja pokazala su učinkovitost dijalektičko-bihevioralne terapije te zašto je ona bolja od ostalih tretmana pri liječenju određenih poremećaja. Međutim, ona još uvijek nije toliko rasprostranjena i implementirana u praksu. Vrlo je teško pronaći DBT terapeuta, posebice u Hrvatskoj. Stoga je vrlo bitno i dalje provoditi istraživanja o njenoj učinkovitosti kako bi se veći broj terapeuta usmjerio na tu vrstu terapije, koja je klijentima izrazito bitna budući da smanjuje uznemirujuće simptome, smanjuje vjerojatnost pokušaja suicida i unaprjeđuje zadovoljstvo samim sobom. Također, vrlo je bitno da klijenti prvo razgovaraju sa svojim liječnikom ili psihijatrom kako bi utvrdili je li DBT ispravan terapijski pristup za njih.

Također, ograničenje dijalektičko-bihevioralne terapije je njena specifična primjena, to jest nemogućnost primjene na veći broj poremećaja te njena stalna podložnost promjenama. Budući da je podložna promjenama, potrebno je više kontinuiranih istraživanja učinkovitosti DBTa. Ukoliko velik broj istraživanja potvrdi njenu učinkovitost, DBT bi mogla postati jedna od vodećih vrsta terapije za granični poremećaj ličnosti.

## Literatura

- Baer, R. A. (Ed.). (2014). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2011-0-06263-4>
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction science & clinical practice*, 4(2), 39–47. <https://doi.org/10.1151/ascp084239>
- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34(3), 10-13.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, 7, 1373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373>
- Koerner, K. (2011). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1998). An illustration of dialectical behavior therapy. *In Session: Psychotherapy in Practice: Psychotherapy in Practice*, 4(2), 21-44. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6572\(199822\)4:2<21::AID-SESS3>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6572(199822)4:2<21::AID-SESS3>3.0.CO;2-B)

- Linehan, M. M., & Chen, E. Y. (2005). Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*, 168–171. doi:10.1007/0-306-48581-8\_50
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). *The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy*. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110. doi:10.1176/appi.psychotherapy.20
- McMain, S., Korman, L. M., & Dimeff, L. (2001). *Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation*. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 183–196. doi:10.1002/1097-4679(200102)57:2<183::aid-jclp5>3.0.co;2-y
- O’Connell, B., & Dowling, M. (2013). *Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 518–525. doi:10.1111/jpm.12116
- Safer, D. L. (2015). Dialectical Behavior Therapy (DBT) for Eating Disorders. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, 1–7. doi:10.1007/978-981-287-087-2\_77-1
- Swenson, C. R., Torrey, W. C., & Koerner, K. (2002). Implementing dialectical behavior therapy. *Psychiatric Services*, 53(2), 171-178. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.2.171>