

טיפול דיאלקטי התנהגותי (DBT) לטיפול יעיל בהתנהגות אובדנית

ד"ר יפעת כהן מייסדת ומנהלת מכון "אופק", פסיכיאטרית ופסיכותרפיסטית מאמר זה יציג את מהות הטיפול הדיאלקטי התנהגותי (Dialectical behavior therapy - DBT) ואת יעילותו בטיפול בהתנהגות אובדנית. אציג את הקשר בין הפרעת אישיות גבולית (הא"ג) להתנהגות אובדנית ופגיעה עצמית; המודל הביו סוציאלי להבנת הא"ג; עדות מחקרית ליעילות DBT בהפחתת התנהגות אובדנית; האלמנטים העיקריים בטיפול DBT; הנחות היסוד של הטיפול; מערך הטיפול; מטרות הטיפול; האסטרטגיות הטיפוליות העיקריות. לסיום אתייחס ל-DBT במתבגרים אובדניים.

הקדמה

DBT הוא אחד הטיפולים היחידים שמתייחס באופן ישיר ומרכזי להתנהגות אובדנית ולפגיעה עצמית, ובוודאי אחד היחידים שיעילותו בהפחתת התנהגות אובדנית בנשים המראות סימפטומים של הפרעת אישיות גבולית, הוכחה במספר גדול של מחקרים מבוקרים.

הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי פותח ע"י מרשה לינהן, פרופ' לפסיכולוגיה קלינית מאוניברסיטת וושינגטון בסיאטל, ארה"ב. מדובר בטיפול מבוסס מחקר שנועד במקור לנשים המראות התנהגות אובדנית כרונית ומאובחנות כסובלות מהפרעת אישיות גבולית (הא"ג). ההתנהגות האובדנית הכרונית מתייחסת בעיקר לפגיעה או פגיעה עצמית מכוונת ולא קטלנית (Linehan et. al. 1991). הטיפול החל כפיתוח של הטיפול ההתנהגותי, לאחר שלינהן לא מצאה יעילות בטיפול ההתנהגותי-קוגניטיבי (CBT) מקובל בטיפול באוכלוסייה זו. CBT סטנדרטי נחוה ע"י רבות מהמטופלות כמאשים וביקורתי כלפי דרך החשיבה שלהן, בעוד טיפול מקובל באוריינטציה פסיכודינמית, נחוה כבלתי יעיל ע"י המטופלות והמטפלים כאחד.

לינהן השתמשה בפילוסופיה הדיאלקטית כבסיס תיאורטי לצורך בחיבור בין הניגודים השונים הבולטים בהתנהלות הרגשית של הסובלות מהא"ג, חיבור בין הגישות הטיפוליות השונות כמו גם איזון בין קבלה לבין שינוי בטיפול עצמו. ב-DBT יש דגש על ניסיון לעזור למטופלות לחשוב באופן דיאלקטי, מאוזן ומתון יותר ולהפחית את החשיבה הדיכוטומית, הנוקשה והלא יציבה הקיימת אצלן.

בהמשך, הטיפול הוצג כגישה כוללת, המשויכת לגל השלישי של ה-CBT וכוללת טיפול פרטני מבוסס עקרונות והקניית מיומנויות בקבוצה מבוססת פרטוקול (Linehan, 1993a, 1993b).

הפרעת אישיות גבולית והקשר להתנהגות אובדנית ופגיעה עצמית הפרעת האישיות המקושרת ביותר להתנהגות אובדנית היא הא"ג, והתנהגות אובדנית אף מהווה את אחד הקריטריונים לאבחנה ע"פ ה- DSM-V (2013) שכיחות האבחנה במתבגרים דומה לזו במבוגרים. פגיעה עצמית והתנהגות אובדנית הם מהקריטריונים השכיחים ביותר להא"ג (Zanarini et al., 2008). לינהן מתייחסת להא"ג כהפרעה חמורה במערכת הוויסות הרגשי. קושי בוויסות רגשי וקושי בזיהוי רגשות כחלק ממנו, נמצאו כמנבאים ניסיונות אובדניים, גם כאשר נטרלו את המרכיב הדיכאוני הבסיסי (Pisani et al., 2013).

הא"ג היא הפרעה קשה לטיפול, שאינה מגיבה לטיפול המקובל בדרך הצפויה. הפרעה שגורמת למטפל להתאמץ יותר, לפחד יותר, להשקיע יותר ולעמוד בתסכול ואכזבה עקב חוסר התקדמות מספקת למרות כל המאמצים הטיפוליים. כנראה עקב הקושי הרב בטיפול והמכשולים העומדים בפני המטפל, "נשכח" סימפטום אחד חשוב מאד במרבית התיאורים של הא"ג, הסימפטום שלא התייחסו אליו הוא הכאב הקשה שחוות הפצינטיים. הן אינן מסוגלות לווסת את הרגשות שלהן או להרגיע את עצמן והן עושות מאמצים נואשים שהם בדרך כלל בלתי תואמים ובלתי יעילים, על מנת לברוח מהכאב. בניסיון להבחין בין אנשים הסובלים מהא"ג לבין כאלה הסובלים מדיסתימיה (Zittel Conklin et al., 2006), נמצא שחוסר ויסות רגשי, ולא אפקט שלילי או חיובי, הוא זה שנראה שמבחין בין מטופלים עם הא"ג לעומת מטופלים עם הפרעה דיסטימית. נמצא שמטופלים גבוליים וגם מטופלים דיסטימיים מראים רמות גבוהות של אפקט שלילי ורמות נמוכות של אפקט חיובי. כך גם נמצא שמטופלים גבוליים משתמשים בטווח רחב של תהליכים מלאדפטיביים, כולל – אסטרטגיות internalizing ואסטרטגיות externalizing, הימנעות רגשית, ואסטרטגיות disorganized, המעידים כולם על נשיונות אימפולסיביים מתוך ייאוש וחולשה לברוח מכאב פסיכולוגי. חלק מההתנהגויות מזהות מאד עם הא"ג, כמו – פגיעה עצמית והתנהגות אובדנית. התנהגויות אלו אכן הבחינו בין מטופלים גבוליים ומטופלים דיסטימיים. למרות שהתנהגויות אלה הבחינו בין המטופלים, הן לא היו אפקטים קבועים בפתולוגיה, ונראה שהן באות לידי ביטוי רק בזמנים של מצוקה קיצונית.

המודל הביו סוציאלי להבנת האתיוולוגיה להתפתחות הא"ג
לינהן מסבירה את התהוות הא"ג באמצעות התיאוריה הביו סוציאלית. הא"ג מתפתחת כתוצאה משילוב בין גורם ביולוגי קונסטטוטיונלי הכולל פגיעות רגשית מוגברת ורגשות עוצמתיים, לבין גורם סביבתי הכולל סביבה לא מתקפת (Invalidating Environment) מסוגים שונים. הפגיעות הרגשית באה לידי ביטוי בחוסר יציבות אפקטיבית הגורמת גם לחוסר יציבות בהתנהגות, חוסר יציבות בקשרים הבינאישיים, חוסר יציבות בתפיסת העצמי וחוסר יציבות קוגניטיבית. מתוך דיס רגולציות אלה נגזרים הסימפטומים השונים של הא"ג. מרבית ההתנהגויות הבעייתיות של אנשים הסובלים מהא"ג נובעות בעצם מניסיונות לווסת אפקטים בעלי עוצמה גבוהה. הגורם הסביבתי הוא כישלון הסביבה במתן ולידציה החל משנות החיים המוקדמות של הילד. במהלך השנים הילד מפנים את הסביבה הלא מתקפת, כלומר, הוא נוטה לעשות אינולידציה של רגשותיו הוא. ראוי לציין כאן שמרבית הפציינטיות הגבוליות מדווחות על לפחות אירוע אחד של sexual abuse, physical abuse, הזנחה רגשית, מוות הורים, נטישה, דחיה חוזרת או נסיבות חיים כאוטיות. כולם חוו Linehan, Pervasive invalidating environment (1993a). DBT- טיפול מבוסס עדות מחקרית להפחתת התנהגות אובדנית במבוגרים ובמתבגרים DBT הוא כיום הטיפול שיש לו הביסוס המחקרי הרב ביותר במבוגרים ליעילות באנשים הסובלים מהא"ג, מרובי סימפטומים, הכוללים בדרך כלל גם התנהגות דיספונקציונלית חמורה, כמו פגיעה עצמית (, e.g., RCT's, van den Bosch et.al. 2005; Koons et al. 2001; Linehan et al. 1991, 1993, 2012, Priebe et al. 2003, Verheul et al. 2006). נמצא שלא רק שהטיפול מביא לירידה ברורה ומשמעותית בתדירות וחומרת ההתנהגות האובדנית, אלא שגם מספר ימי האשפוז, אחוז הנשירה מטיפול, עוצמת הכעס, שיתוף הפעולה בטיפול וההסתגלות החברתית השתפרו בעקבות טיפול זה. מילר, ראתוס ולינהן (Miller & Rathus, 2007, Rathus & Miller, 2015) התאימו את מערך הטיפול המקורי למתבגרים. גם במתבגרים קיימת עדות מחקרית נרחבת על יעילות הטיפול בהתנהגות אובדנית, James, Taylor, Mehlum et al., Winmill & Alfoadari, 2008 (2011, Fleischhaker et al., 2016; 2014). נערכו מספר מטא-אנליזות על יעילות DBT בטיפול בהתנהגות אובדנית, (בינהן Kliem, Kroger & Kossfelder, 2010; Panos et al. 2014 ו- DeCou, Comtois & Landes, 2019). האחרונה התבססה על 18 מחקרים מבוקרים, מצאה ש-DBT יעיל בהפחתת התנהגות אלימה כלפי העצמי ובהפחתת שימוש בשירותי חירום פסיכיאטרים. המסקנה של רב

המחקרים היתה שטיפול ב-DBT מביא להפחתה משמעותית בפגיעה עצמית, הפחתה בהתנהגות אובדנית ובנשירה מטיפול ובחלק מהמחקרים היתה עדות להפחתת דיכאון לעומת טיפולים אחרים. במחקרי מעקב נמצא שההישגים הטיפוליים נשמרים במעקב של עד שנתיים אחרי סיום הטיפול.

אלמנטים עיקריים DBT –

הגישה של DBT היא מולטי-מודלית, ומאפשרת התייחסות גמישה לבעיות השונות. זהו טיפול מובנה המתמקד במטרות על פי היררכיה. בנוסף להתייחסות מרכזית להתנהגות של פגיעה עצמית ואובדנות, DBT מתייחס באופן ישיר לחוסר מוטיבציה לטיפול, ומתמקד בעבודה על התמדה בטיפול כמטרה בפני עצמה. מטרה זו חשובה בהתחשב בשיעור הגבוה של נשירה מטיפול באוכלוסייה זאת. DBT מבוסס על מודל של הא"ג המשלב בעיות במוטיבציה וחסרים ביכולות. הטיפול הפרטני מתמקד בבעיית המוטיבציה: מוטיבציה להישאר בחיים, מוטיבציה לטיפול ומוטיבציה לשנות התנהגויות מסוימות. כל אלה כאלמנטים של **מוטיבציה לבנות חיים ששווה לחיות אותם**. לימוד המיומנויות מתמקד בהקניה ושיפור כישורים לזיווג עצמי, לקשרים בינאישיים יעילים, להתמודדות עם מצבי לחץ ולפיתוח מודעות עצמית והפחתת שיפוטיות עצמית. הטיפול בנוי ממספר **שלבים**. מטרת השלב הראשון שנמשך כשנה, הוא להגיע מחוסר שליטה התנהגותית יציבה ומספקת לשליטה התנהגותית, כך שעצם החיים לא יהיו עוד בסכנה והקשר הטיפולי והמוטיבציה לטיפול יהיו יציבים וחיוביים. השלב השני בטיפול יתמקד בעבודה על טראומה וגזרותיה. השלב השלישי בטיפול יהיה "פסיכותרפיה רגילה" ויתמקד בעבודה על נושאים אינדיבידואלים ומטרות אישיות.

DBT מציע הולזם וסינתזה. מדובר בגישה טיפולית אינטגרטיבית המאגדת ומאפשרת שימוש בגישות טיפוליות שונות ע"פ ארגון ידוע ובעל משמעות. העמדה של המטפל ב-DBT, היא עמדה הנשענת על **הפילוסופיה הדיאלקטית** במשמעות של העדר אמת אבסולוטית וניסיון להגיע לאיזונים, שיווי משקל וחיבור על מנת להתקדם. האיזון הדיאלקטי העיקרי והמרכזי בטיפול הוא בין קבלה של המטופלת כמו שהיא לבין ניסיון בלתי נלאה לשינוי. החיבור הדיאלקטי הוא שהקבלה עצמה מהווה שינוי משמעותי וגדול. הביטוי של חיבור זה באסטרטגיות הטיפוליות הוא שימוש בוולידציה יחד עם שימוש בפתרון בעיות. משמעות הוולידציה בטיפול היא, שהמטפל מוצא היגיון, אמת וערך בתגובות הרגשיות, קוגניטיביות

והתנהגותיות של המטופלת, וכן שהמטפל מאמין ביכולתה של המטופלת לבנות חיים ששווה לחיותם. המטפל מאמין למטופלת ובמטופלת. על המטפל להיות עקבי, סבלני ובעל אמונה בעילות גישה טיפולית זאת, אמונה שיוכל להעביר גם למטופלת. בטיפול זה יש צורך בהגדרות מדויקות ומעשיות של מטרות הטיפול, קשר חזק וחיובי בין מטפל למטופל, הסבר מקיף על תכנית הטיפול והתחייבות הדדית למטרותיו ולדרכי העבודה בו.

אלמנט עיקרי נוסף הוא **מיינדפולנס** (mindfulness) שמהווה גורם מרכזי ב-DBT- (Galen, 2013; Koons, 2016) (Aguirre & Galen, 2013). ההגדרה של מיינדפולנס היא- תשומת לב לרגע הנוכחי ללא שיפוטיות. הרגע הנוכחי כולל את הרגשות, המחשבות, התחושות הגופניות, המידע שנקלט ע"י החושים והמציאות מסביב, כולל כמובן האינטראקציות ברגע נתון. כלומר, תשומת לב לאחר, למה שאומר במילים, הבעות ושפת הגוף, וזאת, כאמור ללא שיפוטיות, היא חלק מהעמדה הקשובה. מיינדפולנס מהווה מיומנות שמלמדים את המטופלים (וגם את הוריהם), מיומנות שמתרגלים המטפלים כחלק משגרת חייהם וגם עמדה טיפולית.

כלומר, בטיפול, המטפל שואף להיות בעמדה של התבוננות סקרנית במה שמתרחש בתוכו ובראשו וגם להיות בהתבוננות סקרנית במה שמביא המטופל בכל רגע נתון. כל זאת, בשאיפה לוותר על שיפוטיות שמפחיתה את יעילות ההתבוננות וממסכת חלק מהתחושות והמחשבות. מיינדפולנס מתקשר לעמדה של פתיחות וקבלה, למודעות ולאמפטיה. עבודות מחקר הראו שתרגול קבוע של מיינדפולנס משפר את הוויסות הרגשי, את המודעות והיכולת האמפטית. תרגול מיינדפולנס הוכח כמפחית מתח ועצב (Davis & Hayes, 2011). אם כך אנו מדברים על מימד חדש בטיפול, מימד שאינו מילולי ואינו אינטלקטואלי. זהו תרגול פשוט למדי אשר כל אחד יכול לעשות בכל מקום ולמשך כל אורך זמן שיחפוץ. זהו מימד חווייתי, עוקף מילים ואף עוקף צורך באחר. אדם יתרגל עם עצמו ובכך ישפר את המודעות שלו לעצמו, את יכולת הקבלה של עצמו ושל אחרים, את יכולת החמלה כלפי עצמו וכלפי האחר ויעשיר את יכולת ההתבוננות שלו פנימה ובסביבתו. תרגול מיינדפולנס יאפשר להניח לחקר העבר כאלמנט מרכזי בטיפול, לוותר על מלחמה במציאות, לוותר על שיפוטיות עצמית ולקבל כאב על צורתיו השונות כחלק בלתי נפרד ואף הכרחי מהמציאות. תרגול מיינדפולנס מתקשר להשגת מטרות ארוכות טווח בטיפול הקשורות לשיפור הוויסות הרגשי. בהדרגה, במהלך הטיפול, המטופלת לומדת להתבונן בעולמה הפנימי, לזהות את מרכיביו ולהיות מסוגלת לשאת ולווסת את רגשותיה העוצמתיים.

הנחות יסוד DBT (Linehan, 1993)-

בטיפול יש הנחות יסוד ברורות:

- **מטופלים משתדלים ככל יכולתם:** העמדה הפילוסופית הראשונה היא שאנשים, בכל זמן נתון, עושים כמיטב יכולתם. אנשים עם הא"ג בדרך כלל מנסים מאד להשתנות, אך מאמציהם אינם נושאים פרי ולעיתים קרובות אינם נראים ומערכים ע"י הסביבה עקב העוצמות הגבוהות והאינטנסיביות שלהם. פעמים רבות הם מאמצים את עמדת הסביבה ומאמינים שאינם משתדלים מספיק.
- **מטופלים רוצים להשתפר:** כהמשך להנחה הראשונה, מטופלים נוטים להאמין לאמירות חוזרות של אנשי טיפול על כך שאין להם מספיק מוטיבציה לשינוי ולכן אינם משתפרים למרות הטיפול שהם מקבלים. הנחה שהמטופלים מעוניינים להשתפר, אין משמעותה שאין מכשולים שיש לעבוד עליהם. הנחת אנשי טיפול שהעדר התקדמות מספקת או מהירה במצב המטופלים מקורו בהעדר רצון, היא הנחה שאינה מבוססת מבחינה לוגית ועלולה בעצמה להפחית את המוטיבציה של המטופלים לשינוי.
- **מטופלים צריכים להשתדל יותר, לעשות יותר ולהיות עם יותר מוטיבציה לשינוי:** לכאורה מדובר בהנחה הנוגדת את שתי הקודמות, אך אין הדבר כך. לעיתים, המאמץ והרצון של המטופלים אינם מספיקים למשימות הנדרשות. המטפל צריך לברר את הגורמים המעכבים ולעזור בהפחתתם. עד רגע נתון המטופלים עשו כמיטב יכולתם. מכל רגע נתון הם זקוקים לעזרה יעילה ולימוד כלים יעילים כדי להשתדל יותר.
- **המטופלים אינם אשמים בבעיותיהם, אך זאת אחריותם לטפל בהן:** המטופלים צריכים לעשות שינוי בדרך התנהלותם. שיפור לא יתרחש רק מהשגת יותר מודעות באמצעות הטיפול, לקיחת תרופה, תמיכה מתמדת, מציאת הקשר המושלם או אמונה בכוח עליון. המטפל אינו יכול להציל את המטופל. המטופל זקוק ללא ספק לעזרה, אך חייב לקחת חלק מרכזי ופעיל בעבודה על שינוי.
- **החיים של המטופלים הגבוליים הם בלתי נסבלים:** האמירות של מטופלים גבוליים על חוסר הסיפוק העמוק מחייהם תקפות. רבים מרגישים שהם חיים בגיהנום. אי לכך, הפתרון היחיד הוא שינוי.

- **המטופלים צריכים ללמוד התנהגויות חדשות:** ההתנהגות של אנשים גבוליים תלויה במידה רבה במצב רוחם. אי לכך הם צריכים ללמוד דרכים להתנהל גם כאשר הם נמצאים במצב רוח קיצוני.
- DBT אינו מעודד אשפוז בזמני משבר. עדיף שהמטופלים יישארו בסביבה הטבעית שלהם וילמדו להתנהל באופן יעיל בתוכה. בזמני משבר, התפקיד של המטפל הוא להיצמד למטופל, לעודד אותו ולעזור לו למצוא פתרונות יעילים. ההתנהגויות החדשות נלמדות באופן מסודר בקבוצת המיומנויות.
- **המטופלים אינם יכולים להיכשל בטיפול:** הטיפול ו/או המטפל נכשלו אם המטופל עוזב את הטיפול, אינו משתפר או שמצבו אף מתדרדר. הנחה זאת היא בניגוד להנחה המקובלת, שאם המטופל עזב את הטיפול או לא השתפר, ניתן לייחס זאת להעדר מוטיבציה מספקת מצידו. גם אם יש בכך אמת, הרי שתפקיד המטפל הוא לעזור בהגברת המוטיבציה של המטופל.
- **המטפלים במטופלים גבוליים צריכים תמיכה:** מטופלים גבוליים קשים מאד לטיפול בפסיכותרפיה. טעויות טיפוליות מתרחשות לעיתים בגלל הדרישה האינטנסיבית מצד המטופלים להציל אותם באופן מיידי מהסבל שלהם. מתן עזרה כזאת יכול להפריע בהשגת מטרות לטווח הארוך. הדרכה קבועה נחוצה כדי לעזור למטפלים להישאר במסלול הטיפולי היעיל ולשמור על עצמם.

DBT- מערך הטיפול

DBT הוא טיפול כוללני הכולל טיפול פרטני, לימוד מיומנויות בקבוצה, קשר טלפוני בין הפגישות וקבוצת מטפלים. בנוסף, יש מקום לטיפול תרופתי או אשפוז במידת הצורך. לכל מטופלת יש מטפל פרטני שהוא גם המטפל הראשוני שלה.

DBT- מטרות הטיפול

1. הפחתת התנהגות אובדנית
2. הפחתת התנהגויות המפריעות לטיפול
3. הפחתת התנהגות הפוגמת באיכות חיים
4. לימוד ושיפור כישורי חיים

1. **הפחתת התנהגות אובדנית:** ההבנה הדיאלקטית היא שרצון המטופלת הגבולית למות הוא לעיתים קרובות הגיוני מכיוון שהוא קשור לחיים בלתי נסבלים המלאים במשברים, לחצים סביבתיים, יחסים בינאישיים בעייתיים, בעיות בלימודים/עבודה או בעיות פיסיות. בתוך קבלה זאת, יש לפעול לשינוי הנסיבות כך שאיכות החיים של המטופלת תשתפר. הטעות הקוגניטיבית שיש לעבוד עליה היא שהרצון להתאבד מושתת בעצם על אמונה שהחיים לא יכולים להשתפר. אין להתעלם מהתנהגות אובדנית כלשהי ויש לנתח ביסודיות כל פעם שמופיעה. יש לדון עם המטופלת על פתרונות חלופיים, להתייחס להשפעות השליליות של ההתנהגות האובדנית, לתת חיזוקים לתגובות שאינן אובדניות, לתת ולידציה לכאב של המטופלת שהביא להתנהגות האובדנית, ולקשר בין ההתנהגות האובדנית הנוכחית לבין הדפוסים הכלליים של המטופלת. יש להדגיש את העובדה שבכל מקרה, ולו הקשה ביותר, יש יותר מפיתרון אחד. במסגרת ההתייחסות יש לכלול גם אסטרטגיות של תובנה. המטרה היא לעזור למטופלת לשים לב לדפוסי התנהגותה ולהבין את הקשרים הפונקציונליים בין המרכיבים השונים. יש מקום גם לפירושים, אם הם בעלי פוטנציאל מתקף, המוצגים כהיפותזות אותן יש לבחון. בהמשך, יש לעבוד עם המטופלת על השפעות התנהגותה על אחרים, כולל על המטפל, על השפעת ההתנהגות האובדנית על הדימוי העצמי של המטופלת וכן על העובדה שההתנהגות האובדנית מסיחה את דעת המטופלת ממציות פתרונות טובים יותר. ההתייחסות היסודית להתנהגות האובדנית אינה תלויה בחומרת התנהגות זאת, בשיתוף הפעולה או מצב הרוח של המטופלת או בקיום משברים אחרים הנראים לכאורה קשים יותר מההתנהגות האובדנית או חדשים יותר ממנה.

2. **הפחתת התנהגויות המפריעות לטיפול:** התנהגויות אלה מתחלקות לשלש קטגוריות:

- התנהגויות המפריעות לקבל טיפול, כמו אי הגעה לטיפול, איחורים, שתיקות, והתנהגויות אחרות שנכללות במושג "התנגדות" במובן הפסיכואנליטי.
- התנהגויות המפריעות למטופלים אחרים לקבל טיפול, כמו הבעת עוינות והטרדה של מטופלים. אלמנט זה רלוונטי בעיקר בטיפול הקבוצתי או במחלקות אשפוז.
- התנהגויות המפריעות למטפל לתת טיפול, כמו התשת המטפל, חדירה לפרטיותו. יש לאתגר את הרעיון הלא הגיוני שהעזרה שהמטופלת מקבלת מהמטפל אינה קשורה לדרך בה היא מתנהגת אל המטפל.

3. הפחתת התנהגויות המורידות את איכות החיים: כמו שימוש בסמים ואלכוהול, הפרעת אכילה וכל סימפטום פסיכיאטרי אחר, התנהגות מינית לא בריאה, הימורים, היעדרות מבי"ס או מעבודה, בעיות בקשרים וכל בעיה אחרת שהמטופלת מעוניינת להביא לטיפול.
4. לימוד ושיפור כישורי חיים. במקביל לטיפול הפרטני, כל מטופלת משתתפת גם בקבוצה ללימוד מיומנויות לצורך לימוד סיסטמתי ושיפור מיומנויות חיים. המיומנויות הנלמדות בקבוצה הן: קשיבות (mindfulness) כמיומנות ליבה, יעילות בין-אישית, וויסות רגשי ועמידות במצוקה.
- ב-DBT יש אפשרות לקיום קשר בין הפגישות. המטופלת מתקשרת במצבי מצוקה, אך אינה צריכה להיות אובדנית על מנת לקבל תשומת לב מהמטפל. שיחות הטלפון עוזרות לחיזוק דרכי התמודדות יעילות בהתאם לכלים הנלמדים במסגרת הקבוצה ללימוד מיומנויות. השיחות מאפשרות עוד זמן טיפול שנחוץ למטופלות ומתאפשר אימון בבקשת עזרה וקבלתה. קיים גם שימוש בשיחות טלפון יזומות ע"י המטפל.

DBT- מיומנויות חיים

המיומנויות הנלמדות בקבוצה מבוססות על פרוטוקול שכתבה מרשה לינהן (Linehan, 1993b, 2015).

Core Mindfulness skills: מיומנות הקשיבות (mindfulness) היא המיומנות המרכזית עליה נשענות גם המיומנויות האחרות הנלמדות בקבוצה. המטופלות לומדות להיות מודעות למה שעושות, חושבות ומרגישות, לא להיות שיפוטיות כלפי עצמן ולהיות יעילות. יעילות בינאישית (*Interpersonal effectiveness*): מיומנויות יעילות לבקש, לסרב, להשיג את המטרה, לשמור על קשר ולשמור על ערכים בתוך קשר. המטופלות לומדות לזהות מה באמת חשוב מאלה ובאיזה הקשר או סיטואציה.

וויסות רגשי (*Emotion regulation*): מיומנויות להתמודדות עם רגשות עוצמתיים ותנודתיים. התנהגויות דיספונקציונליות הן לעיתים קרובות פתרונות התנהגותיים בלתי מוצלחים לרגשות עוצמתיים בלתי נסבלים. נלמדות מיומנויות לוויסות רגשי בדומה למודל

המקובל בטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, שכוללות זיהוי ושיום רגשות, זיהוי הפרשנות לסיטואציה מסויימת והקשר בין פרשנות לרגש. כמו כן לומדים דרכים להפחתת פגיעות ולהגברת רגשות חיוביים .

עמידות במצוקה (Distress tolerance): זוהי קבוצת המיומנויות האחרונה ובה לומדות המטופלות להתמודד עם מצב של דחק חריף. נלמדות מיומנויות רבות ושונות לשרוד משברים (מיומנויות להסחת דעת, לשיפור הרגע, להרגעה עצמית דרך החושים) ומיומנויות לקבלה רדיקלית: לקבל את הכאב כחלק בלתי נפרד מהחיים. לחלק זה יש קשר טבעי ישיר עם מיומנות הקשיבות .

DBT- אסטרטגיות טיפוליות עיקריות

האסטרטגיות העיקריות בטיפול כוללות אסטרטגיות של קבלה, אסטרטגיות של שינוי ואסטרטגיות

(Swenson, 2016; Koerner, 2012) : דיאלקטיות

1. אסטרטגיות של קבלה הן בעיקר אסטרטגיות של תיקוף-ולידציה. ולידציה התווספה למוקד הקוגניטיבי-התנהגותי של הטיפול על מנת לאזן את הדחיפה לשינוי. בתחילה ההתייחסות של לינהן לולידציה היתה כמו אל שמן הנחוץ לשימון המכונות של פתרון בעיות. במהלך השנים הסתבר שלולידציה יש פונקציות נוספות. ולידציה מחזקת את המטופל ומעודדת התקדמות קלינית. ולידציה מחזקת את הקשר הטיפולי ועוזרת למטופל להישאר בטיפול. באמצעות אסטרטגיה זאת, המטופלת לומדת לתקף את עצמה ולהפחית את הביקורת העצמית המחלישה שלה. ולידציה מביאה לשינוי! תיקוף הרגש הראשוני של מטופלים יעזור להם להישאר בקשר עם הרגש ולחפש דרכים יעילות לווסת את הרגש המכאיב מבלי להגיב באופן חריף ברמה רגשית ו/או התנהגותית לרגש המשני. לדברי לינהן, ולידציה עוזרת לכשעצמה לוויסות רגשי ובכך לפתרון בעיות, גם אם לא מלמדים באופן ממוקד פתרון בעיות .

מהי ולידציה? ולידציה היא פעולה המכירה ומאשרת קיום הגיון ו/או משמעות למה שיש.

המטפל מעביר למטופלת שתגובותיה מובנות והגיוניות בקונטקסט של חייה או של הסיטואציה. לינהן הציעה שש רמות של ולידציה (Linehan, 1997) . כל רמת ולידציה תלויה באחת או יותר מן הרמות הקודמות.

רמה 1: הקשבה והתבוננות: להיות נוכח, להראות עניין, להתאמץ להבין, לשים לב לדקויות. ולידציה ברמה זאת דורשת תשומת לב מתמשכת שמתמקדת באחר ובכל התוכן, המילולי והלא מילולי, שהוא מביא. נדרש מאמץ לא לגלוש לחוסר סבלנות וגם לא להציע שינויים עדיין. תפקיד המטפל בשלב זה הוא להיות זה שמאפשר חקירה וחבר למסע. המטפל שואל באופן אמפטי על פרטי האירוע ומנסה להבין גם מהפרספקטיבה של המטופלת וגם מהפרספקטיבה של המתבונן מבחוץ. מתקיים מתח דיאלקטי בין עמדה של קבלה בלתי מותנית לבין עמדה המסתמכת על ההיסטוריה של המטופל ועל תיאוריות פסיכולוגיות.

רמה 2: הכרה מדויקת בחוויה של המטופל. שיקוף מדויק של מה שהמטופל ביטא ללא שיפוטיות. סיכום של מה שהמטופל הביא לפגישה (מחשבות, הנחות, רגשות, תחושות גופניות והתנהגות). המטרה היא להגיע להבנה של החוויה של המטופל ומתן ביטוי מילולי להבנה זו. המטפל משקף ומסכם, גם אם במילים אחרות או במטפורות, בדיוק את מה שהמטופל סיפר, תוך בדיקה עם המטופל אם הבין נכון ומתן הזדמנות לתקן אותו אם לא מדייק.

רמה 3: ביטוי מילולי למה שלא נאמר. שימוש ב"קריאת מחשבות". המטפל מנסה להבין את מה שלא נאמר אך סביר שהמטופל התכוון לכך. המטפל מעביר את הדרך בה הוא הבין את החוויה של המטופל ואת תגובותיו לאירוע, מבלי שהדברים ממש נאמרו על ידי המטופל. המטפל מציג את הבנתו כהיפותזה ולא כעובדה. המטפל לא יודע טוב יותר מהמטופל. לעיתים המטפל מציג את מה שהמטופל יודע אך לא מעז לאמור. בהתייחסות זאת של המטפל, המטופל ירגיש שתגובותיו צפויות ונורמליות, כי אחרת המטפל לא היה יכול ל'לנחש' אותו. שימוש יעיל ברמה 3 של ולידציה דורשת דיוק ביכולת האמפטי.

רמה 4: ולידציה בהתייחס לעברו של המטופל. זיהוי גורמים אפשריים שגרמו לתגובה של המטופל. ולידציה ברמה זאת נשענת על ההנחה שכל התנהגות נגרמת ע"י אירועים מסוימים ולכן ניתן להבינה. הוולידציה יכולה להתייחס לחוויות ילדות וכן לגורמים ביולוגיים כגורמים אפשריים שהביאו להתנהגות של המטופל בהווה. לעתים התנהגות מובנת ונורמלית רק כשמתחשבים בעברו של המטופל. לעיתים ניתן להבין התנהגות בכך שמראים שמהו בעייתי שקרה לפני התרחשותה גרם לה. חשוב להבדיל בין הבנת התנהגות לבין הסכמה עם התנהגויות מסוימות.

רמה 5: ולידציה ונורמליזציה בהתייחס לנסיבות בהווה. למצוא את העובדות הרלוונטיות במציאות הנוכחית המאפשרות הבנה ונורמליזציה של החוויה של המטופל. למצוא את גרגר

הזהב בתוך ערמת החול. רגשות ומחשבות מובנים כנורמליים על רקע המציאות העכשווית. "רוב האנשים היו מרגישים כך במצב דומה. "המטפל יכול לציין גם את חוסר היעילות או הבעייתיות בהתנהגות דיספונקציונלית, אך אינו מתעלם מההשלכות החיוביות או מהסיבות ההגיוניות להתנהגות.

רמה 6: להיות אמיתי באופן מוחלט ורדיקלי. המטפל מאמין במטופל, ביכולתו לעשות שינוי ולהשיג את מטרותיו בחיים. מדובר יותר בוולידציה של האדם עצמו ולא של התנהגות. התייחסות לאדם כאדם ולא כאל הפרעה או פציינט. התייחסות היא ליכולות ולחוזקות של המטופל, יחד עם הבנה אמפטית ברורה של קשייו וחולשותיו. המטפל מאמין במטופל וביכולתו לעשות שינוי ולהתקדם לקראת השגת מטרותיו. התייחסות למטופל היא כאל שווה במעמדו ובכבוד המגיע לו. ניתן להכליל ברמת ולידציה שש גם עידוד וגם קונפרונטציה. קונפרונטציה נותנת ולידציה ליכולת הטמונה במטופל לעשות שינוי עידוד הוא סוג ספציפי של ולידציה שמכוון ליכולת המטופל להתגבר על קשיים ולחיות חיים ששווה לחיות אותם. **תגובות טיפוליות נוגדות ולידציה:** התעקשות על תפיסת המטפל לגבי רגשות המטופלת, הדגשת חוסר ההיגיון והעיוותים ברגשות המטופלת מבלי להתייחס לגרעין האמיתי, התייחסות לכאב כאל משהו שיש להפטר ממנו, העברת מסר למטופלת שהיא "צריכה" להרגיש, לפעול, לחשוב אחרת, ניסיון לשכנע את המטופלת לקבל ערכים או עמדה פילוסופית לגבי תפיסת המציאות ותפיסת האמת, חוסר יכולת לראות את המציאות מנקודת הראות של המטופלת.

2. **אסטרטגיות של פתרון בעיות כוללות:** אנליזה פונקציונלית, אנליזה של פתרונות, לימוד מיומנויות, מילוי דפי דיווח, חשיפה, שינוי קוגניטיבי, אסטרטגיות דידיקטיות (פסיכו-חינוכיות, אסטרטגיות של מחויבות: יתרונות וחסרונות, "רגל בדלת", "דלת בפנים", "החופש לבחור והעדר אלטרנטיבות", "הסגור של השטן". אסטרטגיות אלה מכוונות לשינוי. הן כוללות שילוב של עקרונות ופרוטוקולים המוכרים בגישות קוגניטיביות-התנהגותיות. בכל פגישה טיפולית פרטנית נעשה שימוש מרכזי באנליזה פונקציונלית, שהיא אנליזה שרשרת. מטרת האנליזה היא לזהות את המשתנים הקשורים להתנהגויות בעייתיות כמו פגיעה עצמית. נעשה בירור מדוקדק לגבי גורמי פגיעות, גורמים מקדימים וכל החוליות: רגש, מחשבה ופעולה המביאים ביחד להתנהגות הבעיה שברצוננו להביא לשינוי שלה. דפי הדיווח מהווים דרך לניטור ומעקב אחר קיום התנהגויות דיספונקציונליות, התדירות שלהן והקשר ביניהן, וביניהן לבין רמת מצוקה. ניתן לשלב בדפי הדיווח גם שימוש במיומנויות חדשות שנלמדו

בקבוצה. אנליזה של פתרונות מתייחסת למציאת אפשרויות רבות ככל האפשר ("כמות מולידה איכות") להתמודד עם כל חוליה באנליזה הפונקציונלית, החל מגורמי הפגיעות, דרך הגורמים המקדימים וכלה בחוליות הרגש/ מחשבה/ פעולה. האסטרטגיות לעבודה על מחויבות לקוחות גם הן מתוך גישות התנהגותיות ועילות בעבודה עם מטופלים שמתקשים להתחייב לטיפול.

3. אסטרטגיות דיאלקטיות ברמה האבחנתית לינהן התייחסה למונח 'דילמות דיאלקטיות' הממשיגות את הסימפטומים של אנשים עם הא"ג (Linehan, 1993a). ברמה של אסטרטגיות טיפוליות, לעמדה הדיאלקטית יש כאמור מקום מרכזי ב-DBT. עמדה זאת של המטפל מתייחסת לסינתזה, חיבור, איזון ושיווי משקל: שיווי משקל דיאלקטי בין אסטרטגיות של שינוי ואסטרטגיות של קבלה. העמדה הדיאלקטית מעודדת התייחסות של 'גם וגם' במקום עמדה נוקשה ודיכוטומית של 'או-או' האופיינית לאנשים עם הא"ג וקשורה לעיתים קרובות להתנהגויות קיצוניות. אסטרטגיות דיאלקטיות ספציפיות כוללות: שימוש במטאפורות, כניסה לפרדוקס, "הסניגור של השטן", "הרחבה", הפעלת "האני היודע", הכנת לימודה מלימונים ולאפשר שינוי טבעי. אסטרטגיות אלה שימושיות במצבים של מתח דיאלקטי בקשר הטיפולי ובמיוחד בעבודה על מחויבות לטיפול (Koerner, 2012).

DBT בנוער עם התנהגות אובדנית: DBT-A

DBT הותאם לנוער ע"י מילר, ראתוס ולינהן (Miller & Rathus, 2007, Rathus & Miller, 2015). הטיפול מיועד למתבגרים המתמודדים עם בעיה קשה בוויסות רגשי. מילר ועמיתיו הסתמכו על המודל הביו סוציאלי של לינהן. מרכיבי הטיפול במתבגרים הם אותם מרכיבים הקיימים בטיפול במבוגרים:

טיפול פרטני אחת לשבוע; קבוצה ללימוד מיומנויות אחת לשבוע; קשר טלפוני עם המטפל בין הפגישות; וקבוצת עמיתים למטפלים. השינויים הראשונים שהבדילו בין מערך הטיפול הדיאלקטי-התנהגותי במבוגרים ע"פ לינהן לבין מערך הטיפול במתבגרים ע"פ מילר וראתוס היו (1) שיתוף בני משפחה בטיפול. (2) קיצור משך קבוצת המיומנויות משנה ל – 12 שבועות. משמעות הדבר שבקבוצה נלמדות פחות מיומנויות. (3) שינוי בשפה בדפי ההדרכה והתרגול בקבוצת המיומנויות כך שתתאים למתבגרים (Miller. et al., 1997) ה-DBT-A כולל היום מספר התאמות נוספות: בנוסף למיומנויות הקשיבות, עמידות במצוקה, יעילות בינאישית וויסות רגשי, נלמדת מיומנות המותאמת לנוער – 'שביל הזהב' walking the middle path.

קבוצת מיומנויות זו מתייחסת באופן ספציפי ליחסים הורה-ילד, וכוללת בעיקר מיומנויות תיקוף, עקרונות התנהגותיים וזיהוי 3 דילמות דיאלקטיות ספציפיות למתבגרים ובני משפחתם (Miller et al. 1997, Miller, 2000, Rathus & Linehan 2007)

סיכום DBT הוא טיפול מבוסס מחקר שפותח ע"י מרשה לינהן, פרופ' לפסיכולוגיה קלינית, בשנות השמונים של המאה ה-20. מדובר בטיפול שנועד במקורו לנשים המראות התנהגות אובדנית כרונית ומאובחנות כסובלות מהפרעת אישיות גבולית. עפ"י לינהן הפרעת אישיות גבולית היא הפרעה עמוקה של מערכת הוויסות הרגשי. הסימפטומים הם למעשה ניסיונות להגיע לוויסות רגשי, או שהם תוצאה של כישלון בוויסות הרגשי. הקונצפטואליזציה של הא"ג עפ"י לינהן מבוססת על התיאוריה הביו סוציאלית. תיאוריה זאת מתייחסת להא"ג כתוצאה של שילוב בין גורמים ביולוגיים מולדים וגורמים סביבתיים נרכשים. הגורמים הביולוגיים הם פגיעות ועוצמתיות רגשית גבוהה ואילו הגורמים הסביבתיים מתייחסים לסביבה משפחתית בלתי מתקפת ובלתי מותאמת לרגישות של הילד. בין גורמים אלה מתקיימים יחסי גומלין לאורך כל השנים. חוסר תיקוף מגביר את בעיית הוויסות הרגשי ולהפך. לינהן שהגיעה מתחום הטיפול ההתנהגותי סטנדרטי, ידעה להתבונן ולשים לב לאלמנטים שמועילים ואלמנטים שמכשילים את הטיפול אצל מטופלות גבוליות. היא השכילה לאזן ולשלב בין הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי הסטנדרטי לבין גישות טיפוליות אחרות כמו הגישה הפסיכודינמית. למרות האלמנטים המשותפים מגישות טיפוליות אלה ואחרות, ניתן לומר שהאלמנטים המגדירים את הטיפול הדיאלקטי התנהגותי הם התיאוריה ההתנהגותית mindfulness, והפילוסופיה הדיאלקטית. DBT התפתח לטיפול מורכב אך רב הקונצפטים שבו ברורים למדי. הטיפול מדגיש גישה סיסטמית ומאורגנת עם הנחות יסוד ברורות לגבי הטיפול והמטופלים. הנחות שמוסכמות על כל המטופלים. ההתייחסות להתנהגות אובדנית ב-DBT היא כאל פתרון לא יעיל לכאב בלתי נסבל, ונעשה בטיפול שימוש בשיטות CBT שהוכחו כיעילות על מנת ללמד את המטופלות פתרונות מתאימים ויעילים יותר. האסטרטגיות העיקריות בטיפול הן ולידציה באיזון דיאלקטי עם אסטרטגיות של פתרון בעיות. הדיאלקטיקה העיקרית בטיפול זה היא בין קבלת המטופלת כמו שהיא לבין חתירה בלתי נלאית לשינוי. הפילוסופיה הדיאלקטית ואסטרטגיות דיאלקטיות מאפשרות להתמודד עם הידיעות הנוגדות של המטופלים השונים, המטופלת מול המטפל, הדיכטומיות בבעיות המטופלת, החשיבה הנוקשה והקיצוניות ברגשות ובהתנהגות. הגישה

הדיאלקטית מאפשרת ליישב בין הניגודים וההבדלים כך שקונפליקטים בטיפול יאפשרו תנועה ולא יובילו למבוי סתום. יש להדגיש שמטרות טיפול DBT אינן רק להפחית התנהגות דיספונקציונלית חמורה, אלא לבנות חיים שכל אדם סביר יחשוב ששווה לחיות אותם. הטיפול הוא מערכתי והמטרות בנויות לפי היררכיה בה המטרה הראשונה בטיפול הפרטני היא הפחתת התנהגות אובדנית ופגיעה עצמית. המטרה השנייה היא הפחתת התנהגויות המפריעות לטיפול והמטרה השלישית היא הפחתת התנהגויות ה פוגעות באיכות החיים. העבודה בשעה הטיפולית מתבססת על אנליזה פונקציונלית תוך מתן ולידציה מרובה כדי לאפשר את עבודת האנליזה. בסיום האנליזה של ההתנהגות המהווה בעיה, נעשית אנליזה של פתרונות אפשריים. הפתרונות מתקבלים מתוך לימוד המיומנויות שנעשה בדרך כלל בתוך קבוצה, במקביל לטיפול הפרטני. קיום קבוצת הדרכה-תמיכה למטפלים היא חלק בלתי נפרד ממערך טיפול דיאלקטי התנהגותי. DBT נמצא בעשרות מחקרים מבוקרים שהתבצעו במרכזים רבים ובלתי תלויים בארה"ב ובאירופה, כיעיל בהפחתת התנהגות אובדנית ופגיעה עצמית, בהפחתת נשירה מטיפול, הפחתת אשפוזים ופניה לחדרי מיון וגם בהפחתת סימפטומים של דיכאון וחרדה ושיפור התפקוד וההסתגלות החברתית. DBT יעיל במבוגרים וגם במתבגרים.

מקורות

[Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5 \(2013\), American Psychiatric Publishing.](#)

[Aguirre, B. & Galen, G. \(2013\) Mindfulness for borderline personality disorder. Relieve your suffering using the core skill of dialectical behavior therapy. New Harbinger Publications.](#)

Brodsky, B.S., & Stanley, B. (2013). The dialectical behavior therapy primer. How can DBT inform clinical practice. Wiley-Blackwell Publication.

[Davis DM & Hayes JA \(2011\). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. Psychotherapy, 48\(2\):198-.802](#)

[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-.27](#)

[Fleischhaker, C., Bohme, R., Sixt, B., Bruck, C., Schneider, C. & Schulz, E., \(2011\). Dialectical behavioral therapy for adolescents \(DBT-A\): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with one-year follow-up. Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 5\(3\), 1-10](#)

[James, A.C., Taylor, A., Winmill, L. & Alfoadari, K. \(2008\). A preliminary community study of Dialectical Behaviour \(DBT\) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm \(DSH\). Child and Adolescent mental Health, 13\(3\): 148-152](#)

[Kliem, S., Kröger, C & Kosfelder, J. \(2010\). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis Using Mixed-Effects Modeling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78\(6\): 936–951](#)

Koerner, K.(2012). Doing dialectical behavior therapy. A practical guide. The Guilford Press.

Koons, C.R. (2016). The Mindfulness solution for intense emotions. Take control of borderline personality disorder with DBT. New Harbinger Publications.

[Koons, C.R., Robins, C.J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse,](#)

[J.Q.& Bastian, L.A. \(2001\). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behavior Therapy, 32, 371-390.](#)

[Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. \(1993\). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, 50, 971-974.](#)

Linehan, M.M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press.

[Linehan, M.M. \(1993b\). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: The Guilford Press.](#)

[Linehan, M.M:\(1997\) Validation and psychotherapy. In: Bohart A.C & Greenberg L.S. \(Eds\): Empathy Reconsidered. APA](#)

[Linehan, M.M. \(2015\). DBT skills training manual. The Guilford Press.](#)

[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, 1060-4601](#)

[Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L.....& Lindenboim, N. \(2006\). 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, 757-667](#)

Mehlum, L., Ramberg, M., Tormoen, A.J., Haga, E., Diep, L.M., Stanley, B.H., Miller, A.L., Sund, A.M. & Groholt, B. (2016). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55(4), 295-300

Mehlum, L., Tormoen, A.J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., laberg, S., Larsson, B.S., Stanley, B.H., Miller, A.L., Sund, A.M. & Groholt, B. (2014). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53(10), 1082-1091.

[Miller, A. L., Rathus, J. H. , Linehan, M. M., Wetzler, S. & Leigh, E. \(1997\). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. Journal of Practical Psychiatry & Behavioral Health, 3 \(2\), 78-86.](#)

Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. The Guilford Press.

[Miller, A.L., Wyman, S.E., Huppert, J.D., Glassman, S.L. & Rathus, J.H. \(2000\). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 183-187.](#)

Panos, P.T., Jackson, J.W. & Hasan, O. & Panos, A. (2014). [Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy. Research on Social Work Practice, 24\(2\): 213-223.](#)

[Pisani, A.R., Wyman, P.A., Petrova, M., Schmeelk-Cone, K., Goldston, D.B., Xia, Y. & Gould, M.S. \(2013\). Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. Journal of Youth and Adolescence, 42, 807-820.](#)

[Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., Molosankwe, I., McCrone, P. & Zinkler, M. \(2012\). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: A pragmatic randomised controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics. 81:356–365](#)

Rathus, J.H. & Miller, A.L. (2015). DBT skills manual for adolescents. The Guilford Press.

Swenson, C.R. (2016). DBT principles in action. Acceptance, change, and Dialectics. The Guilford Press.

[Van den Bosch, L.M.C., Sinnaeve, R., Hakkart-van, R., van Furth, E.F. Efficacy and costeffectiveness of an experimental short-term inpatient dialectical behavior therapy \(DBT\) program: study protocol for a randomized controlled trial. \(2014\) Trials, 15:152-.061](#)

[Verheul, R., van den Bosch, L.M., Koeter, M.W., De Ridder, M.A., Stijnen, T., & van den Brink, W. \(2003\). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder 12-month, randomized clinical trial in The Netherlands. The British Journal of Psychiatry, 182, 135-140](#)

28.08.2021

ד"ר יפעת כהן
מנהלת | פסיכיאטרית ופסיכותרפיסטית
מכון לטיפול ולימוד DBT | **אופק**



[Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. ... & Gunderson, J. G., \(2008\). The tenyear course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. Acta Psychiatrica Scandinavica. 117\(3\), 177-.481](#)

[Zittel Conklin C., Bradley B., Westen D. \(2006\): Affect regulation in borderline personality disorder. Journal of Nervous and Mental Disease 194\(2\):69-77.](#)