

ПРЕДИСЛОВИЕ АРНО АРНЦА
ПОСЛЕСЛОВИЕ ДЖЕФФРИ ЯНГА

КЕМБРИДЖСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО СХЕМА- ТЕРАПИИ

РОБЕРТ Н. БРОКМАН
СЬЮЗАН СИМПСОН
КРИСТОФЕР ХЕЙС
РЕМКО ВАН ДЕР ВЕЙНГАРТ
МЭТЬЮ СМАУТ

SPRINT
BOOK

**Ремко ван дер Вейнгаарт
Мэтью Смаут
Кристофер Хейс
Роберт Н. Брокман
Сьюзан Симпсон**

**Кембриджское руководство
по схема-терапии**

**Серия «Когнитивно-
поведенческая психотерапия»**

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=73235293

Кембриджское руководство по схема-терапии:

ISBN 978-601-12-3890-8

Аннотация

Эта книга дает максимально полное представление о схема-терапии: ее модели, современных исследованиях в этой области, основных группах техник: экспериенциальных, когнитивных, поведенческих, а также техник, связанных с терапевтическими отношениями. Кроме того, авторы описывают работу со сложными клиническими случаями – хронической депрессией и тревожностью, комплексной травмой и диссоциацией,

расстройствами пищевого поведения, предоставляя пошаговые инструкции и клинические примеры. Также раскрываются особенности групповой схема-терапии и особенности проведения онлайн-терапии – с акцентом на адаптацию техник для этого формата. Одна из глав посвящена супервизии, она будет полезна как супервизорам, так и супервизантам. Уникальность этого издания в том, что оно поможет усовершенствовать практику и стажерам, и экспертам-клиницистам.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

Содержание

Об авторах	8
Отзывы	10
Предисловие научного редактора	13
Предисловие	17
Вступление	20
От редактора серии	23
Благодарности	25
Часть I	27
Глава 1. От базовых эмоциональных потребностей к схемам, стратегиям совладания и режимам	27
Концептуальная модель схема-терапии	27
Базовая модель схема-терапии	28
Модель терапии	40
Заключение	49
Глава 2. Исследования в области схема- терапии	54
Введение	54
Исследования, подтверждающие концептуальную модель схема-терапии	55
Исследования, подтверждающие эффективность схема-терапии	74
Предостережения для специалистов,	94

применяющих схема-терапию	
Доказательства того, что изменение	96
схем и режимов опосредует улучшение	
психопатологии в результате схема-терапии	
Данные, подтверждающие эффективность	98
отдельных компонентов схема-терапии	
Доказательное сравнение рескриптинга,	102
проводимого терапевтом vs проводимого	
клиентом	
Заключение	108
Часть II	124
Глава 3. Диагностика в схема-терапии	124
Введение	124
I. Диагностика в схема-терапии: основные	126
задачи и другие аспекты	
Диагностика режимов для	128
концептуализации случая	
II. Проблемы в ходе диагностики	182
III. Определение целей терапии и оценка	189
мотивации клиента	
Заключительные замечания об этапе	197
диагностики	
Глава 4. Концептуализация случая и	205
составление карты режимов в схема-терапии	
Введение	205
Документирование случая	206

**Роберт Н. Брокман, Сьюзан
Симпсон, Кристофер Хейс,
Ремко ван дер Вейнгаарт
Кембриджское руководство
по схема-терапии**

© ТОО "Спринт Бук", 2026

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Об авторах

Роберт Н. Брокман, доктор философии, клинический психолог и исследователь, работает в Сиднее, Австралия. Директор Schema Therapy Sydney, небольшой частной практики в Сиднее, специализирующейся на схема-терапии и травмах, а также содиректор schematherapytrainingonline.com, онлайн-платформы для обучения схема-терапии. Роберт ведет активную исследовательскую и преподавательскую деятельность в Сиднейском технологическом университете. Благодаря своей связи с Schema Therapy Training Australia регулярно проводит обучающие семинары по схема-терапии во многих регионах Австралии, Новой Зеландии и Азии.

Сьюзан Симпсон, доктор психологии, клинический психолог и исследователь, живет в Шотландии. Директор Schema Therapy Scotland, а также содиректор сайта InhaleLifeNow.com и сотрудник Global Institute of Eating Disorders (Глобального института расстройств пищевого поведения). Ведет небольшую частную практику и работает в амбулаторном отделении Шотландского национального агентства по просвещению и пропаганде здоровья (NHS Health Scotland).

Сьюзан активно занимается научной и педагогической деятельностью, уделяя особое внимание лечению расстройств

пищевого поведения, а также устойчивости и выгоранию психотерапевтов. Она давно интересуется связью между благополучием человека и его связью с природой. Соавтор и титульный редактор книги «Схема-терапия в лечении расстройств пищевого поведения: теория и практика в индивидуальном и групповом формате» (М.; СПб., 2022).

Кристофер Хейс, магистр психологии, клинический психолог, работает в Перте (Западная Австралия). Директор Schema Therapy Training Australia и содиректор сайта schematherapytrainingonline.com. В прошлом Кристофер был секретарем правления International Society for Schema Therapy (ISST). Регулярно проводит обучающие семинары по схема-терапии в Европе, Азии и Австралии.

Ремко ван дер Вейнгаарт, магистр психологии, психотерапевт, занимается частной практикой в Маастрихте, Нидерланды. Директор Dutch Institute for Schema Therapy, где предлагает обучающие курсы по схема-терапии как на национальном, так и на международном уровне. Также является директором Van Genderen Opleidingen, крупного тренингового центра в Нидерландах.

Мэтью Смаут, доктор философии, клинический психолог и директор программы магистратуры по клинической психологии в University of South Australia (Аделаида). Директор University of South Australia Psychology Clinic, супервизор.

ОТЗЫВЫ

У этого руководства есть несколько уникальных преимуществ: обновленный и критический взгляд на модель, всесторонний обзор последних исследований и подробное описание способов преодоления чрезмерного контроля. Определенно его стоит прочитать!

Экхард Рёдигер, доктор медицины, директор Frankfurt Schema Therapy Institute

Эта книга, основанная на всестороннем и актуальном обзоре исследований в области схема-терапии, предлагает практические рекомендации и советы по тонкостям диагностики и терапевтического процесса. В книге отражены последние достижения в понимании и дифференциации схема-режимов, а глава о концептуализации случая опирается на новые разработки в подходе к концептуализации случая, используемом в обучении ISST. Полезные клинические примеры в виде коротких фрагментов и более длинных резюме оживляют детали практики. Это хорошо иллюстрирует обширная глава о диагностике, в которой детально рассматриваются сложности, возникающие при интеграции информации из различных источников. К ним относятся вербальные и невербальные ответы клиента на вопросы интервью; поведение, которое приводит к уклонению от прямых ответов, и ответы на опросники схема-терапии, где авторы подчерки-

вают важность качественного подхода и применения клинического суждения. В книге представлен практический подход, который отражает все сложности, связанные с практикой реализации схема-терапии. В ней всесторонне описаны ключевые интервенции, применяемые в этой практике.

Эта книга будет полезна не только тем, кто только начинает свой путь в качестве схема-терапевтов, но и опытным специалистам, а также супервизорам и тренерам.

Дэвид Эдвардс, доктор философии, профессор психологии, Rhodes University

Я рада поддержать эту замечательную книгу, предложенную Робертом Брокманом, Сьюзан Симпсон, Кристофером Хейсом, Ремко ван дер Вейнгаартом и Мэтью Смаутом.

Объединяющее классические теоретические концепции, руководящие принципы и эффективные стратегии, лежащие в основе схема-терапии, «Кембриджское руководство по схема-терапии» является исчерпывающим практическим ресурсом, содержащим наиболее актуальные, прекрасно проработанные и проиллюстрированные элементы этой научно обоснованной модели в теории и практике.

Эта книга представляет собой кладезь мудрости, знаний и практических рекомендаций, которые делают ее одним из самых ценных ресурсов для практикующих врачей по всему миру. Основанное на работах доктора Джеффри Янга (основателя схема-терапии) и представленное одними из самых талантливых и опытных практиков и преподавателей схе-

ма-терапии, «Кембриджское руководство по схема-терапии» обеспечивает четкое и актуальное понимание теории схем, подкрепленное научными исследованиями, это руководство по применению стратегий схема-терапии для работы с самыми сложными группами населения, нуждающимися в лечении. Снимаю шляпу перед моими уважаемыми коллегами!

Я с удовольствием рекомендую эту незаменимую книгу для вашей клинической библиотеки.

Венди Бехари, бывший президент International Society of Schema Therapy (ISST), автор книги «Обезоружить нарцисса. Как выжить и стать счастливым рядом с эгоцентриком».

Предисловие научного редактора

Когда я узнала, что «*Кембриджское руководство по схема-терапии*» будет переведено на русский язык, я очень обрадовалась. Мне сразу захотелось принять участие в работе над этим изданием в качестве научного редактора. Почему? Потому что уже сейчас ясно: эта книга станет одной из настольных для практикующих схема-терапевтов. Она будет полезна как тем, кто только начинает обучение, так и тем, кто давно работает в этом подходе.

Что же делает это руководство таким ценным? Прежде всего – его актуальность. В нем собраны и системно описаны самые современные взгляды и подходы к практике схема-терапии. Как мы знаем, метод активно развивается: появляются новые стратегии, уточняются нюансы работы с различными клиническими состояниями. В книге описаны как базовые принципы подхода, так и новые направления развития, например возможность выделения дополнительных базовых эмоциональных потребностей, схем и режимов. Все это представлено четко, структурированно, с клиническими примерами и практическими рекомендациями.

Позвольте кратко пройтись по структуре и особенностям книги.

Часть I посвящена обзору модели и современным исследованиям в области схема-терапии. Поскольку количество

таких исследований постоянно растет, особенно ценно, что в этом разделе собран наиболее полный и актуальный их обзор – с акцентом на клиническую значимость и практическое применение.

В части II подробно описывается последовательность навыков и стратегий, составляющих основу профессиональных компетенций схема-терапевта. Мне особенно близки главы, посвященные диагностике, построению концептуализации и общему плану терапевтического процесса. Подчеркивается важность выделения ключевых проблемных зон, понимания фаз терапии – все это помогает не потеряться в долгосрочном процессе, который порой напоминает путешествие по океану с непредсказуемыми погодными условиями.

Как отмечают авторы: *«Схема-терапия ориентируется на концептуализацию, но не на жесткие протоколы. Это высокоиндивидуализированный подход, сущность которого сложно уложить в пошаговый алгоритм. Тем не менее важно дать терапевтам общие принципы, которые помогут им ориентироваться в любой ситуации».*

В этом разделе представлены основные группы техник, используемых в схема-терапии: экспериенциальные, когнитивные, поведенческие, а также техники, связанные с терапевтическими отношениями. Подробно описаны ключевые задачи каждой из них и тонкости применения – с учетом индивидуальных особенностей клиентов. Показано множество клинически значимых нюансов. Например, в главе о

рескриптинге уточняется, что терапевту рекомендуется входить в образ в момент так называемой горячей точки, когда у клиента возникает эмоциональная активация по отношению к антагонисту. Однако в случаях насилия или жестокого обращения терапевт вмешивается раньше – до наступления травмирующего события, чтобы защитить ребенка в образе и удовлетворить его потребности.

Отдельная глава о завершении терапии – тема, которую часто обходят вниманием, но которая вызывает множество вопросов у терапевтов и тревог у клиентов.

Часть III описывает работу со сложными клиническими случаями – хронической депрессией и тревожностью, комплексной травмой и диссоциацией, расстройствами пищевого поведения. Это особенно важная часть книги: ранее эти темы не были столь системно и глубоко представлены в литературе по схема-терапии.

Часть IV расширяет перспективу еще больше. Здесь рассматриваются стратегии работы с пациентами в судебно-психиатрическом контексте, применение схема-терапии в работе с условно здоровыми людьми, столкнувшимися со стрессом, адаптационными кризисами или эмоциональным выгоранием. Особенно тепло и поддерживающе написаны главы, посвященные нам, практикующим схема-терапевтам. Также в книге описаны особенности групповой схема-терапии, эффективность которой подтверждена исследованиями Джоан Фаррелл и Айды Шоу, а также особенности проведения он-

лайн-терапии – с акцентом на адаптацию техник для этого формата. Очень ценной будет и глава, посвященная супервизии, – она поможет как супервизорам, так и супервизантам выстроить прозрачный и поддерживающий процесс в соответствии со стандартами, разработанными ISST.

Это действительно замечательная, глубокая и практическая книга. Я благодарна ее авторам – Роберту Брокману, Сьюзан Симпсон, Кристоферу Хейсу, Ремко ван дер Вейнгарту и Мэтью Смауту. Мне посчастливилось принимать участие во многих семинарах, проводимых ими, и почерпнуть знания, которые углубили мою собственную практику. И я рада, что теперь этот опыт станет доступен русскоязычным специалистам.

Надеюсь, вы получите не только удовольствие, но и много практической пользы от прочтения!

Александра Ялтонская, научный редактор издания на русском языке, к.м. н., врач-психиатр, психотерапевт, сооснователь Московского института схема-терапии (МИСТ) и психологического центра МИSTherapy.

Предисловие

В последние десятилетия схема-терапия приобрела большую популярность во всем мире как метод терапии хронических проблем, связанных с характерологическими трудностями. Этому можно найти несколько причин. Во-первых, теория, лежащая в основе схема-терапии, – теория о том, что неудовлетворение базовых эмоциональных потребностей в раннем детском и подростковом возрасте повышает риск развития дезадаптивных схем, которые, в свою очередь, лежат в основе расстройств личности и других форм характерологической психопатологии, – понятна большинству людей. Более того, несмотря на эмпирические данные, такие ранние факторы, имеющие отношение к развитию и сохранению этих форм психопатологии, относительно мало учитывались в традиционных моделях когнитивно-поведенческой терапии. Поэтому вполне понятно, что терапевты, сталкивающиеся в своей клинической практике с клиентами, имеющими подобные проблемы, заинтересованы в такой теории и даже нуждаются в ней. Во-вторых, использование режимов в качестве центральной конструкции для понимания и терапии тяжелых форм психопатологии чрезвычайно полезно как для клиентов, так и для терапевтов. Концептуализация случая на основе режимов дает клиентам метакогнитивное понимание своих проблем и того, как они связаны с опы-

том раннего детства. Аналогичным образом они помогают терапевтам понять сложные проблемы, а также внезапные и часто экстремальные изменения в эмоциональных состояниях клиентов. Более того, понимание соответствующих режимов конкретного пациента служит руководством для терапевта, который затем может выбирать из ряда подходящих техник, поскольку эти техники напрямую связаны с работой с конкретными схема-режимами. В-третьих, интеллектуальный способ, которым основатель схема-терапии объединил методы и техники различных терапевтических школ в общую когнитивно-схемную модель, чрезвычайно привлекателен, поскольку предлагает различные каналы изменения (когнитивный, эмпирический и поведенческий) в различных областях (терапевтические отношения, прошлое и реальный мир за пределами терапевтического кабинета). Их интеграция в рамках одной целостной модели, несомненно, способствовала высокой применимости и эффективности схема-терапии. В-четвертых, эффективность и экономичность схема-терапии подтверждается эмпирическими исследованиями, что дает клиентам, терапевтам, менеджерам и политикам весомые аргументы в пользу этого подхода как варианта терапии.

Для распространения и внедрения новых методов терапии необходимы исчерпывающие руководства, подобные этому. В таких книгах необходимо подробно и в то же время доступно изложить теорию, лежащую в основе терапии, опи-

сать терапевтические отношения, к которым следует стремиться, предложить четкое описание методов и техник, обсудить фазы терапии, рассмотреть различные формы применения интервенций и решения возможных проблем, которые могут возникнуть при применении терапии. Данная книга предлагает все вышеуказанное. Таким образом, она является прекрасным руководством для изучения схема-терапии (вместе с видеопримерами и тренингами), а также справочником для более продвинутых практиков. Настоятельно рекомендую к прочтению как одно из наиболее полных руководств в этой области, написанное ведущими экспертами в области схема-терапии.

Профессор Арно Арнци

Вступление

Мы были рады предложению коллег из издательства Кембриджского университета написать эту книгу о схема-терапии, чтобы она могла занять достойное место рядом с другими изданиями этой серии. Для нас это стало еще одним доказательством роста популярности и широты применения схема-терапии. Это также подчеркнуло факт всеобщего признания исследовательской базы схема-терапии среди коллег-терапевтов (обзор доказательств см. в главе 2). С тех пор, как модель схема-терапии была разработана ее создателем Джефффри Янгом в 1980 и 1990-х годах, появилось новое поколение схема-терапевтов, которые продолжили развивать модель для применения в новых лечебных контекстах, а также проводить ее эмпирическую оценку. Это новое поколение схема-терапевтов, многие из которых прошли обучение непосредственно у Джефффри Янга и его коллег в Нью-Йоркском институте схема-терапии, вернулись в свои страны и заложили основу того интереса к схема-терапии, который мы сейчас наблюдаем во всем мире.

Разумеется, уже существует множество других книг по схема-терапии и описаний модели. Это заставило нас задуматься о том, какой вклад наша книга может внести в распространение модели схема-терапии в более широком смысле. Для нашей команды ответ был очевиден. Модель схе-

ма-терапии получила значительное развитие с момента своего появления, и этот процесс продолжается. Мы стремились представить новый обзор схема-терапии в том виде, в каком она применяется сегодня, спустя почти три десятилетия после выхода в свет основополагающего труда Джеффри Янга [1]. Кроме того, мы хотели уделить больше внимания вопросам, которые не были подробно рассмотрены в литературе (например, фазы схема-терапии, углубление сонастройки терапевта, вопросы завершения/прерывания терапии, схема-терапия в онлайн-среде и супервизия в схема-терапии). Мы также хотели показать, как модель находит все более широкое применение по отношению к новым группам пациентов и условиям терапии (например, сложные травмы, расстройства пищевого поведения, хронические депрессии, тревожные расстройства, в судебном-медицинских экспертизах и групповом лечении). Книга состоит из четырех частей. В части I книги мы даем подробный обзор модели схема-терапии, излагая ее теоретические предпосылки (глава 1) и растущую доказательную базу (глава 2). Часть II представляет собой основную часть книги, состоящую из десяти глав (главы 3–12), демонстрирующих модель схема-терапии на практике. В части III «Применение и адаптация к психическим расстройствам» (главы 13–15) представлен обзор применения схема-терапии к целому ряду психических расстройств, выходящих за рамки традиционной сферы расстройств личности. Наконец, в части IV книги «Примене-

ние схема-терапии в различных условиях и группах населения» (главы 16–21) мы демонстрируем, как схема-терапия может применяться в различных клинических контекстах.

Примечания

1. Young J. Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach. Professional. Resource Press; 1999.

От редактора серии

Я помню, как впервые встретила с Сарой Марш, редактором издательства Кембриджского университета, – сейчас кажется, что это было целую вечность назад. Мы встретились в кафе в центре Эдинбурга в июне 2017 года, чтобы обсудить ее идею создания серии книг по доказательным методам психотерапии. Идея была проста: книги должны быть привлекательны и для стажера, и для эксперта-клинициста. Мы хотели, чтобы читатели могли концептуализировать психологическую проблему, используя для понимания различные теоретические модели, но при этом не были бы перегружены объемом информации. Мы видели необходимость в серии книг, которые можно было бы легко читать и при этом рассматривать сложные концепции в доступной форме.

Поэтому когда Сара спросила меня, не стану ли я редактором серии, я не смогла отказаться. Мы тогда даже не предполагали, что уже на ранних этапах создания серии столкнемся с пандемией. Бывали дни, когда мы не знали, сможем ли выйти из дому, смогут ли наши дети пойти в школу, – мир фактически замер. И все же, несмотря на царящий вокруг хаос, неопределенность и страх, я видела решимость и успехи тех, кто меня окружал. Я была восхищена стойкостью моего сына Патрика, который прожил свой подростковый период в «заточении». Сейчас я наблюдаю за тем, каким моло-

дым человеком он стал, – он идет по жизни уверенно и спокойно. Я горда, что он и его друзья теперь вместе радуются и наслаждаются тем, что большинство из нас раньше считало само собой разумеющимся – университетской свободой. Точно так же я наблюдала, как авторы этих книг, большинство из которых занятые и усталые клиницисты, продолжают посвящать свое драгоценное время этому начинанию. Это невероятное достижение, особенно в наше непростое время. Каждый из них приветствовал меня в своем академическом, клиническом и теоретическом мире в разных уголках земного шара. Работать с ними было большой честью. Я лично хотела бы поблагодарить каждого автора и соавтора этой серии за упорный труд, решимость и юмор даже в самые мрачные дни. Несмотря на всю неопределенность и хаос, они продолжали работать и достигли впечатляющего результата.

Я хотела бы поблагодарить Сару и Ким Ингрэм из Кембриджа за предоставленную возможность стать редактором серии. Я благодарна за наслаждение каждой минутой этого длительного, но удивительного путешествия. Сара и Ким теперь мои друзья – мы буквально вместе пережили пандемию. Мне было очень приятно работать вместе и сотрудничать с издательством Кембриджского университета.

Патриция Грэм, редактор серии, клинический психолог-консультант, NHS Lanarkshire, Великобритания

Благодарности

Мы хотели бы выразить признательность многим людям, которые поддержали нас или внесли какой-то вклад в развитие идей, изложенных в этой книге. Это многочисленные пациенты, с которыми мы имели удовольствие работать, используя схема-терапию: мы многому научились наблюдая за вашими трудностями и искренне надеемся, что помогли изменить вашу жизнь к лучшему.

Доктору Джеффри Янгу, который придумал этот новый и мощный подход к терапевтической работе с клиентами, которые в то время часто считались «не поддающимися лечению». В наши дни мы живем в чем-то вроде золотого века психотерапии, когда у нас есть убедительные доказательства того, что даже самым проблемным людям можно и нужно помогать. Вы внесли огромный вклад в эту реальность. Венди Бехари, вы очень поддержали нас и очень много сделали для поддержки сообщества схема-терапии во всем мире.

Далее мы хотели бы выразить признательность всем нашим голландским коллегам во главе с профессором Арно Арнцем, которые многого добились в продвижении программы исследований для лучшего понимания эффектов и процессов практики схема-терапии. В том числе профессору Дэвиду Бернштейну за то, что поделился своими знаниями и опытом, связанными с развитием модели судебно-медицин-

ской схема-терапии, описанной в главе 16. Доктор Ларс Мадсен также поделился своими идеями и опытом в проведении схема-терапии в судебно-медицинских учреждениях и предоставил отзывы на черновики главы 16. Мы хотели бы выразить признательность Андре Папич-Кларк за ее отзывы о некоторых ранних набросках и идеях для этой книги. Большое спасибо Клодаг Койл за редакторскую работу над всеми главами и Марии Брокман за рисунки и иллюстрации, которые она подготовила для книги.

Спасибо всему сообществу ISST (International Society for Schema Therapy) за то, что оно является форумом для творчества и поддержки в практике схема-терапии.

И последнее, но не менее важное: мы все хотим поблагодарить наши семьи за их любовь, поддержку и терпение. Без вас такие проекты, как этот, были бы невозможны и не значили бы так много.

Часть I

Обзор модели схема-терапии

Глава 1. От базовых эмоциональных потребностей к схемам, стратегиям совладания и режимам

Концептуальная модель схема-терапии

Введение

В этой главе мы представим краткий обзор истории развития схема-терапии, а также обзор модели развития психопатологии и психологического здоровья. Мы представим основные теоретические конструкты схема-терапии: базовые эмоциональные потребности, ранние дезадаптивные схемы (РДС), стратегии совладания (копинга) и режимы – и объясним, как депривация потребностей приводит к возникновению РДС, как стратегии совладания взаимодействуют с РДС и формируют режимы и как эти концепции приводят к воз-

Базовая модель схема-терапии

Центральная идея схема-терапии: базовые эмоциональные потребности

Можно сказать, что схема-терапия вполне могла бы называться *терапией потребностей*, поскольку центральное место в ее практике занимает концепция базовых эмоциональных потребностей. Хотя схема-терапия начиналась как попытка ведущих когнитивных терапевтов изменить укоренившиеся «глубинные убеждения» [1], за последние три десятилетия схема-терапия превратилась в терапию, основополагающим принципом которой является удовлетворение базовых эмоциональных потребностей.

Основным толчком к развитию схема-терапии послужили наблюдения Джеффри Янга и его коллег, которые, работая с традиционной когнитивной терапией, заметили, что, несмотря на впечатляющие результаты у многих клиентов, значительная часть из них (до 50 %) не получила существенной или устойчивой пользы [2]. В большинстве случаев симптомы были связаны с детскими переживаниями и с негативными или травматическими воспоминаниями. Однако основываясь на клинических наблюдениях, эта группа те-

рапевтов подозревала, что «паттерны схем» отражают долгосрочные «характерологические» проблемы с явными предпосылками развития.

Опираясь на обширную литературу по психологическим потребностям [4, 5, 6] и клинические наблюдения, Янг и коллеги описали пять базовых эмоциональных потребностей, возникающих в период развития. Понимание того, насколько эти потребности были удовлетворены или не удовлетворены, имеет ключевое значение для понимания хронических проблем психического здоровья [2]:

1. Надежная привязанность к другим людям (включает в себя безопасность, стабильность, заботу и принятие).
2. Автономия, компетентность и чувство идентичности.
3. Свобода выражать свои потребности и эмоции.
4. Спонтанность и игра.
5. Реалистичные ограничения и самоконтроль.

Суть терапевтической модели Янга и его коллег заключается в том, что удовлетворение потребностей в детстве приводит к развитию здоровых схем и связанных с ними функциональных, эмоциональных и поведенческих паттернов, в то время как ранняя фрустрация потребностей напрямую ведет к развитию РДС и связанных с ними негативных паттернов поведения и дезадаптивных стратегий совладания. От преобладавших в то время теорий когнитивной терапии схема-терапию отличали акцент на раннем детском развитии и роли неудовлетворенных базовых эмоциональных потреб-

ностей в возникновении РДС. Считалось, что особенно значимыми типами раннего жизненного опыта являются один или несколько из следующих: (а) токсическая фрустрация потребностей; (б) подверженность явной травме или виктимизации; (в) отсутствие границ или ограничений («слишком много хорошего»); (г) избирательная интернализация или идентификация со значимыми другими [2].

Влияние теории привязанности на схема-терапию

С момента своего появления в 1960-х годах теория привязанности [3] быстро завоевала сердца и умы психотерапевтов, работающих в этой области. Параллели между типом привязанности клиентов и их сегодняшними проблемами казались очевидными. Однако практического применения этой мощной новой теории не хватало. Янг быстро осознал важность теории для своей новой модели схема-терапии, интегрировав в нее акцент на безопасной привязанности как основной эмоциональной потребности. Янг признал, что самой важной потребностью для развивающегося ребенка является потребность в безопасной, стабильной, полноценной, а главное, валидирующей эмоции и переживания ребенка привязанности. Для Янга привязанность к другим была не выбором, а основной эмоциональной потребностью, необходимой для здорового развития и благополучия. Ес-

ли в процессе развития эта потребность нарушается, возникают ранние дезадаптивные схемы. Как отмечалось ранее, у детей есть целый ряд потребностей, но, по мнению Янга, потребность в привязанности имеет первостепенное значение, закладывая основу для удовлетворения других потребностей. Потребность в привязанности и ее связь с комплексом схем в домене нарушения связи и отвержения – основная мишень интервенций в схема-терапии, особенно интервенций при помощи ограниченного родительства (более подробно см. главу 6: «Стратегии исцеления схем 1: ограниченное родительство»). Первоначальный набор из восемнадцати РДС, организованных по их определяющим доменам и описанных в терминах глубинных убеждений, представлен в таблице 1.1.

Концепция когнитивных схем Янга

Развивая более ранние представления о схемах таких авторов, как Пиаже [7], Янг и коллеги [2] концептуализировали схемы как основополагающий феномен, присущий человеческим индивидам, или организующий принцип, который позволяет людям интерпретировать и осмысливать свой опыт и мир вокруг них. По мере того как дети ориентируются в мире и интерпретируют его, у них, как правило, формируются функциональные сценарии или схемы, представляющие мир, которые активируются в соответствии с ситу-

ативными требованиями. Многие схемы связаны с повседневным функционированием, представляя собой понимание того, чего следует ожидать (ожидания), или те правила, которые, вероятно, действуют в окружающей среде на основе прошлого опыта. В более широкой области когнитивной психологии схемы могут быть позитивными или негативными, адаптивными или дезадаптивными и могут формироваться как в детстве, так и на более поздних этапах жизни. РДС Янга относятся к основному набору проблемных схем, которые обычно формируются в детском или подростковом возрасте и имеют центральное значение в развитии различных форм психопатологии. По мнению Янга и его коллег [2], РДС характеризуются следующими признаками:

- тотальный, всеохватывающий характер темы или паттерна;
- состоит из воспоминаний, эмоций, когниций и телесных ощущений;
- проявляется в отношении себя и своих отношений с другими людьми;
- развивается в детском или подростковом возрасте;
- развивается на протяжении всей жизни;
- в значительной степени дисфункциональна.

Таблица 1.1. Домены схем и соответствующие им ранние дезадаптивные схемы¹

¹ Адаптировано из Young, Klosko, & Weishaar (2003).

Домен нарушения связи и отвержения

Покинутость/нестабильность (AB). Ожидание, что близкие люди не смогут оказать поддержку, обеспечить эмоциональную защиту.

Недоверие/ожидание жестокого обращения (MA). Ожидание, что другие будут причинять боль, жестоко обращаться, унижать, лгать, обманывать, воровать или манипулировать.

Эмоциональная депривация (ED). Ожидание, что человек не получит адекватной эмоциональной поддержки или не будет понят другими. Три основных подтипа депривации включают:

(а) **Лишение заботы**. Отсутствие внимания, ласки, тепла и дружеского общения — «Никто не заботится...».

(б) **Лишение эмпатии**. Отсутствие понимания и сопереживания — «Никто меня не понимает...».

(в) **Лишение защиты**. Отсутствие наставления, защиты и руководства — «Я совсем один (перед лицом мира)».

Дефективность/стыд (DS). Убеждение в том, что человек дефективен, нелюбим, плох, нежеланный, неполноценен, неадекватен и/или заслуживает осуждения.

Социальная отчужденность (SI). Убеждение, что человек социально изолирован, отличается от других и не принадлежит ни к какой группе или сообществу.

Домен нарушенной автономии

Зависимость/некомпетентность (DI). Убеждение, что человек беспомощен и не способен справиться с повседневными обязанностями без значительной помощи

РДС представляют собой паттерны саморазрушительных эмоций и когний, которые зарождаются в раннем возрасте, повторяются и развиваются на протяжении всей жизни. Они активизируются в ответ на текущие ситуации или обстоятельства, имеющие отношение к основной теме схемы.

Ключевым в этом определении является акцент не только на когнитивном содержании (например, глубинных убеждениях, негативных автоматических мыслях), но и на взаимодействии всех четырех компонентов активации РДС: (1) когнитивного содержания; (2) памяти/образов – негативные воспоминания и образы становятся более значимыми при активации схемы; (3) эмоций; (4) телесных ощущений. Определение Янга и его коллег подчеркивает важность образных, эмоциональных и соматических процессов в любом подходе к пониманию и исцелению схем. Янг [2] утверждает, что РДС обычно являются точными воспроизведениями общего тона семьи и детского окружения в период развития и в силу этого адаптивными на данном этапе, но могут оказывать негативное влияние на последующий опыт вне семейного контекста. РДС, которые были относительно верными и, возможно, адаптивными в детстве, могут стать дезадаптивными позже, во взрослой жизни. Стоит отметить, что представление Янга и его коллег о схемах дезадаптивного поведения, позволяющего справляться с трудностями, само по

себе не является частью РДС, а представляет собой способ совладания с РДС. Такое копинговое поведение, как говорят, «обусловлено схемой», а не представляет собой непосредственный компонент схемы как таковой.

Три основные дезадаптивные стратегии совладания

Янг утверждал, что ранние дезадаптивные схемы поддерживаются благодаря трем основным способам совладания (копинговым стратегиям). Каждый из них представляет собой разный тип адаптации к РДС и функционирует для обеспечения некоторого субъективного чувства облегчения от эмоций, связанных с активацией РДС. Совладание обычно блокирует доступ к информации, которая в противном случае могла бы опровергнуть ожидания, обусловленные РДС, и сохраняет долгосрочную связь с удовлетворением базовых эмоциональных потребностей. Так копинговые стратегии укрепляют и поддерживают схемы (закрепление схем). Три основные стратегии совладания:

Избегание (бегство): избегание схемы – это совладание с ситуацией путем избегания или ухода от полной активации РДС. Обычные примеры включают открытое избегание или уход от людей, мест, видов деятельности или ситуаций, которые потенциально могут вызвать РДС, а также действия, которые снижают

эмоциональное напряжение, такие как употребление наркотиков или другое самоутешающее поведение, самоповреждение и эмоциональная отстраненность.

Гиперкомпенсация (борьба): гиперкомпенсация схемы означает, что человек реагирует на угрозу активации схемы, «отбиваясь» каким-то образом от основного послания РДС. Это означает, что человек думает, действует и чувствует себя так, как будто верно нечто, противоположное РДС. Недавно авторы назвали этот способ совладания инверсией схемы [6]. Например, человек с РДС дефективности/стыда может компенсировать себя, демонстрируя высокомерие, и ведет себя так, будто он лучше других (то есть чувствуя себя, наоборот, менее достойным).

Капитуляция (замирание): капитуляция перед схемой подразумевает полное подчинение схеме – принятие ее основного послания, как если бы оно было правдой, и соответствующее поведение [8]. Например, человек со схемой покинутости/нестабильности может капитулировать, принимая на себя обязательства в отношениях, которые не являются безопасными или стабильными (то есть считая, что ни один партнер никогда не обеспечит ему постоянную, преданную эмоциональную и физическую доступность). Такие клиенты могут считать, что им «не стоит ожидать лучшего». Или же они могут «сдаваться этой схеме» даже в потенциально здоровых отношениях, постоянно ища заверений или проверяя партнера, потому что они «верят в схему», которая говорит им, что «партнер

рано или поздно их бросит», даже при отсутствии объективных доказательств.

Модель режимов

До сих пор мы описывали первую итерацию схема-терапии, которая стала известна как базовая модель схема-терапии. В рамках базовой модели терапия фокусируется на изменении ранних дезадаптивных схем. Однако, применяя схема-терапию в наиболее сложных случаях, связанных с расстройствами личности и серьезными и хроническими психическими заболеваниями, Янг признал необходимость модифицировать и расширить модель, чтобы учесть проблему множественности «я», которая является общей характеристикой этих клиентов, особенно тех, кто страдает пограничным расстройством личности (ПРЛ) [2]. Клиенты с ПРЛ часто представляются состоящими из разных – часто не связанных между собой – «частей», которые обладают свойством быстро менять настроение. ПРЛ бросило вызов концептуализации и лечению, основанному на базовой модели. В ответ на это Янг и коллеги [2] предложили переформулированную модель, которая стала известна как модель схема-режимов, в качестве центральной организующей конструкции которой выступают режимы, вызываемые активацией схем. Эта «модель режимов» стала доминирующей формой схема-терапии и является той версией схема-тера-

пии, которая получила практически все доступное эмпирическое обоснование в клинических испытаниях (см. главу 2 «Обоснование схема-терапии в ходе исследований»).

Режимы определяются Янгом и коллегами [2] как «те схемы или действия со схемой, адаптивные или дезадаптивные, которые в данный момент активны для человека». Режимы – это проявление взаимодействия между активированной в данный момент схемой и копинговой реакцией на нее в любой момент времени. Личность концептуализируется как группа отдельных «частей» с потенциально отдельными эмоциональными, когнитивными, поведенческими и мотивационными качествами. Янг [2] первоначально представил четыре класса режимов: детские режимы, родительские режимы (критика), копинг-режимы и режим Здорового взрослого. С тех пор исследования и теоретические разработки расширили модель режимов [9, 10, 11, 12], чтобы лучше учитывать более широкий спектр психопатологии. Современный перечень режимов представлен в табл. 1.2.

Таблица 1.2. Режимы²

² Режимы, отмеченные звездочкой (*), – дополнительные, основанные на последних теоретических разработках [8, 11, 12, 13].

Детские режимы

Уязвимый ребенок: режим Уязвимого ребенка — это «хранилище» ранних дезадаптивных схем, в котором человек испытывает эмоции, связанные с активацией схем и неудовлетворенными эмоциональными потребностями, но без восприятия из позиции Здорового взрослого (например, стабильного самоощущения, выходящего за рамки временных эмоциональных состояний, уверенности в способности справиться с ситуацией). Типичные эмоции включают чувство одиночества, утраты, страха, ярости, грусти, тревоги, боли, стыда и вины. Основной эмоциональный «вкус» режима Уязвимого ребенка зависит от конкретной базовой схемы: например, у человека со схемой Эмоциональной депривации, скорее всего, включается режим Одинокого ребенка; у человека со схемой Покинутости/нестабильности, вероятно, режим Покинутого ребенка; схема Зависимости/некомпетентности проявляется как режим Зависимого ребенка, а схема Недоверия/ожидания жестокого обращения — как режим Униженного ребенка.

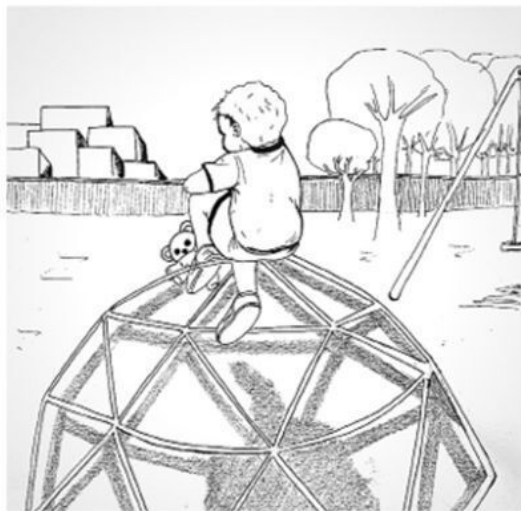


Рис. 1.1. Режим Уязвимого ребенка

Сердитый ребенок: режим Сердитого ребенка включает в себя

Наш подход к диагностике и концептуализации случая с использованием модели режимов описан в главе 3 «Диагностика в схема-терапии» и главе 4 «Концептуализация случая и составление карты режимов в схема-терапии».

Модель терапии

Модель схема-терапии изначально была сформулирована как альтернативная концепция диагностического категориального подхода к классификации расстройств личности (например, DSM-5³, МКБ-11⁴). Янг и его коллеги утверждали, что в основе личностных расстройств лежат ранние дезадаптивные схемы и что дисрегуляция поведения, отраженная в таких диагностических категориях, как «пограничное» и «антисоциальное», в первую очередь является реакцией на активацию основных схем. Было доказано, что схема-терапия успешно лечит расстройства личности и их черты, воз-

³ DSM-5 (*англ.* Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е изд.) – нозологическая система, «номенклатура» психических расстройств, которая используется в США с 2013 года. Разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией (APA). – *Примеч. науч. ред.*

⁴ МКБ-11 – Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра. Ее составляет Всемирная организация здравоохранения при участии специалистов из разных стран мира. В феврале 2024 года правительство РФ приостановило внедрение МКБ-11. В России продолжит действовать МКБ-10, которая была принята в 1990 году. – *Примеч. науч. ред.*

действуя на РДС и связанные с ними стратегии или способы совладания. За последние 20 лет модель схема-терапии все чаще применяется к более широкому спектру психологических расстройств, включая хронические и резистентные случаи расстройств, ранее известные как расстройства оси I. Обзор см. в главе 2 «Исследования в области схема-терапии».

Механизмы изменений (четыре цели схема-терапии)

Модель схема-терапии предполагает четыре связанных, но различных механизма изменений, которые становятся центральными рычагами схема-терапевтических интервенций:

1. Удовлетворение базовых эмоциональных потребностей. Схема-терапевты стремятся помочь клиентам удовлетворить их базовые эмоциональные потребности. Большинство клиентов, обратившихся за схема-терапией, либо не обращали внимания на свои базовые эмоциональные потребности, либо удовлетворению потребностей хронически препятствовали другие люди в детстве и в подростковом возрасте. Схема-терапевты стремятся «дать толчок» или возобновить эмоциональное развитие клиента, обращаясь к тем потребностям, которые не были адекватно удовлетворены в детстве и которые наиболее тесно связаны с набо-

ром его текущих проблем.

2. Исцеление схем. Янг и его коллеги [2] утверждают, что конечной целью схема-терапии является исцеление схем. Исцеление схемы предполагает ослабление всех аспектов РДС: степень интрузивности и интенсивности негативных воспоминаний или образов, «заряженность» эмоциональной схемы (включая любые телесные ощущения) и дезадаптивные когниции.

3. Отказ от дезадаптивных стратегий совладания. Поскольку дезадаптивные стратегии совладания могут поддерживать РДС и угрожать долгосрочному удовлетворению эмоциональных потребностей, эти модели поведения должны быть выявлены и заменены более адаптивными поведенческими моделями.

4. Формирование режима Здорового взрослого . В то время как исцеление схем и изменение дезадаптивных реакций совладания направлены на устранение дефицитов в функционировании личности, схема-терапия также нацелена на создание позитивных возможностей функционирования личности путем формирования режима Здорового взрослого [14, 15]. Клиенту необходим сильный режим Здорового взрослого, чтобы заботиться о своем эмоциональном функционировании по окончании терапии. На протяжении всей терапии схема-терапевты балансируют между развитием режима Здорового взрослого и задачами по исцелению схемы.

Четыре типа терапевтических интервенций

1. Стратегии терапевтических отношений (ограниченное родительство): фундаментом, на котором происходят изменения в схема-терапии, являются отношения, построенные на принципе ограниченного родительства. При использовании стратегий ограниченного родительства терапевт стремится выйти за рамки «стандартного» уровня терапевтической заботы и тепла и предпринимает попытки напрямую удовлетворить эмоциональные потребности клиента, не выходя за рамки терапевтических отношений. Эти стратегии включают в себя не только заботу, эмоциональную сонастройку и теплоту, но и эмпатическую конфронтацию и установление границ. Эти стратегии подробно рассматриваются в главе 6 «Стратегии исцеления схем (часть 1): ограниченное родительство».

2. Когнитивные техники: от того, насколько интенсивно клиенты связаны с убеждениями, обусловленными схемами, будет зависеть успешность их попыток добиться ощутимых изменений. Терапевты, работающие со схемами, сначала помогают клиентам бросить вызов их негативному и искаженному, обусловленному схемами, представлению о себе и мире на рациональном уровне. Это не обязательно приведет к длительным эмоциональным или поведенческим изменениям, но часто является необходимым подготовитель-

ным шагом для таких изменений. Подробному обзору когнитивных стратегий, применяемых в схема-терапии, посвящена глава 7 «Стратегии исцеления схем (часть 2): когнитивные стратегии».

3. Экспериенциальные техники: Джефф Янг с коллегами [2] и другие [16] утверждают, что РДС кодируются на эмоциональном и имплицитном уровне и что поэтому чисто когнитивных, «холодных» или основанных на логике стратегий редко бывает достаточно для обеспечения устойчивых изменений. Схема-терапевт предоставляет возможности для корректирующего эмоционального опыта, который непосредственно исцеляет РДС на эмоциональном и имплицитном уровнях. Мы подробно описываем эти «экспериенциальные» стратегии в главе 8 «Стратегии исцеления схем (часть 3): экспериенциальные техники».

4. Техники изменения поведенческих паттернов: возможно, наиболее важным и, в некоторых случаях, трудоемким аспектом изменения схемы является изменение дезадаптивных паттернов совладающего поведения клиента. Часто требуется значительная работа с предыдущими техниками, прежде чем удастся добиться масштабных изменений. Тем не менее без изменения дезадаптивных моделей поведения и обучения более адаптивным способам удовлетворения потребностей схемы клиентов вряд ли смогут быть полностью исцелены и останутся уязвимыми для рецидивов. (Стратегиям изменения поведенческих паттернов посвяще-

на глава 9 «Стратегии исцеления схем (часть 4): техники изменения поведенческих паттернов»).

Шесть фаз процесса терапии

Мы сочли полезным рассматривать схема-терапию как последовательность нескольких фаз изменений. Янг первоначально предполагал две фазы: (1) фаза диагностики и психообразования и (2) фаза изменений. Другие авторы предложили дополнительные этапы, включающие периоды, когда в терапии уделяется особое внимание установлению взаимопонимания, безопасности и привязанности, а также развитию навыков осознания режимов [17]. Здесь мы описываем последовательность фаз, на которых терапевт может сосредоточиться по мере продвижения терапии (и клиента). Вообще говоря, фазы можно рассматривать как наборы развивающих задач, в которых каждая фаза поддерживает рост и способность клиента к исцелению и в какой-то степени необходима для следующего шага. Это не означает, что это жесткий набор шагов. На практике фокус терапии может перемещаться между этапами в зависимости от клиента и конкретных вопросов или проблем, с которыми он сталкивается в данный момент.

1. Фаза диагностики и психообразования. На этой фазе терапевт проводит диагностику схем и режимов (см. главу 3 «Диагностика в схема-терапии») и начинает процесс ин-

формирования клиента о его значимых режимах и/или схемах и установления связей с его текущим жизненным укладом и актуальными проблемами. Это завершается попыткой создания общей концептуализации случая и получения информированного согласия на начало терапии в фазе изменения (то есть сосредоточения на шагах 2–6). Обзор концептуализации случая и обучения с использованием «Карты режимов» см. в главе 4 «Концептуализация случая и составление карты режимов в схема-терапии».

2. Безопасность и привязанность. По мере проведения диагностики и ознакомления клиента с терминологией схема-терапии терапевт работает над сближением с клиентом и развитием прочных отношений, опираясь на стратегию ограниченного родительства. При этом терапевт также ищет возможность помочь клиенту почувствовать себя достаточно безопасно для прохождения терапии, решая любые вопросы, возникающие на ранних этапах терапии, и, по возможности, помогая клиенту найти безопасность и стабильность в своей жизни, чтобы освободить место для терапии и принять решение измениться.

3. Осознание схем/режимов. Одна из начальных целей схема-терапии – помочь клиенту развить понимание своих схем и режимов. Прежде чем клиент сможет получить достаточную пользу от фаз 4–6, он должен осознать свои проблемы и понять связь между своими жизненными паттернами и лежащими в их основе схемами и режимами.

4. Управление схемами/режимами. По мере продвижения в терапии и формирования у клиента первоначально-го понимания своих проблем схема-терапевт начинает помогать клиенту управлять активацией схем в повседневной жизни. Часто это происходит с помощью техник изменения поведенческих паттернов и флеш-карточек для работы со схемами и режимами.

5. Исцеление схем/режимов. Когда клиенты пытаются измениться, они неизменно сталкиваются с активацией привычных схем или режимов. Схема-терапевт использует сессии для работы над исцелением схем, особенно тех, которые были активированы в течение предыдущей недели, обычно с упором на ограниченное родительство и экспериментальные упражнения.

6. Фаза автономии. Ближе к концу терапии больше внимания уделяется тому, чтобы обучить клиента самостоятельно удовлетворять свои базовые потребности и активировать режим Здорового взрослого для самоконтроля, преодоления жизненных препятствий и решения проблем. На этой стадии терапевт более настойчиво добивается конкретных изменений в поведении клиента и готовит последнего к возможному завершению терапии (более подробно см. главу 12 «Подготовка к завершению и заключительная фаза схема-терапии»).

Последние изменения в модели

Пристальное внимание к исследованиям в рамках схема-терапии означает, что модель постоянно развивается и уточняется. Недавно Арнц и его коллеги [8] предложили несколько новых и потенциально важных изменений в модели схема-терапии. В развитие первоначальных пяти основных потребностей были предложены две дополнительные эмоциональные потребности: (1) *потребность в самоогласованности* и (2) *потребность в справедливости*. Эти две дополнительные потребности, в свою очередь, напрямую связаны с тремя новыми схемами: (1) *схема Фрагментарной идентичности*, (2) *схема Непостижимости мира* и (3) *схема Несправедливости*. Кроме того, мы предложили дополнительную потребность в связи с природой и связанную с ней схему *Отсутствия связи с природой* [18]. Несмотря на то что обоснованность этих вновь предложенных потребностей и схем все еще находится в процессе исследования, мы включили их описание в главу 3.

Арнц и коллеги [8] также предполагают, что дисфункциональные режимы могут быть лучше поняты как сочетание активированных РДС и соответствующей стратегии совладания с ними. Они предлагают заменить термин «капитуляция» на «смирение». Под смирением понимается процесс, в ходе которого человек ведет себя так, как если бы схема

была полностью истинной, и «соглашается» с допущениями и правилами, связанными с активированной схемой. В этом уточнении подразумевается, что режимы Ребенка и Критика отражают смирение с РДС. Именно в этих режимах переживаются самые сильные эмоции, связанные со схемами, и они доминируют в душевном состоянии человека. Более того, все копинговые режимы можно рассматривать как формы либо избегания, либо инверсии/действия вопреки схеме (ранее – компенсации), при которых эмоциональные страдания, связанные с конкретными РДС, либо избегаются, либо инвертируются. Два здоровых функциональных режима, описанных Янгом, – режим Счастливого ребенка и режим Здорового взрослого – остаются в своей неизменной форме.

В последних исследованиях [19, 20, 21, 22] также предлагаются новые способы систематизации РДС, которые включают объединение схем в кластеры, а не домены. Кроме того, были предложены новые домены, связанные с «позитивными адаптивными схемами» (ПАС), и читателю предлагается ознакомиться с литературой в этой области [23]. Влияние упомянутой работы, посвященной кластерам РДС и ПАС, на практику схема-терапии еще не до конца осознано, но, несомненно, оно со временем даст о себе знать.

Заключение

Схема-терапия направлена на устранение системных

недостатков в траектории развития клиента. Модель, на которой базируется схема-терапия, может показаться начинающим терапевтам сложной, но она чрезвычайно богата и может объяснить всё разнообразие клинических проявлений. Мы рекомендуем студентам, изучающим этот подход, уделить время пересмотру и ознакомлению с понятиями базовых эмоциональных потребностей, РДС, стратегий совладания и режимов, поскольку качество концептуализации случая и планирования терапии будет зависеть от того, насколько терапевт настроен на присутствие схем и режимов у своих клиентов. Для терапевтов, только начинающих работать в данном подходе и ищущих более подробного описания схем и режимов, могут оказаться особенно полезными книги Янга и Клоско [23], а также Якоб, ван Гендерен и Сибауэра [24]. В следующей главе мы подробно обсудим, как проводить клиническую оценку этой важнейшей теоретической информации.

Рекомендации

1. Lockwood G., Perris P. A new look at core emotional needs. In van Vreekswijk M., Broersen J., Nadort M., eds. *The Wiley Blackwell handbook of schema therapy*. Wiley-Blackwell; 2012, pp. 41–66.
2. Young J., Klosko J., Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press; 2003.

3. Bowlby J. The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*. 1979;2(4):637–8.
4. Maslow A. *Motivation and personality*. Harper & Row; 1970.
5. Baumeister R.F., Leary M.R. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*. 1995;117(3):497.
6. Deci E.L., Ryan R.M. The ‘what’ and ‘why’ of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000;11(4):227–68.
7. Piaget J. *Play dreams and imitation in childhood*. Norton Libr
8. Arntz A., Rijkeboer M., Chan E., et al. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*. 2021; 45:1007–20. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10209-5>.
9. Bamelis L.L., Renner F., Heidkamp D., Arntz A. Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *Journal of Personality Disorders*. 2011;25(1):41–58.
10. Bernstein D.P., van den Broek E. Schema Mode Observer Rating Scale (SMORS). Unpublished Empirical Article manuscript, Department of Psychology, Maastricht University, The Netherlands. 2006.
11. Talbot D., Smith E., Tomkins A., Brockman R., Simpson

S. Schema modes in eating disorders compared to a community sample. *Journal of Eating Disorders*. 2015;3(1):1–4.

12. Stavropoulos A., Haire M., Brockman R., Meade T. A schema mode model of repetitive negative thinking. *Clinical Psychologist*. 2020;24(2):99–113.

13. Edwards D. Overcoming obstacles to reparenting the inner child. Workshop presented at the Conference of the International Society of Schema Therapy, World Trade Center, New York; 2012.

14. Simpson S., Smith E. Schema therapy for eating disorders: Theory and practice for individual and group settings. Routledge; 2019.

15. Aalbers A., Engels T., Haslbeck J., Boorsboom D., Arntz A. The network structure of schema modes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28 (5):1065–78. <https://doi.org/10.1002/cpp.2577>.

16. Farrell J., Reiss N., Shaw I. The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs. John Wiley & Sons; 2014.

17. ISST Environmental Awareness & Action Group. Schema therapy and connection with nature. *Schema Therapy Bulletin*, issue 23, <https://schematherapysociety.org/Schema-Therapy-Bulletin/>.

18. Bach B., Lockwood G., Young J.E. A new look at the schema therapy model: Organization and role of

early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2018;47(4):328–49.

19. Edwards D. Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*; 2, 763670. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763670>.

20. Karaosmanoglu A. An investigation of the second order factor structure of the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-SF3); Empirical Article manuscript (in preparation).

21. Yalcin O., Lee C., Correia H. Factor structure of the Young schema 14 Overview of the Schema Therapy Model questionnaire (long Form-3). *Australian Psychologist*. 2020 Oct 1;55(5):546–58.

22. Louis J., Wood A., Lockwood G., Ho M., Ferguson E. Positive clinical psychology and Schema Therapy (ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychological Assessment*. 2018 Sep;30(9):1199.

23. Young J., Klosko J. *Reinventing your life: How to break free from negative life patterns and feel good again*. Penguin; 1994.

24. Jacob G., van Genderen H., Seebauer L. *Breaking negative thinking patterns: A schema therapy self-help and support book*. Wiley-Blackwell; 2015.

Глава 2. Исследования в области схема-терапии

Введение

Работая вместе с Аароном Бекон над созданием доказательной базы для когнитивной терапии, Джеффри Янг с самого начала активно и последовательно стремился утвердить схема-терапию в качестве эмпирически подтверждаемой теории. Исследования в области схема-терапии получили новый импульс в конце 1990-х – начале 2000-х годов, когда группа голландских исследователей под руководством Арно Арнца совместно с Янгом провела первое из нескольких клинических исследований эффективности схема-терапии при пограничном расстройстве личности (ПРЛ). За последние 20 лет объем исследований значительно вырос; по нашим оценкам, в настоящее время существуют сотни эмпирических исследований, которые поддерживают различные аспекты модели схема-терапии и изучают ее эффективность; наиболее важные из них обобщены в этой главе.

Исследования, подтверждающие концептуальную модель схема-терапии

Доказательства существования универсальных базовых эмоциональных потребностей

Когда Янг, Клоско и Вайшаар [1] выделили пять *базовых эмоциональных потребностей*, которые они считали универсальными (см. главу 1), они признали, что список потребностей был составлен на основе существующей теории и клинических наблюдений, но на тот момент имел ограниченную эмпирическую поддержку. С тех пор был проведен многофакторный анализ различных версий опросника схем Янга (YSQ), который косвенно подтверждает основную модель схема-терапии; если ранние дезадаптивные схемы (РДС) возникают из основного набора неудовлетворенных эмоциональных потребностей, то РДС, которые, как предполагается, являются результатом общей неудовлетворенной потребности, должны лучше сочетаться между собой, чем схемы из разных доменов (связанные с разными неудовлетворенными потребностями). Например, РДС, возникающие в результате нарушения и лишения привязанности в домене нарушения связи и отвержения: *Покинутость*, *Эмоциональная деприва-*

ция, Социальная отчужденность, Недоверие/ожидание жестокого обращения и Дефективность/стыд, – должны более тесно коррелировать друг с другом, чем РДС, возникающие в результате отсутствия границ, а именно *Привилегированность/грандиозность и Недостаточность самоконтроля*. В результате анализа главных компонентов и факторного анализа, проведенного в разных странах за последние 15 лет, были найдены различные оптимальные комбинации компонентов, но чаще подтверждалась четырехфакторная структура, которая стала рассматриваться как в большей степени теоретически согласованная, чем первоначальная пятидоменная классификация [2]. Таким образом, в настоящее время наиболее предпочтительная систематизация неудовлетворенных потребностей, возникающих в результате неадекватного родительского воспитания, включает в себя *нарушение связи и отвержение, нарушение автономии, избыточную ответственность и жесткие стандарты*, а также *нарушение границ*. Однако исследования точного количества РДС и их факторной структуры продолжаются, и последние исследования подтверждают альтернативную четырехфакторную структуру [3], а некоторые авторы выступают за пятый домен, «*эмоциональная дисрегуляция*» [4]. На количество РДС и факторов, полученных с помощью YSQ, влияет использование краткой или полной формы опросника, выбор языкового варианта, а также то, является ли выборка преимущественно клинической или неклинической

[4] и представлены ли пункты в случайном порядке или сгруппированы в соответствии с их предполагаемыми РДС [5]. Таким образом, закономерности корреляции между РДС являются одним из подтверждений идеи модели схема-терапии о том, что определенный тип фрустрации потребности будет иметь предсказуемые эффекты. Результаты факторного анализа относительно согласуются с моделью Янга, особенно в отношении РДС, связанных с нарушением привязанности и отвержением, но тем не менее достаточно сильно различаются в разных исследованиях, что, наряду с предложениями по изучению новых РДС [3], потребует дальнейших исследований для углубления нашего понимания взаимосвязи неудовлетворенных потребностей и РДС.

Хотя большая часть литературы по схема-терапии была сосредоточена на установлении взаимосвязи между дефицитом удовлетворения эмоциональных потребностей и негативными последствиями, возникающими в связи с этим, что вполне объяснимо, учитывая основную цель, заключающуюся в понимании тяжелой психопатологии, для полного доказательства существования потребностей необходимо продемонстрировать, что удовлетворение потребностей также приводит к психологическому благополучию. За последние 10 лет были разработаны показатели ранних адаптивных схем – позитивных аналогов РДС [6]. Недавно Луис, Дэвидсон, Локвуд и Вуд [7] провели подтверждающий факторный анализ опросника позитивных схем Янга (YPSQ) в разных

культурах, который подтвердил наличие четырехфакторной структуры, зеркально отражающей структуру YSQ и состоящей из доменов «Связь и принятие», «Здоровая автономия и реализация», «Реалистичные стандарты и взаимность» и «Разумные ограничения».

В большинстве исследований, которые посвящены модели схема-терапии, использовались ретроспективные инструменты самоотчета с участием взрослых. Лонгитюдные исследования с участием детей позволили бы получить более убедительные доказательства роли неудовлетворенных базовых эмоциональных потребностей в развитии РДС. Недавно международная рабочая группа по схема-терапии [3] поддержала систематизацию потребностей Кэрол Двек [8], прямо признав, что более широкая литература по психологии развития предоставляет соответствующие доказательства существования основных психологических потребностей как они понимаются в схема-терапии.

Двек [8] организовала свою систематизацию потребностей таким образом, чтобы соединить разрозненные теоретические программы исследований и отразить последовательность возникновения различных потребностей в процессе раннего развития ребенка. Это расширяет точность и конкретность, с которой потребности обсуждались в литературе по схема-терапии до настоящего времени. Двек [8] утверждала, что существуют три основные потребности, которые проявляются при рождении или в самом раннем младенче-

стве: потребности в принятии, оптимальной предсказуемости и компетентности. Двек также выделила четыре «составные» потребности, возникающие из комбинаций базовых потребностей после более глубокого когнитивного развития: потребность в доверии (которая возникает из потребностей в принятии и предсказуемости), потребность в контроле (которая вырастает из потребностей в компетентности и предсказуемости), потребность в самоуважении или статусе (которая вырастает из потребностей в принятии и компетентности) и потребность в согласии с собой (стабильное и целостное ощущение себя, возникающее из контроля за удовлетворением всех других потребностей). Большая часть доказательств, которые приводит Двек [8] в поддержку существования этих базовых потребностей, состоит из наблюдений, что стимулы, на которые младенцы обращают наибольшее внимание и чему легче всего обучаются, соответствуют врожденным склонностям людей к формированию привязанностей, изучению причинно-следственных связей и воздействия на окружающую среду.

Самое четкое соответствие между списком потребностей Двек и Янга – это потребность в принятии по Двек, которая во многом совпадает с потребностью по Янгу и его коллегами [1] в надежной привязанности, которая удовлетворяется, когда осуществляющие воспитание взрослые обеспечивают принятие, предсказуемость и доверие [3]. Обозначив эту потребность как «принятие», Двек увидела, что она

пересекается с теми, которые другие называли «родственность» [9], «принадлежность» [10], «привязанность» [11, 12], «тепло и комфорт» [13], «привязанность» [14], «принадлежность» [15] и «любовь» [16]. В соответствии с системой Двек, потребности по Янгу разделяют периоды развития. Автономность, компетентность и чувство идентичности по Янгу включают в себя как базовую потребность в общении – формирование основных навыков поведения в мире, так и более развитое чувство личной самостоятельности и автономии, которое выражается в потребностях в контроле и в переживании собственной значимости и социального положения согласно модели Двек. Свобода по Янгу в выражении потребностей, мнений и эмоций пересекается с базовыми потребностями в компетентности и принятии, а также с более развитым чувством самоуважения/статуса в системе Двек. Потребность по Янгу в спонтанности и игре рассматривалась рабочей группой по схема-терапии как специфическое средство удовлетворения базовой потребности в компетентности по Двек. Потребности по Янгу в реалистичных границах и самоконтроле, как считалось, удовлетворяются потребностями в соревновательности, оптимальной предсказуемости по Двек (чтобы понять, как упорядоченно связаны события в мире) и контроле. Повторимся, что специалисты по схема-терапии считают, что базовые эмоциональные потребности по Янгу и др. полностью соответствуют списку потребностей, которые были предметом исследо-

вания в более широкой психологической литературе, которую мы сейчас рассмотрим.

Хотя Янг и его коллеги [1] не определили, чем «потребности» могут отличаться от других психологических конструкций, Баумейстер и Лири [10] дали широко распространенное определение потребностей:

а) легко вызывают эффект при любых условиях, кроме неблагоприятных;

б) имеют эмоциональные последствия;

в) направляют когнитивную обработку;

г) приводят к плохим последствиям (например, для здоровья или адаптации), когда им мешают;

д) вызывают поведение, ориентированное на достижение цели;

е) [являются] универсальными в смысле применимости ко всем людям;

ж) [не являются] производными от других мотивов;

з) влияют на широкий спектр поведения;

и) имеют последствия, выходящие за рамки непосредственного психологического функционирования.

Сложность исследования потребностей заключается в том, что потребности не могут быть продемонстрированы напрямую; они должны быть выведены из последствий, которые возникают в результате различных условий и поведения, направленных на удовлетворение гипотетических потребностей.

Необходимость принятия или надежной привязанности подтверждается исследованиями теории привязанности. Исследования «незнакомой ситуации», проведенные Эйнсворт и коллегами [11], позволили оценить различные последствия привязанности в зависимости от того, насколько хорошо воспитатели удовлетворяли потребности младенцев. В ходе этих исследований мать младенца на время оставляла его в новой комнате, полной игрушек, с незнакомым взрослым, а затем возвращалась. Период разлуки с матерью обычно вызывал стресс. Младенцы, которые были «надежно привязаны» к матери, искали утешения у нее по возвращении и после нескольких минут тесного телесного контакта успокаивались и были готовы возобновить исследование игрушек. Затем за матерями наблюдали у них дома. Матери младенцев с надежной привязанностью оказались более чуткими и отзывчивыми в общении со своими детьми; они быстрее брали их на руки, когда те плакали; обращались со своими детьми нежно и осторожно и дольше, чем родители детей без надежной привязанности; они быстрее кормили своих детей, когда те проявляли признаки голода, и продолжали кормить до тех пор, пока ребенок не насыщался. Такой стиль родительского воспитания получил название «чуткое родительство». В отличие от младенцев, чьи матери дают меньше тепла и утешительного физического контакта, меньше выражают эмоции и не спешат проявлять заботу в ответ на сигналы младенца, младенцы с надежной привязанностью процвета-

ют, в большей степени склонны исследовать, общаться, проявляют больше положительных эмоций и меньше фрустрации. Чуткость воспитателя, измеряемая проспективно или параллельно [17], показала небольшое или среднее влияние на привязанность детей в дошкольном возрасте.

Отображение потребности в разумных ограничениях в более широкой психологической литературе становится все более сложной задачей. Хотя широко распространено мнение, что авторитетное воспитание ассоциируется с большим благополучием детей и подростков по сравнению с авторитарным воспитанием [18], компоненты эффективного установления ограничений в рамках авторитетного воспитания часто концептуализируются непоследовательно или неточно [19]. Попустительство в воспитании, характеризующееся низким уровнем установления ограничений [20], в целом ассоциируется с худшими результатами для детей, чем авторитарное воспитание, включая более высокий уровень злоупотребления психоактивными веществами, плохое поведение в школе и более низкую вовлеченность в учебу [21]; тесное взаимодействие со сверстниками-правонарушителями и проявление связанных с этим симптомов в подростковом возрасте [22]; а также уход в академический отпуск, ухудшение самочувствия и усиление депрессивных симптомов у студентов колледжа [23]. С другой стороны, трехлетнее лонгитюдное исследование показало, что попустительское воспитание не связано с плохой адаптацией у пятиклассников,

хотя авторы выразили озабоченность качеством измерения попустительства [24].

Тем не менее имеются достаточно убедительные данные, что установление ограничений, если оно не ставит под угрозу удовлетворение других базовых эмоциональных потребностей (например, принятия), связано с повышением благополучия в детстве. Грей и Стейнберг [25] обнаружили, что степень родительского контроля и установление ограничений оказывают средневысокое влияние на уменьшение количества поведенческих проблем у подростков (например, воровство, ношение оружия) и в большей степени связаны с количеством поведенческих проблем, чем предоставление автономии или принятие. В литературе, посвященной теории самоопределения, установление ограничений является частью обеспечения родителями структуры: обучение детей тому, как их действия влияют на результаты (что в терминологии Двек было бы примером того, как родитель может способствовать удовлетворению потребности ребенка в оптимальной предсказуемости), посредством четких последовательных правил, указаний и ожиданий, а также четких, непротиворечивых последствий, зависящих от действий [26]. Дети, родители которых структурировали время, проводимое ими самостоятельно, чувствовали себя более компетентными и способными контролировать результаты в своей жизни [27]. Семиклассники и восьмиклассники, чьи родители больше внимания уделяли организации учеб-

ного процесса, считали, что они в большей степени контролируют свои успехи или неудачи в учебе, были в большей степени вовлечены в учебный процесс, компетентны и, согласно школьным отчетам, получали более высокие оценки [26]. Особенно важным представляется одновременное удовлетворение потребности детей в автономии и их потребности в реалистичных ограничениях. Когда родители пытались установить ограничения на общение детей с кем-либо, используя контролирующий способ, подростки чаще общались с девиантными сверстниками, чем в тех случаях, когда запрет был в форме, поддерживающей автономию [28].

Хотя потребности как тема психологических исследований со временем то входили в моду, то выходили из нее, накопились значительные данные в пользу существования нескольких психологических потребностей, особенно в принадлежности/надежной привязанности [29, 30], компетентности и автономии [19]. Как дезадаптивные, так и адаптивные схемы группируются в зависимости от того, обеспечивал ли ранний опыт связь, автономию и разумные пределы. Исследования продолжают изучать и уточнять, сколько психологических потребностей должно быть адекватно удовлетворено для обеспечения здорового психологического развития, но в качестве основы для разработки модели теории схем, по-видимому, существует достаточная поддержка наличия базовых психологических потребностей [31].

Доказательства того, что схемы возникают в результате неудовлетворенных потребностей

Ключевая гипотеза модели схема-терапии заключается в том, что РДС возникают в результате фрустрации базовых потребностей в детстве. Соответственно, Пилкингтон, Бишоп и Юнан [32] провели многократный метаанализ имеющихся исследований ($k = 33$), изучая связь между РДС и двумя типами неблагоприятных ситуаций в детстве: токсической фрустрацией потребностей и травмой или виктимизацией. Во всех исследованиях, кроме одного, неблагоприятные факторы детства измерялись с помощью ретроспективных самоотчетов взрослых, и примерно в трети исследований использовались клинические выборки. В соответствии с гипотезой Янга и Клоско [33] о том, что схема Эмоциональной депривации часто берет начало в недостаточной материнской заботе, самая сильная корреляция между формой неблагоприятных условий детства и РДС наблюдалась между материнским эмоциональным пренебрежением (которое в этих исследованиях выражалось в низких баллах в ответах на пункты опросника, измеряющие количество родительского тепла, интереса и внимания) и эмоциональной депривацией ($r = 0,51, k = 9$).

Можно было бы ожидать, что эмоциональное насилие – когда тебя высмеивают, оскорбляют, стыдят и «деструктив-

но» критикуют, будет наиболее сильно коррелировать с Дефективностью/стыдом и Недоверием/ожиданием жестокого обращения [33]. Однако Пилкингтон и др. [32] обнаружили, что эмоциональное насилие наиболее тесно связано с Эмоциональной депривацией ($r = 0,44$ [0,35, 0,51]), а также имеет умеренную корреляцию такой же силы ($\sim 0,3-0,35$) с Недоверием/жестоким обращением, Социальной отчужденностью, Дефективностью/стыдом, Неуспешностью, Уязвимостью к физическому вреду и Подчинением. Было также удивительно обнаружить, что корреляции между другими типами жестокого обращения и РДС Недоверия/жестокое обращение были не выше: $r = 0,25$ (0,14, 0,35) для физического насилия и $r = 0,25$ (0,13, 0,38) для сексуального насилия. Также, что несколько удивительно, схемой, наиболее связанной с сексуальным и физическим насилием, оказалась Социальная отчужденность. В целом значимой была примерно половина корреляций между исследованиями. Лишь схема Привилегированности/грандиозности не была связана с токсической фрустрацией потребностей или травматизацией, что соответствует гипотезе Янга и Клоско [33] о том, что Привилегированность/грандиозность являются результатом чрезмерного потакания желанием или недостаточного установления границ и обучения толерантности к разочарованиям и контролю импульсов. Установление эмпирической связи между неудовлетворенными потребностями и РДС – сложная задача, и рассказы о прошлом не являются

идеальной методикой для проверки этих гипотез. Также обнаружена значительная неоднородность результатов метаанализа, что позволяет предположить наличие нескольких аспектов, не учтенных модераторами. Этот массив исследований подтверждает главный постулат теории схема-терапии: нарушение базовых потребностей в детстве (детские невзгоды) усиливает большинство РДС, хотя характер взаимосвязи между конкретными потребностями и конкретными РДС не всегда соответствует прогнозам.

Модель схема-терапии предсказывает, что влияние неудовлетворенных в детстве потребностей на последующую психопатологию должно быть опосредовано дезадаптивными схемами или режимами. Мертенс, Йилмаз и Лоббестаэль [34] нашли частичное подтверждение этой идеи. В их исследовании различных типов неблагоприятных факторов было установлено, что только эмоциональное насилие оказывало влияние на расстройство личности, которое было опосредовано режимами схем. Влияние эмоционального насилия на выраженность симптомов ПРЛ было опосредовано детскими режимами и стратегиями совладания. Влияние эмоционального насилия на выраженность антисоциального расстройства личности было опосредовано родительскими режимами, а влияние эмоционального насилия на выраженность избегающего и зависимого расстройств личности было опосредовано здоровыми режимами (Здоровый взрослый и Счастливый ребенок). Авторы интерпретировали эти взаимосвязи

следующим образом: при ПРЛ эмоциональное насилие приводит к развитию уязвимых и гневных режимов и необходимости формирования дезадаптивных стратегий совладания.

В ТРЛ и ЗРЛ, чем сильнее здоровые режимы, тем менее интенсивны симптомы кластера С в ответ на эмоциональное насилие; а в АРЛ, чем более развит Требовательный критик, тем меньшее расстройство развивается в связи с эмоциональным насилием. Эти объяснения могут быть разумными, но требуют проверки. Следует отметить, что исследование было недостаточно мощным для выявления более сложных взаимосвязей, поэтому 14 режимов опросника режимов (SMI) пришлось свести только к четырем категориям. В более раннем исследовании, проведенном среди женщин, находящихся в заключении, в котором рассматривались РДС, ассоциации между неблагоприятными условиями детства и симптомами ПРЛ перестали быть значимыми при контроле схем Покинутости и Отвержения и Нарушения границ, что согласуется с идеей о том, что РДС опосредуют связь между неблагоприятными условиями детства и симптомами ПРЛ [35]. В другом месте было обнаружено, что режимы Карающего критика и Сердитого ребенка опосредуют влияние низкой родительской заботы в раннем возрасте на начало и большую продолжительность несуицидального самоповреждения у психиатрических пациентов [36]. Более теоретически предсказуемые взаимосвязи были получены на выборке подростков с депрессией [37]. Связь между эмоцио-

нальным насилием и тревожным возбуждением была опосредована схемой Уязвимости, связанной с угрозой, в то время как влияние эмоционального насилия на ангедоническую депрессию было опосредовано РДС Самопожертвования и РДС Социальной отчужденности. Связь между физическим насилием и тревожным возбуждением также была обусловлена уязвимостью к вреду, но влияние физического насилия на ангедоническую депрессию было опосредовано эмоциональной депривацией. Таким образом, существует достаточно доказательств того, что различные формы неблагоприятных условий в детстве, отражающие неадекватное удовлетворение потребностей, ассоциируются с различными симптомами психопатологии, и часть этих отношений может быть последовательно объяснена одной или несколькими РДС или дезадаптивными режимами, хотя конкретные РДС или режимы могут значительно отличаться в разных исследованиях.

Специфические профили схем и режимов и их взаимосвязь с психопатологией

Было проведено несколько исследований, целью которых являлось определение схемы и модального профиля ПРЛ. В целом они дали согласованные результаты. Бах и Фаррелл [38] сравнили большие выборки клиентов с ПРЛ и расстройствами личности, отличными от ПРЛ, и выборку здоровых

людей и обнаружили, что клиенты с ПРЛ показали более высокие результаты по показателям РДС Недоверия/ожидания жестокого обращения и Дефективности/стыда, а также режимов Сердитого ребенка и Импульсивного ребенка и более низкие показатели режима Счастливого ребенка, чем пациенты с расстройствами личности, не страдающие ПРЛ. У пациентов с ПРЛ были более высокие показатели по шкалам РДС «недостаточность самоконтроля» и режимом Уязвимого ребенка и Разъяренного ребенка, чем у людей, не находящихся в терапии. Бах и Лоббестаэль [39] изучали уникальные ассоциации между схемами, о которых сообщали сами клиенты, и конкретными режимами и специфическими симптомами ПРЛ, выявленными в ходе диагностического интервью, в выборке амбулаторных пациентов со смешанным расстройством личности. Хотя большинство специфических симптомов ПРЛ имели уникальные связи с одним или несколькими конкретными режимами, 43 % дисперсии в общем количестве критериев ПРЛ было обусловлено только РДС Покинутости и Недоверия/жестокого обращения, если рассматривать РДС только в качестве предикторов. Если рассматривать только режимы, то 46 % дисперсии в общем количестве симптомов ПРЛ приходилось на режимы Сердитого ребенка и Импульсивного ребенка. Аналогичные результаты были получены в исследовании 220 иранцев с расстройствами личности кластера В из психиатрических и психологических клиник: режимы Уязвимого ребенка и Им-

пульсивного ребенка были связаны с ПРЛ, но не с АРЛ или НРЛ [39]. Потенциально это связано с тем, что АРЛ и НРЛ включают в себя сильные режимы гиперкомпенсации, которые могут блокировать осознание клиентами своих детских режимов. Кроме того, клиенты часто путают режимы гиперкомпенсации с режимом Здорового взрослого, что может объяснить, почему у клиентов с АРЛ отмечались более высокие показатели этого режима. Более раннее исследование противоречило этим недавним выводам: единственное значимое различие между ПРЛ и АРЛ заключалось в том, что показатели режима Здорового взрослого были относительно высокими при АРЛ и низкими при ПРЛ; однако, возможно, этому исследованию следует придавать меньшее значение, поскольку в нем использовалась более примитивная версия SMI [40]. Таким образом, для ПРЛ характерны схема Недоверия/ожидания жестокого обращения, режим Импульсивного ребенка и низкий уровень режима Здорового взрослого, хотя другие схемы и режимы могут быть более или менее выражены у любого человека.

Бамелис и коллеги [41] стремились прояснить различные профили режимов у лиц из кластера с параноидальным, нарциссическим и гистрионным расстройствами личности с помощью нового расширенного опросника режимов (SMI-2). Статус расстройства личности определялся как по самоотчетам, так и в ходе интервью с врачом, и авторы сообщили о режимах, которые имели высокие частичные корреляции с

патологией расстройства личности после контроля влияния всех других расстройств личности: параноидальное РЛ характеризовалось режимами Сердитого ребенка и Подозрительного гиперконтролера; гистрионное РЛ – режимом Поиска одобрения/признания; нарциссическое РЛ – режимами Недисциплинированного ребенка, Самовозвеличивателя и Поиска одобрения/признания; избегающее РЛ – режимами Одинокого ребенка, Покинутого ребенка, Покорного капитулянта, Отстраненного защитника и Избегающего защитника; зависимого РЛ – режимами Покинутого ребенка, Зависимого ребенка, Покорного капитулянта, Карающего критика и слабо выраженным режимом Здорового взрослого и, наконец, обсессивно-компульсивное РЛ – режимами Перфекциониста-гиперконтролера и Требовательного критика. Следует отметить, что использование частичных корреляций критикуется за ослабление взаимосвязей и ухудшение интерпретации паттернов [41].

Джейкобс, Ленц, Волни и Хорш [42] продемонстрировали, что режимы могут быть концептуализированы как обусловленные тремя факторами высшего порядка: интернализацией (низкий уровень режима Здорового взрослого, высокий уровень режимов Уязвимого ребенка и Покорного капитулянта); экстернализацией (высокий уровень режимов Агрессора, Импульсивного ребенка и Сердитого ребенка) и навязчивостью (высокий уровень режимов Требовательного критика и Отстраняющегося самоутешителя). Это в неко-

торой степени соответствует иерархической структуре расстройств личности: интернализирующие (ПРЛ), экстернализирующие (ПРЛ, НРЛ, ГЛР, АРЛ, ДРИ) [43]. В исследовании 70 судебно-психиатрических стационарных пациентов с ПРЛ, НРЛ или АРЛ Кеулен де Вос и др. [44] было обнаружено, что АРЛ отличается сочетанием низких интернализирующих режимов и высоких экстернализирующих режимов, в то время как ПРЛ ассоциируется с высокими интернализирующими режимами.

В целом в различных исследованиях были обнаружены различные комбинации режимов для конкретных форм психопатологии; однако до сих пор в разных исследованиях наблюдались значительные различия в профиле режимов, обнаруженных для конкретного расстройства личности. Если руководствоваться формирующимся консенсусом в отношении систематизации психопатологии [43] при определении моделей режимов, то в будущем, вероятно, будут получены более последовательные результаты.

Исследования, подтверждающие эффективность схема-терапии

Пограничное расстройство личности

Эффективность схема-терапии чаще всего изучалась при

лечении ПРЛ. В ряде ранних неконтролируемых исследований было установлено, что схема-терапия влияла на снижение симптоматики ПРЛ [45], и с тех пор накопилось больше доказательств. В первом рандомизированном контролируемом исследовании, проведенном Гизен-Блоо и коллегами [46], 86 участников (93 % женщин) в течение трех лет получали по две индивидуальные сессии в неделю либо схема-терапии, либо психотерапии, сфокусированной на переносе ТФП. Схема-терапия придерживалась подхода, описанного Арнцем и ван Гендерен [47]. От ТФП отказались больше людей (51 %), чем от схема-терапии (26 %), а те, кто отказался от схема-терапии, получили значительно больше сессий ($Mdn = 98$), чем те, кто отказался от ТФП ($Mdn = 34$). Это было характерно для исследований результатов схема-терапии в целом; уровень дроп-аутов был низким, что говорит о высоком уровне принятия модели. Анализ «намерения к лечению» (ИТТ) показал, что участники обеих групп добились значительных улучшений, которые стали заметны к концу первого года, но схема-терапия позволила добиться большего снижения симптомов ПРЛ, общей психопатологии, а также убеждений и стратегий совладания, связанных с расстройством личности. В ходе четырехлетнего наблюдения выяснилось, что число пациентов, прошедших схему-терапию (52 %), на настоящий момент не соответствовавших диагностическим критериям ПРЛ, было больше, чем число пациентов, прошедших ТФП (27 %), и большая часть из

них достигла достоверных изменений по показателям симптомов ПРЛ. Интересно, что те, кто восстановился в рамках схема-терапии, в течение трех лет наблюдения достигли нормальных реакций гипервозбудимости на негативные эмоциональные стимулы, в то время как у тех, кто не восстановился, сохранялась высокая гипервозбудимость, что позволяет предположить, что схема-терапия потенциально изменяет важный причинный механизм патологии ПРЛ [48]. Кроме того, позже было установлено, что схема-терапия более эффективна с точки зрения затрат, в основном за счет меньшего использования неформальной поддержки терапии [49].

За исследованием эффективности Гизен-Блоо последовало крупномасштабное исследование, в котором проверялось, может ли схема-терапия проводиться более эффективно и оставаться действенной, если ее будут проводить врачи-психотерапевты в повседневной практике. Индивидуальные 45-минутные сессии проводились дважды в неделю только в течение первого года, а затем один раз в неделю для 62 клиентов с диагнозом ПРЛ. Через 18 месяцев 42 % из них выздоровели, поскольку показатели индекса тяжести пограничного личностного расстройства стали ниже диагностического порога [50].

В следующем крупном рандомизированном контролируемом исследовании оценивался протокол групповой схема-терапии для группы женщин, описанный Фаррелл и Шоу [51]. Участницы были направлены либо на [1] обычную те-

рапию (TAU), которая представляла собой преимущественно поддерживающую психотерапию, либо на [2] групповую схема-терапию (30 еженедельных 90-минутных сессий групповой схема-терапии в течение 8 месяцев) плюс TAU. Подход Фаррелл и ее коллег к групповой схема-терапии заметно отличался от предыдущих форматов групповой схема-терапии: в нем акцент делался на то, чтобы все члены группы оставались вовлеченными в работу на протяжении сессии, а не просто наблюдали за тем, как терапевт работает с одним из членов группы; было больше групповых правил, чтобы усилить чувство безопасности и защищенности; больше структуры; письменные образовательные материалы по психологии; домашние задания; больше внимания уделялось режиму Счастливого ребенка [52]. Примечательно, что по окончании терапии в группе схема-терапии осталось 100 % участников, а 94 % из них больше не соответствовали диагностическим критериям ПРЛ. В отличие от этого, 25 % выбыли из группы TAU, и только 16 % больше не соответствовали критериям ПРЛ. Группа схема-терапии также достигла значительного снижения уровня общей психопатологии. В настоящее время предпринимаются попытки воспроизведения и дальнейшего изучения этих результатов. В Германии началось трехлетнее неконтролируемое исследование с участием 10 клиентов с ПРЛ, часто попадающих в психиатрические больницы. Результаты первого года показали, что у участников программы еженедельной групповой схема-те-

рапии наблюдалось уменьшение симптомов ПРЛ, активации режимов и схем и количества госпитализаций [52]. Наконец, в РКИ, проведенном в 15 локациях 5 стран с участием 495 человек, только что завершилось сравнение двухлетнего курса преимущественно групповой схема-терапии и сбалансированной индивидуальной плюс групповая схема-терапия с обычным лечением [53]. Хотя все группы достигли значительного снижения выраженности симптомов ПРЛ, в группах схема-терапии отмечалось большее снижение, чем в группах обычного лечения, которое было статистически значимым к 18 месяцам терапии. Более того, сбалансированный индивидуальный/групповой режим дал большее снижение, чем преимущественно групповой формат, что было статистически значимо к 6 месяцам после терапии и имело более высокие показатели удержания пациентов.

Недавние исследования были направлены на изучение того, как можно проводить кратковременную схема-терапию при ПРЛ, сохраняя при этом эффективность. Дикхаут и Арнц [52] опробовали двухлетнюю комбинированную программу еженедельных 60-минутных индивидуальных и 90-минутных групповых сессий схема-терапии. В этом исследовании участвовали две группы женщин, а форма групповой терапии, которую получала вторая группа, была изменена с учетом практики Фаррелл и Шоу [51]. Эти изменения были связаны с более высоким показателем немедленного выздоровления в конце 24 месяцев во второй группе

(66,5 %, $n = 10$, больше не соответствует критериям ПРЛ) по сравнению с первой (18,7 %, $n = 8$). При объединении групп через 30 месяцев 77 % уже не соответствовали критериям ПРЛ и достигли значительного снижения симптомов ПРЛ, а также улучшения ощущения счастья и качества жизни. Хильден и коллеги [54] рандомизировали 42 клиентов (83 % женщин) для получения либо 20 сессий групповой схема-терапии плюс обычное лечение (состоящее из психиатрических консультаций и ежемесячных терапевтических сессий с психиатрической медсестрой), либо только обычной терапии. Программа вкратце повторяла протокол Фаррелл и Шоу [51] за счет уменьшения когнитивно-ориентированного содержания. При пятимесячном наблюдении не было выявлено разницы между симптомами ПРЛ, измеренными с помощью списка пограничных симптомов (BSL-23) [54], а средние показатели для обеих групп находились в диапазоне «умеренных» как на исходном уровне, так и после терапии. Хамид и коллеги [56] рандомизировали 45 клиентов с ПРЛ (100 % мужчин) на 12 – предположительно индивидуальных – сессий схема-терапии, диалектической поведенческой терапии (ДПТ⁵) или без терапии. Через 6 месяцев и ДПТ и схема-терапия дали эквивалентное снижение симптомов эмоциональной и поведенческой дисрегуляции по сравнению с отсутствием терапии, но ДПТ дала зна-

⁵ Используют и название диалектико-бихевиоральная терапия (ДБТ). – *Примеч. науч. ред.*

чительно большее снижение симптомов нарушенной коммуникации. Результаты этого исследования трудно сравнивать с предыдущими, поскольку использовался более ограниченный набор показателей и не сообщалось о проценте тех, кто больше не соответствует критериям ПРЛ. Тем не менее обнадеживает снижение симптоматики ПРЛ в ответ на относительно короткую интервенцию.

Таким образом, существует достаточно сильная поддержка идеи о том, что долгосрочная индивидуальная схема-терапия для женщин с ПРЛ эффективна в снижении симптоматики ПРЛ и сопутствующей психопатологии. Имеются обнадеживающие данные о том, что групповая схема-терапия также эффективна; однако критики могут утверждать, что для убедительного доказательства эффективности необходимы сравнения с другими соответствующими по эффективности психотерапевтическими методами, в которых участвуют эксперты, не осведомленные об условиях терапии. За исключением работы Хамида и др. [56], эффективность схема-терапии для мужчин с ПРЛ практически не изучалась. Будущие исследования также должны продолжить изучение эффективности более коротких форм схема-терапии, и известно, что существует необходимость сравнить схему-терапию с лучшими альтернативными специфическими методами терапии ПРЛ, такими как ДПТ, и в настоящее время проводится несколько исследований, направленных на устранение этих пробелов. Фассбиндер и др. [57] проводят обшир-

ное сравнение 18-месячных интервенций схема-терапии и ДПТ.

Другие расстройства личности

В нескольких неконтролируемых исследованиях изучалась кратковременная групповая схема-терапия для смешанных групп пациентов, страдающих расстройствами личности. Сокращенный 20-сессионный протокол групповой схема-терапии был протестирован на смешанной выборке пациентов из 63 человек (73 % женщин), 75 % из которых были признаны страдающими расстройствами личности [58], был сконцентрирован на применении схема-терапевтических методов в связи с недавними и текущими, а не с прошедшими событиями. Результаты показали, что половина участников достигла клинически значимого снижения уровня общей психопатологии, дезадаптивных схем и активации режимов, в то время как 34 % остались без изменений, а 13 % продемонстрировали значительное ухудшение, при этом 24 % выбыли. Скъюз, Самсон, Симпсон и Ван Вресвейк [59] адаптировали протокол групповой когнитивно-поведенческой психотерапии, увеличив количество практических упражнений и ориентируя содержание на режимы в одной амбулаторной группе, состоящей из шести человек с АРЛ и двух человек с ПРЛ. По окончании терапии четверо участников больше не соответствовали диагности-

ческому порогу по клиническому многоосевому опроснику Миллона (МСМІ–III), а пятеро показали результат ниже порога в ходе шестимесячного наблюдения. Шаап, Чахсси и Вестерхоф [60] провели неконтролируемое исследование групповой схема-терапии два раза в неделю в течение 12 месяцев в стационаре с участием 65 человек (72 % женщин), 79 % из которых имели по крайней мере одно расстройство личности (47 % из них – расстройство личности, не уточненное в других случаях). Все клиенты ранее лечились более 3 месяцев, 92 % – в амбулаторных условиях и 42 % – в стационаре. Программа не была составлена под исследование, но основывалась на ранней версии подхода Фаррелл и Шоу [51]. После групповой схема-терапии наблюдалось значительное снижение средних показателей общей психопатологии, РДС и частоты/интенсивности режимов в период после терапии и 6 месяцев наблюдения. Как и следовало ожидать, в группе с тяжелым течением заболевания уровень дропаутов составил 35 %, однако у тех, кто завершил лечение, эффект был значительно выше. Наконец, схема-ориентированная, основанная на осознанности когнитивная терапия состоит из 8 еженедельных 90-минутных групповых занятий, в ходе которых клиенты получают знания о режимах с помощью упражнений на осознанность. Ван Вресвейк, Спинховен, Зедлиц и Эйрелингс-Бонтекое [61] рандомизировали 58 амбулаторных клиентов (76 % женщин) с расстройствами личности (43 % – кластер С, 22 % – ПРЛ) либо на схе-

ма-ориентированную, основанную на осознанности когнитивную терапию плюс обычное лечение (медикаментозное лечение и консультации психиатра), либо на обычное лечение плюс 8-недельную терапию, основанную на интервенциях «терапию конкурентной памяти» (СОМЕТ), в рамках которой клиенты вызывали в сознании нежелательные личные образы, одновременно стимулируя позитивные эмоции с помощью позы, мимики и самоподдерживающих высказываний. Обе группы достигли симптоматического улучшения без существенных различий между группами. Схема-ориентированная, основанная на осознанности когнитивная терапия, основанной на осознанности, привела к улучшению или восстановлению общей психопатологии у 37 % пациентов, в то время как 40 % остались без изменений, а 23 % продемонстрировали достоверное ухудшение. В среднем наблюдалось также небольшое улучшение самооценки, РДС Покинутости, РДС Направленности на других, РДС Подозрительности и подавленности, а также режима Критика, но не было существенных улучшений в осознанности, схемах Нарушения границ или детских режимах. Расстройства личности обычно трудно поддаются лечению. Полученные результаты являются многообещающими, но необходимы дальнейшие исследования, чтобы установить, является ли групповая схема-терапия более эффективной, чем любой другой протоколизированный подход для смешанных расстройств личности.

В крупнейшем завершённом рандомизированном контролируемом исследовании схема-терапии приняли участие 323 человека (57 % женщин) с различными расстройствами личности, кроме ПРЛ (не включая АРЛ, шизотипическое или шизоидное расстройство личности) [62]. На трех из двенадцати площадок пациенты были рандомизированы либо на индивидуальную схема-терапию, либо на психотерапию, ориентированную на прояснение, недирективную инсайт-ориентированную психотерапию, разработанную для расстройств личности; на остальных девяти площадках пациенты были рандомизированы на схема-терапию или обычное лечение. Схема-терапия проводилась в соответствии с протоколом Арнца и Якоб [63] в течение 40 еженедельных сессий плюс 10 ежемесячных вспомогательных сессий. В трехлетнем наблюдении большая доля тех, кто получал схема-терапию, больше не соответствовала критериям первичного диагноза расстройства личности (82 %), по сравнению с группой обычного лечения (55 %). У получивших схема-терапевтическое лечение также были значительно более высокие показатели выздоровления, чем у получивших психотерапию, ориентированную на прояснение, при контроле типа расстройства личности, хотя эта разница не сохранялась, когда выздоровление определялось как отсутствие подпороговых симптомов (79 % [0,65, 0,88] С-Т против 59 % [0,40, 0,75] психотерапии, ориентированной на прояснение). Хотя различия между группами по другим показателям бы-

ли незначительными, в течение трехлетнего наблюдения у пациентов, прошедших схема-терапию, наблюдалась более низкая частота депрессивных расстройств и более высокий уровень социального функционирования. Исследование было подвергнуто критике за отсутствие общего улучшения по всем показателям и использование, возможно, необычного или слабого контрольного условия [64]. Тем не менее, учитывая тяжесть этих расстройств и недостаток эмпирических оценок психотерапии этих состояний, исследование представляет собой важный шаг в разработке более эффективных подходов к работе с людьми, страдающими расстройствами личности.

Расстройства личности в судебно-медицинской практике

Бернстайн и коллеги [65] рандомизировали 103 мужчин-правонарушителей из восьми психиатрических больниц строгого режима в Нидерландах на 3 года либо схема-терапии, либо обычного лечения. Это была серьезная выборка и строгий тест на эффективность схема-терапии; 54 % были помещены за преступления, связанные с физическим насилием, 26 % – за преступления, связанные с сексуальным насилием, и 16,5 % – за угрозы или принуждение. Психиатрический профиль был, пожалуй, более серьезным, чем в любом предыдущем исследовании психотерапии: 60 % соот-

ветствовали критериям АРЛ, 21 % – НРЛ и 17 % – ПРЛ. Рандомизация была успешной: распределение по типам преступлений и личностным расстройствам оказалось практически одинаковым в обеих группах. Никаких внешних стимулов для участия в исследовании не было. Схема-терапия проводилась дважды в неделю до тех пор, пока участники не начали получать отпуск для реинтеграции в общество, после чего частота сократилась до одного раза в неделю. Участники обычного лечения получали еженедельную индивидуальную психотерапию (групповую терапию в одном месте), но общее «внимание» было сопоставимым, так как участники группы получали больше часов вспомогательной терапии (например, арт-терапии).

По результатам лечения показатели обеих групп улучшились, причем статистически значимые преимущества были у тех, кто проходил схема-терапию. Бóльшей доле получателей схема-терапии предоставлялся как контролируемый, так и неконтролируемый отпуск в течение каждого года. Согласно самоотчетам, симптомы РЛ со временем быстрее уменьшались у получателей схема-терапии, чем у тех, кто проходил только обычное лечение. Участники схема-терапии также показали бóльшее снижение баллов по шкалам РДС в течение исследования быстрее повышали показатели здорового режима, хотя участники обычной терапии в основном «догнали» их к концу исследования. Существенная разница в продолжительности терапии в течение первого года была в

пользу схема-терапии (93 % участников схема-терапии против 80 % участников обычной остались на лечении), но не было существенной разницы в течение трех лет (75 % участников схема-терапии, 68 % участников обычной). Пожалуй, наиболее важным результатом исследования стало то, что почти все клиенты судебно-психиатрических клиник смогли получить контролируемый отпуск в течение 3 лет (97 % схема-терапии, 91 % обычной терапии), а большинство получили отпуск без надзора (67 % схема-терапии, 59 % ТАУ). Различия между группами были отмечены как небольшие или умеренные, но тем не менее в пользу схема-терапии. Авторы предположили, что различия между группами на ранних этапах исследования могли уменьшиться, поскольку пациенты, прошедшие схема-терапию, раньше получили отпуск и могли столкнуться с большим количеством проблем и неудач, чем группа обычной терапии. Авторы признали, что различия в результатах могут быть связаны с более интенсивным применением схема-терапии, а не с ее содержанием как таковым, поэтому для более точного определения ее эффективности необходимы дальнейшие исследования, сравнивающие схема-терапию с другими видами терапии. Читатели также должны знать, что в исследование не включались клиенты с психотическими симптомами, отвечающие критериям шизофрении, биполярного расстройства, текущей зависимости от ПАВ или расстройства аутистического спектра, с IQ ниже 80 % или серьезными неврологическими расстрой-

ствами (которые являются обычными критериями исключения в психотерапевтических исследованиях) или чьи правонарушения были связаны исключительно с педофилией. Тем не менее исследование демонстрирует, что положительные результаты при использовании метода схема-терапии возможны даже в группе с тяжелой формой насилия и психическими отклонениями.

Расстройства личности у пожилых людей

Применение схема-терапии к пожилым людям заслуживает особого внимания, учитывая ограниченную эффективность психотерапии в этой группе населения и относительно низкий уровень исследований в этой области. Исследование с несколькими базовыми линиями продемонстрировало перспективность индивидуальной схема-терапии. Восемь человек в возрасте старше 69 лет с личностными расстройствами кластера С получали 40 еженедельных сессий схема-терапии плюс 10 вспомогательных сессий в течение 6 месяцев с использованием руководства Янга и других [1]. Результаты показали, что тенденции к улучшению были очевидны на этапе терапии, но не на базовом и последующем этапах. Все участники, кроме одного, больше не соответствовали диагностическим критериям по SCID-II и достигли улучшения качества жизни, а у пяти участников значительно улучшились показатели по YSQ [66]. Ранее было проведе-

но неконтролируемое исследование 20-сессийной интервенции групповой когнитивно-поведенческой терапии с участием 42 человек в возрасте 60–78 лет (74 % женщин), которые, по мнению мультидисциплинарной команды, страдали хроническим расстройством настроения или адаптации с сопутствующими чертами расстройства личности [67]. Несмотря на то что 26 % выбыли из исследования, те, кто завершил терапию, достигли среднего по величине эффекта снижения уровня общей психопатологии, РДС и активации режима. В настоящее время проводится многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование для сравнения экономической эффективности 20 сессий, включающих два часа схема-терапии и дополнительный час групповой программы психомоторной терапии, с обычным лечением для пожилых людей с расстройствами личности кластера В или С [68].

Тревожные и сопутствующие расстройства

Насколько нам известно, только в двух исторических сравнениях (и ни в одном рандомизированном контролируемом исследовании) оценивалась эффективность схема-терапии при тревожных расстройствах. Гуде и Хоффарт [69] сравнили две последовательные группы, получавшие в течение 12 недель стационарную терапию от агорафобии; одна получала психодинамическую терапию ТАУ ($n = 18$, 67 % женщин), а другая – обычную терапию плюс схема-фоку-

сированную когнитивную терапию ($n = 24$, 71 % женщин). Программа продолжалась 5 недель с ежедневными групповыми занятиями, посвященными поведенческим экспериментам для оценки страхов, связанных с тревогой, и убеждений, обусловленных РДС, а затем шести недель, состоящих из 8 групповых и 9–10 индивидуальных занятий, направленных на изменение РДС. Если контролировать влияние фобического избегания, то у тех, кто прошел курс когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), основанный на схема-терапии, в большей степени наблюдалось снижение межличностных проблем. Кокрам, Драммонд и Ли [70] сравнили историческую группу ($n = 127$) мужчин-ветеранов Вьетнама, получавших 190-часовую программу групповой и индивидуальной терапии ПТСР, с группой ($n = 54$), получавшей вариант терапии, в котором шесть из пятнадцати 90-минутных сессий когнитивной реструктуризации были заменены терапией, ориентированной на изменение. У тех, чье лечение включало компоненты схема-терапии, наблюдалось большее снижение симптомов ПТСР, тревоги и депрессии, а также баллов по шкале YSQ. Наконец, открытое испытание схема-терапии, усиленной экспозицией и предотвращением реакции, для терапии обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) было проведено на 10 пациентах стационара (50 % женщин), которые не отреагировали на КПТ [71]. Программа состояла из индивидуальных занятий два раза в неделю в течение 12 недель. Концептуализация режимов и метод ограниченного

родительства были направлены на подготовку к упражнениям на экспозицию и их выполнение. Схема-терапевтические интервенции, например диалоги на стульях, использовались для того, чтобы клиенты выполняли экспозиционные упражнения в режиме Здорового взрослого. По мере того как клиенты обретали способность к самостоятельной экспозиции, терапевтический фокус смещался в сторону схема-терапии. Группа достигла значительного снижения симптомов ОКР, оцененных наблюдателями и самими пациентами, а также депрессивных симптомов, которые сохранялись и при 6-месячном наблюдении. Несмотря на то что для подтверждения эффективности терапии необходимы рандомизированные контролируемые испытания, данные исследования позволяют предположить, что интервенции в рамках схема-терапии могут быть полезны для людей с хроническими проблемами, связанными с тревогой, особенно если они не реагируют на первую линию доказательной терапии.

Расстройства пищевого поведения

Симпсон, Морроу, ван Врисвейк и Рид провели неконтролируемое исследование адаптированной формы групповой когнитивно-поведенческой терапии для группы из 8 женщин со смешанным расстройством пищевого поведения (75 % – расстройство пищевого поведения без других признаков) [72]. Сессии были продлены до двух часов и были сфокуси-

рованы на концептуализации режима и основанном на режиме терапии пищевого поведения и негативного образа тела. Хотя две женщины выбыли из группы, оставшиеся шесть участников достигли снижения тяжести РДС на 43 % после терапии и на 59 % через 6 месяцев наблюдения. Четыре участницы достигли клинически значимых изменений в активации РДС, симптомах тревоги и депрессии, а также симптомах расстройства пищевого поведения. Аналогичное исследование, в котором оценивалась 25-сессионная программа групповой схема-терапии расстройств пищевого поведения, в настоящее время близится к завершению, а протокол опубликован Калверт и коллегами в 2018 году [73]. В отчете о клиническом случае Симпсон и Слоуи [74] описали краткую терапию, проводимую с помощью видеоконференций для 39-летней женщины с расстройством пищевого поведения, характеризующимся 15-летней историей диеты «йо-йо» и ежедневной самоиндуцированной рвотой. После одной телефонной и семи видеоконференций в течение 11 недель она достигла 77 % улучшения симптомов расстройства пищевого поведения, 28 дней воздержания от рвоты, а также уменьшения общей психопатологии, стресса и самооценки. Наконец, 112 женщин были рандомизированы на 6 месяцев индивидуальных еженедельных сессий и 6-месячных повторных сессий либо КПТ, либо КПТ, ориентированной на аппетит, либо схема-терапии для снижения пристрастия к перееданию [75]. Различий между группами не было;

к моменту окончания терапии 49 % участников воздерживались от переедания и находились в пределах одного стандартного отклонения от среднего значения по показателю симптомов расстройства пищевого поведения. Хотя мы пока не рекомендуем схема-терапию в качестве первой линии терапии нервной анорексии или булимии, эти исследования позволяют предположить, что схема-терапию можно использовать для облегчения симптомов переедания и трансдиагностического расстройства пищевого поведения, особенно если методы доказательной терапии первой линии были испробованы с ограниченным успехом.

Другие случаи

Исследования продолжают изучать возможности применения схема-терапии для решения множества проблем. Мохтадиджафари, Ашаери и Баниси [76] сравнили 10 двухчасовых сессий групповой схема-терапии с контрольной группой без терапии для иранских женщин с предменструальным дисфорическим расстройством и обнаружили улучшение качества жизни и снижение стресса в группе схема-терапии. Намени, Саадат, Афшар и Аскарабади [77] сравнили 11 сессий еженедельной двухчасовой групповой программы схема-терапии плюс обычного лечения (33 сессии консультирования) и только обычной терапии для иранских женщин, желающих развестись, что было относительно но-

вой возможностью в этой стране, но создавало дополнительные проблемы. Программа схема-терапии была направлена на повышение сопротивляемости (выносливости) и дифференциации, а также способности выстраивать собственную идентичность и поддерживать отношения с другими людьми.

Предостережения для специалистов, применяющих схема-терапию

Проведение исследований эффективности психотерапии – дорогостоящая и трудоемкая задача. Исследователи схема-терапии проявляют особый героизм, интенсивно работая с тяжелыми группами пациентов в течение длительного времени. Достигнутые результаты действительно обнадеживают, вселяют в клиницистов оптимизм и дают им направление для работы с клиентами, которые традиционно считались «резистентными к лечению». Несмотря на достигнутый прогресс, наш опыт показывает, что специалисты, осваивающие новые методы психотерапии, часто формируют нереалистичные ожидания – как в отношении себя, так и в отношении возможностей даже самых эффективных интервенций, применяемых лучшими терапевтами. Поэтому мы хотели бы обратить внимание на особенности литературы по схема-терапии, чтобы читатель мог скорректировать свои ожидания.

Если врачи не работают в специализированных учреждениях с жесткими критериями отбора пациентов, у них может не быть желаний или возможности проводить тщательный отбор среди пациентов. Как описано здесь, в большинстве исследований эффективности схема-терапии – как и в большинстве исследований психотерапии – намеренно исключались люди с такими сопутствующими проблемами, как биполярное расстройство, психотическое расстройство, АРЛ, диссоциативное расстройство идентичности (ДРИ), синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, требующих детоксикации. В исследовании Фаррелл и др. (2009) [78], несмотря на рандомизацию, в группе схема-терапии было меньше людей, у которых на начальном этапе были планы, шаги или попытка самоубийства. Если читатель собирается применить схема-терапию к клиенту, у которого есть одно или несколько из этих расстройств, возможно, не стоит ждать, что показатели улучшения будут такими же, как в опубликованных высококонтролируемых исследованиях. В работе Гизен-Блоо и др. [46] только 50,9 % людей, отобранных для исследования, были допущены к нему и приняли в нем участие. В исследовании Фаррелл и коллег [78] все участники должны были проходить еженедельную амбулаторную психотерапию в течение шести месяцев до включения в исследование и быть готовыми продолжать еженедельную терапию в течение еще восьми месяцев.

Необходимы дальнейшие исследования эффективности схема-терапии при таких сложных проявлениях (в отличие от высококонтролируемых исследований эффективности), чтобы понять, насколько хорошо схема-терапия работает в повседневной клинической практике, где сопутствующая патология является нормой. По нашему опыту, клиницисты, только начинающие работать со схема-терапией, часто с энтузиазмом применяют этот новый подход к клиентам, которые почти не реагировали на предыдущие методы терапии. Хотя такой энтузиазм, вероятно, во многом полезен при работе с «трудными случаями», терапевты должны осознавать потенциальную ограниченность доказательной базы и соответствующим образом корректировать свои ожидания.

Доказательства того, что изменение схем и режимов опосредует улучшение психопатологии в результате схема-терапии

Якин и др. [79] изучили изменения частоты режимов в исследовании Бамелиса и коллег [62] и их связь с результатами. В обеих психотерапиях самоотчеты о повышении частоты режима Здорового взрослого и снижении частоты режимов Уязвимого ребенка, Импульсивного ребенка и Избегающего защитника проспективно предсказывали улучше-

ние симптоматики расстройства личности. Увеличение частоты использования режима Здорового взрослого и уменьшение частоты использования режима Самовозвеличивателя предсказывали улучшение социального и профессионального функционирования. Схема-терапия была не более эффективной, чем психотерапия, ориентированная на прояснение, в изменении режимов Здорового взрослого, Уязвимого ребенка, Импульсивного ребенка и Избегающего защитника. Однако схема-терапия оказалась более эффективной, чем психотерапия, ориентированная на прояснение, в снижении частоты режима Самовозвеличивателя и, в свою очередь, в улучшении социального и профессионального функционирования. Важно отметить, что в то время как снижение частоты режима Уязвимого ребенка и увеличение частоты режима Здорового взрослого предсказывали в перспективе снижение патологии расстройств личности, снижение патологии не предсказывало в перспективе снижения частоты режима Уязвимого ребенка и увеличения частоты режима Здорового взрослого. Эти результаты позволяют предположить, что режимы являются потенциально важной целью терапии: уменьшение количества дезадаптивных режимов и увеличение количества адаптивных режимов приводит к уменьшению психопатологии, независимо от того, оптимизированы ли современные методы схема-терапии для изменения их частоты.

Данные, подтверждающие эффективность отдельных компонентов схема-терапии

Рескриптинг в воображении

В большом и продолжающем расти количестве исследований помимо схема-терапии, оценивается рескриптинг в воображении (ImRS) как самостоятельная интервенция при ряде заболеваний, включая ПТСР, депрессию, социальную тревожность, ОКР и дисморфическое расстройство. Метаанализ 19 таких исследований выявил значительное внутригрупповое влияние на симптомы основного расстройства после терапии ($g = 1,22 [1,00, 1,43]$) и еще больший – при последующем наблюдении, как правило, через 3 месяца ($g = 1,79 [1,54, 2,03]$) [80]. На тот момент только в пяти исследованиях использовалось контрольное условие (2 – лист ожидания, 3 – плацебо на внимание); однако и в этой группе исследований ImRS все еще давал большой межгрупповой эффект ($g = 1,00 [0,27, 1,74]$).

После проведения этого метаанализа на момент написания статьи по меньшей мере 28 других исследований количественно оценивали влияние ImRS на основные результаты;

только шестнадцать из них были рандомизированными контролируемые исследованиями, и только шесть из них проводились среди клинических групп населения. Результаты отражают большинство исследований, в которых специфические интервенции превосходят по величине эффект в контрольной группе пациентов, не получающих терапии или находящихся в листе ожидания, но дают эквивалентные изменения результатов по сравнению с реальными интервенциями. В последних исследованиях рескриптинга добросовестные интервенции обычно сравнивались либо с воздействием на воображение, либо с когнитивной реструктуризацией. Однако несмотря на то что рескриптинг может и не давать значительных изменений в результатах, есть некоторые свидетельства того, что он дает результаты через процессы, отличные от сравнительных интервенций. Например, при сравнении одной сессии рескриптинга и когнитивной реструктуризации, несмотря на отсутствие различий в показателях самоотчета, рескриптинг уникальным образом привел к снижению показателей variability сердечного ритма [80]. Более того, в исследовании эффективности снижения частоты кошмаров и дистресса рескриптинг и экспозиция в воображении были одинаково эффективны, но опосредовались разными механизмами: рескриптинг оказывал половину своего эффекта через повышение контроля над содержанием кошмаров, тогда как экспозиция в воображении оказывала свое воздействие через повышение эмоциональной

толерантности [81]. Наконец, Романо, Москович, Хупперт, Реймер и Москович [82] исследовали относительное влияние рескриптинга, экспозиции в воображении и поддерживающего консультирования на репрезентации в памяти события, на которое направлены эти интервенции, у людей с социальным тревожным расстройством. Описания воспоминаний были получены с помощью структурированных интервью через 1 неделю, 2 недели и 3 месяца после получения одной из трех интервенций. Было обнаружено, что рескриптинг улучшает воспоминания только о позитивных и нейтральных деталях события, в то время как экспозиция в воображении улучшает воспоминания как о позитивных, так и о негативных деталях события, а поддерживающее консультирование не влияет на детализацию воспоминаний. Кроме того, в конце каждой интервенции участников просили пересмотреть свои глубинные убеждения (прошедшие диагностику до применения интервенций); участники ImRS с большей вероятностью «обновили» свои убеждения (то есть сгенерировали новое более позитивное и/или реалистичное утверждение о себе или других). Исследователи продолжают работать над выяснением того, как именно работает рескриптинг [81], но появляющиеся данные свидетельствуют о том, что он оказывает выраженное воздействие, которое не является простым эффектом плацебо.

Особенно актуальным было крупное рандомизированное контролируемое исследование, в котором 155 человек с

ПТСР, связанным с сексуальным насилием в детстве, сравнивали двенадцать 90-минутных сессий терапии десинсибилизации и переработки движением глаз и рескриптинга, проводимых дважды в неделю [83]. Оба метода привели к одинаково значительному улучшению первичного результата (симптомов ПТСР) через 8 недель ($d = 1,7$), которое сохранялось в течение 1 года наблюдения при очень низком отсеке (7,7 %). Наблюдалась незначительная тенденция к тому, что эффект от десинсибилизации наступал немного быстрее, и к превосходству рескриптинга в течение 1 года наблюдения, что позволяет предположить, что эти два метода переработки травмы имеют разные механизмы. В настоящее время проводится дальнейший анализ результатов этого исследования для сравнения механизмов изменений и предикторов улучшения. Судя по имеющимся на сегодняшний день данным, рескриптинг очень хорошо сочетается с общепринятыми методами терапии ПТСР (например, длительной экспозицией и десинсибилизацией и преработкой движением глаз).

Последнее исследование, на которое стоит обратить внимание, учитывая тяжесть симптомов и недостаточное количество доступных эмпирически подтвержденных интервенций для их терапии, – это серия случаев, описанных Паулик, Стил и Арнцем [84], для 12 пациентов с ПТСР, которые испытывали слуховые галлюцинации, тематически связанные с травматическими событиями. Участники получили терапию

длительностью в 10 сессий, включающую 8 сессий рескриптинга в рамках обычной частной практики, и достигли значительного среднего снижения уровня дистресса и частоты голосовых расстройств, а также навязчивых мыслей о травме. Важно отметить, что большинство участников соответствовали диагностическим критериям психотического расстройства (например, шизофрении, шизоаффективного расстройства). Данное исследование предоставляет первые доказательства приемлемости и потенциальной эффективности рескриптинга для этой группы населения.

Доказательное сравнение рескриптинга, проводимого терапевтом vs проводимого клиентом

Одно из решений, с которым могут столкнуться схема-терапевты при проведении рескриптинга, заключается в том, просить ли клиента представить, что его нынешнее «я» вмешивается, чтобы защитить и успокоить его прошлое «я» в воспоминаниях, связанных со схемой, или представить, что в события вмешивается сторонний помощник, чтобы защитить его прошлое «я» (обзор см. в главе 8 «Стратегии исцеления схем (часть 3): экспериенциальные техники»). В настоящее время не существует исследований, в которых в качестве участников выступали бы клинические пациенты, но недавнее исследование аналогов может быть инфор-

мативным. Студентам университета показывали травмирующий ролик, а затем в случайном порядке распределяли их по группам (1) переписывание образов-А, где их учили представлять себя вмешивающимися в события, чтобы лишить силы обидчика и спасти жертву в вызывающей отвращение сцене фильма; (2) переписывание образов-П, где их учили представлять другого человека, заслуживающего доверия, который вмешивается, чтобы лишить обидчика власти и помочь жертве; (3) повторное представление образов, где их просили вспомнить вызывающую отвращение сцену фильма; (4) контроль без интервенций. Оба условия переписывания образов были менее дистрессогенными, чем повторное представление вызывающей отвращение сцены фильма, причем пассивная форма (переписывание образов-П) была менее дистрессогенной, чем активная (переписывание образов-А); однако только условие переписывания образов-А было связано с увеличением позитивного аффекта [85]. Примечательно, что различий между условиями рескриптинга в уровне самооффективности участников не было. В целом полученные результаты подтверждают практику схема-терапии, когда клиентов просят представить сторонних помощников в качестве первого шага ImRS, поскольку это более легкая задача, но также подтверждают дополнительную ценность передачи полномочий в упражнениях переписывания образов клиенту.

Работа на стульях

Частичным обоснованием использования работы со стульями вместо традиционных консультационных диалогов является усиление активации схем – мыслей и эмоций, что, в свою очередь, приводит к большему изменению схем как в эксплицитной, так и в имплицитной системе памяти [86]. Некоторую поддержку этим идеям оказали ранние небольшие рандомизированные исследования со студентами [87] и клиническими клиентами [88, 89], в которых исследование внутреннего конфликта с помощью диалогов на двух стульях привело к большей глубине чувств и смене точки зрения, чем при эмпатическом консультировании. Эмоциональная интенсивность также была ключевой темой опыта участников работы на стульях в недавнем качественном исследовании терапии, сфокусированной на сострадании [90]. При сравнении одной сессии диалога на двух стульях или другой стратегии КБТ были получены эквивалентные улучшения по первичным показателям (например, Коноли, Коноли, Макконнелл и Кимзи [91]), при этом дополнительные преимущества работы на стульях не совпадали. Например, Гринберг и Кларк [87] обнаружили, что диалог со стулом приводит к большему снижению амбивалентности, чем терапия решения проблем. Трахсел, Феррари и Холтфорт [92] не обнаружили различий в нерешительности, но обнаружили, что ра-

бота на стульях приводит к более высокой эмоциональной активации, как по собственным данным, так и по оценкам наблюдателей, чем выполнение задачи в квадрате принятия решений. По сравнению с рескриптингом существует меньше оценок работы на стульях как отдельной процедуры, и нам не известно ни одного метаанализа.

Еще одним источником доказательств эффективности работы со стульями являются исследования, посвященные эмоционально-фокусированной терапии (ЭФТ). Один из ключевых диалогов со стулом, используемых в ЭФТ, – это диалог между Критиком и Критикуемым «я». В ранних исследованиях было выявлено, что участники, разрешившие внутренние конфликты с помощью работы со стульями, демонстрировали «смягчение» критикующей части, которая перешла от чтения критикуемой частью нотаций к описанию своих собственных чувств и к разделению сходных по глубине переживаний, а затем к эмпатии, самосостраданию и обсуждению вопросов взаимопонимания [93]. Те, кто поборол свою нерешительность, добились большего прогресса в работе с мишенями терапии, чем те, кто этого не сделал [94]. В исследовании с несколькими базовыми линиями проведение диалогов между Критиком и Критикуемым на двух стульях в течение пяти сессий было связано с большими изменениями в симптомах тревоги и депрессии, чем базовая фаза [95]. В исследовании людей с большим депрессивным расстройством люди были рандомизированы на получение 16 недель

процессуально-экспериментальной терапии (ПЭТ, предшественник эмоционально-фокусированной терапии, содержащий значительный объем работы на стульях) или КПТ [96]. В обеих группах наблюдались эквивалентные улучшения по всем показателям, за исключением того, что в группе ПЭТ в значительно большей степени снизилось число межличностных проблем.

Для клиентов с симптомами травмы, полученной в результате сексуального насилия в детстве, в ЭФТ часто используется диалог со стулом – между клиентом и обидчиком (пустым стулом). Клиента поощряют высказывать свои мысли и чувства о травматических событиях и их последствиях непосредственно обидчику. Гринберг и Малком [97] изучали тех, кто прошел курс ЭФТ для решения проблем жестокого обращения в детстве и/или межличностных проблем, и обнаружили, что клиенты, которые смогли выразить неудовлетворенные потребности через диалог со стулом, достигли большего снижения общей психопатологии и межличностных проблем, чем те, кто этого не сделал. Пайвио, Гарри, Чагигиоргис, Холл и Ралстон [98] сравнили две формы ЭФТ (М = 17 сессий); одна из них включала диалог на стульях «Обидчик – Конфронтация», а другая – устранение последствий травматических событий путем простого исследования чувств и смыслов клиента с помощью эмпатического консультирования. Между группами не было значительных различий в изменении симптомов травмы, но в группе, в ко-

торой проводилась работа на стульях в целях конфронтации с обидчиком (20 %), был более высокий уровень дропаутов, чем в группе, где проводилось только эмпатическое консультирование (7 %).

Значение этого исследования для схема-терапии, вероятно, невелико, учитывая, что использование диалогов со стулом в ЭФТ значительно отличается от их использования в схема-терапии. Тем не менее схема-терапевты могут быть уверены, что использование работы со стульями в качестве средства для достижения изменений получило по крайней мере некоторое эмпирическое подтверждение. Есть данные о том, что работа со стульями позволяет достичь большей эмоциональной активации, что и является ее целью в схема-терапии: обойти избегающие стратегии совладания. Как средство когнитивных изменений работа со стульями, похоже, эффективна по крайней мере в той же степени, что и более «рациональные» методы когнитивной реструктуризации. Эти первые исследования также позволяют предположить, что преимущества этого компонента не настолько велики, чтобы схема-терапевт чувствовал себя обязанным их использовать, хотя исследование Пайвио и коллег [98] дает некоторое предостережение относительно того, что существует риск слишком активного использования эмоциональной стимуляции. Следует отметить, что ни в одном из этих исследований не оценивались диагнозы расстройства личности по DSM. На сегодняшний день доказательства безопас-

ности и эффективности работы со стульями в случаях тяжелых психических расстройств (например, ПРЛ) получены в результате оценки полных интегрированных курсов схема-терапии, а не отдельных схем.

Заключение

В этой главе мы постарались представить обзор исследований, которые на сегодняшний день подтверждают теорию и практику схема-терапии. Наиболее убедительные доказательства эффективности схема-терапии получены при лечении расстройств личности, особенно ПРЛ, однако существует предварительная поддержка ее использования при ряде других заболеваний, особенно если они не поддаются ТОС (например, расстройства пищевого поведения, рескриптинг при ПТСР). Мы надеемся, что рассмотренные здесь доказательства дадут схема-терапевтам уверенность в базовой теории и модели терапии, а также знания о тех состояниях, при которых схема-терапия оказалась наиболее полезной на сегодняшний день, и в то же время обеспечат реалистичные границы и ожидания для тех случаев, которые пока не очень хорошо представлены в доказательной базе.

Рекомендации

1. Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema therapy: A

practitioners guide. New York: Guilford; 2003.

2. Bach B., Lockwood G., Young J. A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2017;47 (4):328–49.

3. Arntz A., Rijkeboer M., Chan E. et al. Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy: Position Paper of an International Workgroup. *Cognitive Therapy and Research*. 2021.

4. Yalcin O., Lee C., Correia H. Factor structure of the Young Schema Questionnaire (Long Form-3). *Australian Psychologist*. 2020;55 (5):546–58.

5. Marais I., Moir V.K., Lee C.W. The effects of item placement in the Young Schema Questionnaire. *Journal of Applied Measurement*, 2017;18(4):370–82.

6. Lockwood G., Perris P. A new look at core emotional needs. In van Vreekswijk M., Broersen J., Nadort M., eds. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy*. Wiley-Blackwell, pp. 41–66.

7. Louis J., Davidson A., Lockwood G., Wood A. Positive perceptions of parenting and their links to theorized core emotional needs. *Journal of Child and Family Studies*. 2020;29 (12):3342–56.

8. Dweck C. From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality, and Research Support for Schema Therapy 33 development. *Psychological Review*. 2017;124(6):689–719.

9. Deci E., Ryan R. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000;11(4):227–68.
10. Baumeister R., Leary M. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*. 1995;117(3):497–529.
11. Ainsworth M. Attachment as related to mother-infant interaction. In Rosenblatt J, ed. *Advances in the Study of Behaviour*. Academic Press; 1979. pp. 1–51.
12. Bowlby J. *Attachment and Loss: Attachment (Vol 1)*. Basic Books; 1969.
13. Harlow H. The nature of love. *American Psychologist*. 1958;13(12):673–85.
14. Murray, H.A. *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age*. Oxford University Press; 1938
15. McClelland DC. *Human motivation*. Cambridge; 1987
16. Maslow A. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4):370–96.
17. O'Neill M., Pillai Riddell R., Bureau J., et al. Longitudinal and concurrent relationships between caregiver – child behaviours in the vaccination context and preschool attachment. *Pain*. 2020;162(3):823–34.
18. Calders F., Bijttebier P., Bosmans G., et al. Investigating the interplay between parenting dimensions and styles, and the association with adolescent outcomes. *European Child &*

Adolescent Psychiatry. 2019;29(3):327–42.

19. Ryan, R.M., & Deci, E.L. Selfdetermination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. The Guilford Press; 2017.

20. Baumrind D. Rearing competent children. In Damon W, ed. Child development today and tomorrow. Jossey-Bass/Wiley; 1988. pp. 349–78.

21. Lamborn S., Mounts N., Steinberg L., Dornbusch S. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child Development. 1991;62(5):1049.

22. Hinnant J., Erath S., Tu K., El-Sheikh M. Permissive parenting, deviant peer affiliations, and delinquent behavior in adolescence: The moderating role of sympathetic nervous system reactivity. Journal of Abnormal Child Psychology. 2015;44(6):1071–81.

23. Barton A., Hirsch J. Permissive parenting and mental health in college students: Mediating effects of academic entitlement. Journal of American College Health. 2015;64(1):1–8.

24. Shumow L., Vandell D., Posner J. Harsh, firm, and permissive parenting in low-income families. Journal of Family Issues. 1998;19(5):483–507.

25. Gray M., Steinberg L. Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. Journal of Marriage and the Family. 1999;61(3):574.

26. Farkas M., Grolnick W. Examining the components and concomitants of parental structure in the academic domain. *Motivation and Emotion*. 2010;34 (3):266–79.
27. Grolnick W., Raftery-Helmer J., Marbell K. et al. Parental provision of structure: Implementation and correlates in three domains. *Merrill-Palmer Quarterly*. 2014;60(3):355.
28. Soenens B., Vansteenkiste M., Niemic C. Should parental prohibition of adolescents' peer relationships be prohibited? *Personal Relationships*. 2009;16(4):507–30.
29. Feeney B., Collins N. The importance of relational support for attachment and exploration needs. *Current Opinion in Psychology*. 2019;25:182–6.
30. Silvia P., Kwapil T. Aberrant asociality: How individual differences in social anhedonia illuminate the need to belong. *Journal of Personality*. 2011;79 (6):1315–32.
31. Stanley P., Schutte N., Phillips W. A meta-analytic investigation of the 34 Overview of the Schema Therapy Model relationship between basic psychological need satisfaction and affect. *Journal of Positive School Psychology*. 2021; 5(1):1–16.
32. Pilkington P., Bishop A., Younan R. Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2020;28(3):569–84.
33. Young J.E., Klosko J.S. *Reinventing your life: The breakthrough program to end negative behavior and feel great again*. Plume; 1994.

34. Mertens Y., Yilmaz M., Lobbestael J. Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse & Neglect*. 2020;104:104445.

35. Specht M., Chapman A., Cellucci T. Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2009;40 (2):256–64.

36. Saldias A., Power K., Gillanders D., Campbell C., Blake R. The mediatory role of maladaptive schema modes between parental care and non-suicidal self-injury. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2013;42 (3):244–57.

37. Lumley M., Harkness K. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2007;31 (5):639–57.

38. Bach B., Farrell J. Schemas and modes in borderline personality disorder: The mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. *Psychiatry Research*. 2018;259:323–9.

39. Bach B., Lobbestael J. Elucidating DSM-5 and ICD-11 diagnostic features of borderline personality disorder using schemas and modes. *Psychopathology*. 2018;51(6):400–7.

40. Dadashzadeh H., Hekmati I., Gholizade H., Abdi R. Schema modes in cluster B personality disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2016;18 (2):22–8.

41. Bamelis L., Renner F., Heidkamp D., Arntz A. Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. *Journal of Personality Disorders*. 2011;25(1):41–58.

42. Jacobs I., Lenz L., Wollny A., Horsch A. The higher-order structure of schema modes. *Journal of Personality Disorders*. 2020;34 (3):348–76.

43. Kotov R., Krueger R., Watson D. et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*. 2017;126 (4):454–77.

44. Keulen-de Vos M., Bernstein D., Clark L., et al. Validation of the schema mode concept in personality disordered offenders. *Legal and Criminological Psychology*. 2017;22(2):420–41.

45. Sempértegui G., Karreman A., Arntz A., Bekker M. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(3):426–47.

46. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(6):649.

47. Arntz A., van Genderen H. *Schema therapy for borderline personality disorder*. Wiley. 2009.

48. Sieswerda S., Arntz A., Kindt M. Successful psychotherapy reduces hypervigilance in borderline personality disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.2007;35(4):387–402.

49. van Asselt A., Dirksen C., Arntz A., Severens J. The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in PPJL-clients. *European Psychiatry*.2007;22(6):354–61.
Research Support for Schema Therapy 35

50. Nadort M., Arntz A., Smit J. et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(11):961–73.

51. Farrell J.M., Shaw J.M. Group schema therapy for borderline personality disorder a step-by-step treatment manual with patient workbook. Wiley-Blackwell. 2012

52. Dickhaut V., Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014;45(2):242–51.

53. Arntz A., Jacob G.A., Lee C.W. et al. Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2022;79 (4):287–99.

54. Hilden H., Rosenström T., Karila I., et al. Effectiveness

of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: a randomized pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2020;75 (3):176–85.

55. Bohus M., Kleindienst N., Limberger M., et al. The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*. 2008;42(1):32–9.

56. Hamid N., Molajegh R., Bashlideh K., Shehniyailagh M. The comparison of effectiveness of dialectical behavioral therapy (DBT) and schema therapy (ST) in reducing the severity of clinical symptoms (disruptive communication, emotional deregulation and behavioral deregulation) of borderline personality disorder in Iran. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. 2020;14:1354–62.

57. Fassbinder E., Assmann N., Schaich A. et al. PRO*PIPI: Effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: A comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: Study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1).

58. van Vreeswijk M., Spinhoven P., Eurelings-Bontekoe E., Broersen J. Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2012;21(1):29–38.

59. Skewes S., Samson R., Simpson S., van Vreeswijk

M. Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*. 2015;5(1592):1–9.

60. Schaap G., Chakhssi F., Westerhof G. Inpatient schema therapy for nonresponsive clients with personality pathology. Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*. 2016;53 (4):402–12.

61. van Vreeswijk M., Spinhoven P., Zedlitz A., Eurelings-Bontekoe E. Mixed results of a pilot RCT of time-limited schema mindfulness-based cognitive therapy and competitive memory therapy plus treatment as usual for personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2020;11 (3):170–80.

62. Bamelis L., Evers S., Spinhoven P., Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(3):305–22.

63. Arntz A., Jacob G. Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach. Wiley-Blackwell; 2013

64. Hopwood C., Thomas K. Schema therapy is an effective treatment for avoidant, dependent and obsessive-compulsive personality disorders. *Evidence Based Mental Health*. 2014;17(3):90–1.

65. Bernstein D., Keulen-de Vos M., Clercx M., et al. Schema

therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial. *Psychological Medicine*. 2021;1–15. 36 Overview of the Schema Therapy Model

66. Videler A., van Alphen S., van Royen R. et al. Schema therapy for personality disorders in older adults: A multiple-baseline study. *Aging & Mental Health*. 2017;22 (6):738–47.

67. Videler A., Rossi G., Schoevaars M, van der Feltz-Cornelis C., van Alphen S. Effects of schema group therapy in older outpatients: a proof of concept study. *International Psychogeriatrics*. 2014;26(10):1709–17.

68. van Dijk S., Veenstra M., Bouman R., et al. Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):26.

69. Gude T., Hoffart A. Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2008;49(2):195–9.

70. Cockram D., Drummond P., Lee C. Role and treatment of early maladaptive schemas in vietnam veterans with ПТСТ. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2010;17 (3):165–82.

71. Thiel N., Jacob G., Tuschen-Caffier B., et al. Schema therapy augmented exposure and response prevention in clients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of

a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016;52:59–67.

72. Simpson S., Morrow E., van Vreeswijk M., Reid C. Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*. 2010;1(182):1–10.

73. Calvert F., Smith E., Brockman R., Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of Eating Disorders*. 2018;6(1):1–7.

74. Simpson S., Slowey L. Video therapy for atypical eating disorder and obesity: A case study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2011;7(1):38–43.

75. McIntosh V., Jordan J., Carter J., et al. Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*. 2016;240:412–20.

76. Mohtadijafari S., Ashayeri H., Banisi P. The effectiveness of schema therapy techniques in mental health and quality of life of women with premenstrual dysphoric disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019;25(3):278–91.

77. Nameni E., Saadat S.H., Keshavarz-Afshar H., Askarabady F. Effectiveness of group counseling based on schema therapy on quality of marital relationships, differentiation and hardiness in women seeking divorce in families of war veterans. *Journal of Military Medicine*. 2019; 21 (1):91–9.

78. Farrell J., Shaw I., Webber M. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2009;40(2):317–28.

79. Yakın D., Grasman R., Arntz A. Schemamodes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2020;126:103553.

80. Hyett M., Bank S., Lipp O., et al. Attenuated psychophysiological reactivity following single-session group imagery rescripting versus verbal restructuring in social anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2018;87(6):340–9.

81. Kunze A., Lancee J., Morina N., Kindt M., Arntz A. Mediators of change in imagery rescripting and imaginal exposure for nightmares: Evidence from a randomized wait-list controlled trial. *Behavior Therapy*. 2019;50(5):978–93.

82. Romano M., Moscovitch D., Huppert J., Reimer S., Moscovitch M. The effects of imagery rescripting on memory outcomes in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020;69:102169. Research Support for Schema Therapy 37.

83. Boterhoven de Haan K., Lee C., et al. Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood

trauma: randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;217(5):609–15.

84. Paulik G., Steel C., Arntz A. Imagery rescripting for the treatment of trauma in voice hearers: A case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2019;47 (6):709–25.

85. Siegesleitner M., Strohm M., Wittekind C., Ehring T., Kunze A. Improving imagery rescripting treatments: Comparing an active versus passive approach. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2020;69:101578.

86. Rafaeli E., Young J., Bernstein D. *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge. 2011.

87. Greenberg L., Clarke K. Differential effects of the two-chair experiment and empathic reflections at a conflict marker. *Journal of Counselling Psychology*. 1979;26(1):1–8.

88. Greenberg L., Dompierre L. Specific effects of Gestalt two-chair dialogue on intrapsychic conflict in counselling. *Journal of Counselling Psychology*. 1981;28 (4):288–94.

89. Greenberg L., Higgins H. Effects of two-chair dialogue and focusing on conflict resolution. *Journal of Counseling Psychology*. 1980;27(3):221–24.

90. Bell T., Montague J., Elander J., Gilbert P. ‘A definite feel-it moment’: Embodiment, externalisation and emotion during chairwork in compassion-focused therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2019;20(1):143–53.

91. Conoley C., Conoley J., McConnell J., Kimzey C. The effect of the ABCs of rational emotive therapy and the

empty-chair technique of gestalt therapy on anger reduction. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1983;20(1):112–17.

92. Trachsel M., Ferrari L., Holtforth M.G. Resolving partnership ambivalence: A randomized controlled trial of very brief cognitive and experiential interventions with follow-up. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2012; 46 (3):239–58.

93. Greenberg L. The intensive analysis of recurring events from the practice of Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1980;17(2):143–52.

94. Greenberg L., Webster M. Resolving decisional conflict by Gestalt two-chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology*. 1982;29 (5):468–77.

95. Stiegler J., Molde H., Schanche E. Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2017;25(1): e86–e95.

96. Watson J., Gordon L., Stermac L., Kalogerakos F., Steckley P. Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71 (4):773–81.

97. Greenberg L., Malcolm W. Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(2):406–16.

98. Paivio S., Jarry J., Chagigiorgis H., Hall I., Ralston M. Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research*. 2010;20(3):353–66.

Часть II

Практическое применение модели схема-терапии

Глава 3. Диагностика в схема-терапии

Введение

В этой главе мы подробно описываем, как проводить диагностику, чтобы создать качественную концептуализацию случая в схема-терапии (см. главу 4), которая, в свою очередь, обеспечивает эффективное планирование терапии. Четкое понимание жизненного опыта клиента позволяет терапевту тонко настроить стратегию «ограниченного родительства» (см. главу 6), чтобы целенаправленно восполнять эмоциональные потребности, не удовлетворенные в детстве, и достичь глубокого эмоционального резонанса с клиентом. Этот уровень взаимопонимания дает возможность совместно с клиентом ставить индивидуализированные цели терапии, помогая ему научиться удовлетворять свои эмоциональные потребности здоровыми способами.

Традиционно в сложных случаях на фазу диагностики от-

водится 5–8 сессий – не только потому, что это позволяет собрать больше информации, чем при обычной психотерапевтической диагностике, но и потому, что это способствует созданию безопасных и конструктивных терапевтических отношений. Диагностика – это также процесс проверки гипотез; по мере сбора информации схема-терапевт формирует гипотезы о главных режимах, схемах и неудовлетворенных потребностях, способствующих возникновению проблем клиента, что в итоге приводит к совместной концептуализации случая. Психообразование вплетается в фазу диагностики через совместное исследование, помогающее клиенту «разобраться» в своих проблемах и построить надежные терапевтические отношения. Вместо того чтобы полагаться в основном на какой-либо один метод, схема-терапевт использует набор методов, которые перечислены здесь и описаны в этой главе.

1. Клиническое интервью.
2. Определение ключевых проблемных зон и соответствующих целей терапии.
3. Функциональная диагностика ключевых проблемных областей.
4. Бланки для самостоятельного заполнения.
5. Техника «падающей стрелы».
6. Диагностика режимов.
7. Опросник/психометрические данные.
8. Диагностическая работа с воображением.

9. Диагностика процесса/ переноса.

I. Диагностика в схема-терапии: основные задачи и другие аспекты

Главная цель любой диагностики в рамках схема-терапии – получить четкое понимание текущих проблем клиента и концептуализировать то, как лежащие в их основе схемы и режимы вызывают и закрепляют эти проблемы. В схема-терапии многие из существующих проблем или «ключевые проблемные зоны» могут быть концептуализированы как поведенческие и/или когнитивные проявления стратегий совладания, направленных на избавление от эмоциональной боли, связанной с не удовлетворенными в детстве потребностями. Общие проблемы, связанные со стратегиями совладания, могут включать расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (например, режим Самоутешителя), расстройства пищевого поведения (например, режим Гиперконтролера) или ряд межличностных проблем, связанных с чрезмерной уступчивостью или зависимостью от других людей (например, режим Покорного капитулянта), чрезмерной отстраненностью или избеганием других (например, режим Отстраненного защитника) или высоким антагонизмом (например, режим Агрессора). Детальная диагностика показывает, что эти механизмы совладания обычно имели смысл в том контексте, в котором они возникли. В

краткосрочной перспективе они, как правило, приносят облегчение и, таким образом, функционируют в основном как «решение проблемы», позволяющее справиться с эмоциональной болью. Конфликт между облегчением, которое дают механизмы совладания, и вторичным дистрессом, который они вызывают, часто приводит к амбивалентности в отношении изменений: с одной стороны, человек хочет избавиться от нанесения себе вреда, переедания или употребления наркотиков, но с другой стороны, ему трудно отказаться от преимуществ и чувства безопасности, которые они дают. В этом состоит отличие от представления проблем, связанных с копинговыми режимами, когда клиенты описывают свои трудности в терминах переполняющих эмоций и трудностей с регулированием дистресса, которые могут быть концептуализированы как проявление детских режимов. Многие клиенты приходят в терапию с ощущением, что их режим Уязвимого ребенка является «проблемой» и что эту часть себя нужно устранить, «исправить» или контролировать. У этих клиентов могут быть такие проблемы, как хроническая тревога, подавленность или дисрегуляция гнева. Другие проблемы, такие как низкая самооценка, самоповреждение и другие формы саморазрушающего поведения, могут отражать доминирование дезадаптивных режимов Родителя или Критика. Не менее важно обращать внимание на силу режима Здорового взрослого клиента. Как правило, сила дезадаптивных режимов, скорее всего, указывает на относительную сла-

бость или «слепые пятна» в его режиме Здорового взрослого. Например, клиент с сильным режимом Карающего критика, скорее всего, будет плохо функционировать в режиме Здорового взрослого в области самосострадания (позитивная схема, которая является противоположностью схемы Пунитивности).

Диагностика режимов для концептуализации случая

Определение того, на какие режимы приходится бóльшая часть проблемных переживаний клиента, является, пожалуй, самой важной задачей диагностики в схема-терапии. Терапевт стремится ответить на два ключевых вопроса: (1) Какой режим/режимы доминирует в поведении клиента во время сессии? (2) Какие режимы вовлечены в проблемы клиента? Текущие режимы определяются с помощью трех основных источников информации: содержания речи (того, что говорит человек), невербальной коммуникации (например, тона голоса, выражения лица, позы и жестов) и контрпереноса (чувств и поведенческих побуждений, которые ответы клиента вызывают у терапевта). Примеры того, как могут проявляться эти режимы, представлены в табл. 3.1.

Определение ключевых проблемных зон

Определение конкретных и четких «ключевых проблемных зон» очень важно по крайней мере по трем причинам. Во-первых, они дают первые подсказки о том, какие схемы и/или режимы, скорее всего, являются проблемными для клиента. Во-вторых, четкий список проблем делает терапию более сфокусированной, позволяя избежать распространенной ошибки – многократного «тушения пожаров» без снижения частоты кризисов в долгосрочной перспективе.

Таблица 3.1. Диагностические вопросы, связанные с каждой схемой

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
Эмоциональная депривация	Дефицит: тепло, забота, ласковые прикосновения, руководство, эмпатия, соностройка, уважение	Капитуляция: отстраненность, отсутствие явного выражения потребностей, влечение к партнерам, которые не могут взять на себя обязательства; Чувствуют скуку/подавленность в обществе любящих партнеров. Избегание: держит других на расстоянии вытянутой руки, избегает близости/обязательств, использует компульсивные методы совладания (например, переадресация, алкоголь, наркотики, беспорядочный секс, игры), чтобы блокировать пустоту и успокоить себя в одиночестве. Инверсия (гиперкомпенсация): созависимость, эмоциональная (и/или практическая) требовательность к друзьям и партнерам	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (одинокий, непривлекательный) ребенок; Яростный ребенок; Импульсивный ребенок; Внутренний критик («Ты этого не заслуживаешь») Избегающие режимы: Отстраненный защитник; Отстраненный самоутешитель; * Шутливый защитник; Покорный капитулянт; **Беспомощный капитулянт (функция «Посмотри на меня») Режимы инверсии (гиперкомпенсации): Перфекционист-гиперконтролер; *Клоун; Поиск внимания/одобрения	Насколько близки вы были со своими родителями в детстве? Были ли ваши родители эмоционально рядом с вами? Как они проявляли свою любовь (например, тепло, привязанность, общение, в том числе через подарки, усердную работу, чтобы оплатить хорошую школу, еду)? Сколько времени вы провели с родителями (например, играя, общаясь, развлекаясь) без принуждения что-то выполнять или что-то достигать? В какой степени вы можете говорить со своими родителями о вещах, которые вас действительно расстраивают или беспокоят? Если бы вы были расстроены из-за чего-то, что случилось с вами в детстве, к кому бы вы пошли? Почему?/почему нет? Если бы вы обратились к маме/папе/бабушке, как, по-вашему, они бы отреагировали? Чего вы боялись, что могло бы случиться (с вами или с ними), если бы вы больше делились своими чувствами и потребностями? Кто помогал вам справиться с трудными эмоциями и принимать решения в вашей семье? С кем бы вы поговорили (если вообще с кем-то), если бы были расстроены из-за инцидента в школе? Чувствуете ли вы, что другие члены вашей семьи действительно «понимают», кто вы есть на самом деле? Чувствовали ли вы себя любимыми и желанными? Если да, то как вы узнали об этом? Что подсказало вам, что вами дорожат? Могли ли ваши родители открыто проявлять теплоту, например, через нежные прикосновения, объятия, говорить вам, что они вас любят?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
Дефективность/стыд	Дефицит: безусловная любовь, принятие, неадекватная защита от критики, унижения, жестокого обращения	Капитуляция: терпимо относится к друзьям, которые критикуют и отвергают его. возводит других на пьедестал, обвиняя и унижая себя. Избегание: держит других на эмоциональной дистанции; не позволяет другим увидеть уязвимости или сплизиться. Инверсия: возводит других на пьедестал, чтобы повысить свой статус. Критикует и унижает других, чтобы повысить свой статус. Ведет себя чрезмерно «мило» и заботливо, чтобы предотвратить потенциальное неприятие	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый ребенок (Подчинение/стыд); Сердитый ребенок; Импульсивный ребенок; Внутренний критик (Карающий; Требовательный); «Ты плохой, никчемный, непривлекательный». Избегающие режимы: Отстраненный защитник; *Избегающий защитник; *Отстраненный самоутешитель; *Беспомощный капитулянт. Инверсионные режимы: Самовозвеличиватель; Гиперконтролер (*Самобичующий/ ругающий / перфекционист-гиперконтролер); Поиск внимания/одобрения; *Клоун	Играл ли с вами кто-нибудь в детстве, проводили ли вы вместе время, смеялись, веселились или дурачились? Чувствовали ли вы, что вас действительно понимают как самостоятельную личность (а не как того, кем вы должны были быть)? Когда вы говорите об эмоциях, в какой степени другие способны выслушать вас и по-настоящему понять ваши трудности? В какой степени ваши родители были способны удовлетворить ваши потребности? Сыграли ли вы какую-либо роль в удовлетворении потребностей своих родителей? Испыывали ли вы в детстве критику или осуждение со стороны кого-либо из членов вашей семьи? Чувствовали ли вы, что вас принимают таким, какой вы есть, или от вас ожидали, что вы должны вести себя определенным образом, чтобы заслужить любовь? Чувствовали ли вы когда-нибудь, что ваши родители отвергли вас? Заставлял ли вас кто-нибудь стыдиться своих потребностей или чувств? Испыывали ли вы наказания (эмоциональное/физическое), это заставляло вас почувствовать стыд или неполноценность? Причинял ли вам кто-нибудь боль или прикасался ли к вам нежелательным или сексуальным образом в детстве? Став взрослым, вы когда-нибудь думали о себе как о непривлекательном или неполноценном в каком-либо смысле? Сравнивая себя с другими, считаете ли вы себя менее достойным или привлекательным? Очень ли вы чувствительны к критике (замечали ли другие это за вами)?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
Покинутость/нестабильность	Дефицит: Постоянная эмоциональная доступность лиц, осуществляющих воспитание; Поддержка и руководство, помогающие справиться с неудачей; Эмоциональная стабильность. Слишком: Эмоциональная недоступность/противоречивость; неудача	Капитуляция: Выбирает и терпимо относится к партнерам, которые не способны взять на себя обязательства. Избегание: Избегает близких отношений и обязательств. Испыывает трудности совладания (например, переживание, алкоголь, психоактивные вещества) для самоуспокоения в одиночестве. Инверсия: Цепляется за партнеров, друзей. Становится сердитым и нападает на партнера за любую разлуку	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (брошенный) ребенок; Сердитый ребенок; Импульсивный ребенок Избегающие режимы: Отстраненный защитник; *Шутиливый защитник, Ищущий одобрения; *Бездельный/Обломов; Отстраняющийся самоутешитель; Покорный капитулянт; *Беспомощный капитулянт Инверсионные стратегии совладания: Агрессор; * Клоун; * Манипулятор; * Сверхавтономный	Были ли ваши родители готовы постоянно поддерживать и заботиться о вас? Сталкивались ли ваши бабушки и дедушки или представители предыдущих поколений с тем, что их бросали, что повлияло на ваших родителей? Был ли кто-либо из ваших родителей эмоционально недоступен по какой-либо причине (например, из-за отсутствия работы, перепадов настроения, употребления алкоголя или наркотиков)? Были ли в детстве периоды, когда вы были разлучены со своими родителями/опекунами? Покидал ли вас в детстве или умирал ли кто-то важный для вас? Если да, то какую эмоциональную поддержку вы получали от своих родителей (или других людей) после этого события? Став взрослым, боретесь ли вы с чувством покинутости, отчаяния или одиночества, когда находитесь вдали от близких вам людей? Или замыкаетесь в себе, бросая других до того, как они бросят вас? Ожидаете ли вы, что другие бросят вас?
Недоверие/ожидание жестокого обращения	Дефицит: Защита, безопасность, стабильность, надежность лиц, осуществляющих воспитание	Капитуляция: Испытывает влечение к партнерам/друзьям, которые проявляют жестокость; Терпимо относится к жестокому обращению; Ведет себя способом,	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (подвергшийся насилию) ребенок; Сердитый ребенок; Импульсивный ребенок; Внутренний критик (карающий): «Ты грязный,	Кто-нибудь причинял вам боль, оскорблял вас, изменял вам или играл вам в детстве? Кто-нибудь причинял вам боль или прикасался к вам неподобающим образом в детстве? Кто-нибудь из ваших родителей играл вам, использовал вас в своих интересах или пытался манипулировать вами? Подвергались ли вы унижению со стороны родителей или других членов семьи? Пытался ли кто-нибудь в вашей семье

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Мужичностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
	Избыток: Жестокое обращение, обман, ложь, двуличие	провоцирующим гнев/вспышки гнева у других. Избегание: Держит других на расстоянии; Избегает доверять другим секреты и открывать уязвимые места. Инверсия: Плохо обращается с другими, оскорбляет их, манипулирует ими. Списывает других со счетов, как только они перестают быть полезными	ущербный, плохой». Избегающие режимы: Отстраненный защитник (диссоциация); *Избегающий защитник; Отстраняющийся самоутешитель; *Бездельник/Обломов Инверсионные режимы: Гиперконтролер (*самобичующий, подозрительный); Агрессор; *Наивный идеалист; *Клоун; Манипулятор	защитить вас, когда/если с вами плохо обращались? Был ли кто-нибудь в семье двуличным или коварным в том, как он справлялся с ситуациями? Став взрослым, обнаруживаете ли вы, что доверяете не тем людям? Заменяете ли вы, что между вами возникает больше взаимопонимания с людьми, которые в конечном итоге оказываются ненадежными? Чувствуете ли вы, что можете доверять людям на 100% или не доверяете вовсе? Разрываете ли вы отношения внезапно из-за того, что чувствуете разочарование или обиду от других?
Социальная отчужденность	Дефицит: Возможность обрести чувство принадлежности и общности как с семьей, так и со сверстниками	Капитуляция: Держится на периферии групп, не участвует в групповых мероприятиях, присоединяется к группам «отверженных», преувеличивает различия (например, с помощью одежды, наряда, прически, макияжа).	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый ребенок (Покинутость/ пренебрежение); Сердитый ребенок; Импульсивный ребенок; Внутренний критик: «Ты не свой, ты не вписываешься в общество» Избегающие режимы: Отстраненный защитник;	Чувствовали ли вы, что принадлежите к своей семье? В чем ваша семья была похожа на другие семьи? Вы когда-нибудь чувствовали, что ваша семья чем-то отличается от других семей? Были ли вы когда-нибудь частью группы сверстников или сообщества, к которому вы чувствовали свою принадлежность? Вы когда-нибудь чувствовали себя изолированным от своих сверстников? Чувствовали ли вы себя частью группы сверстников, когда учились в школе? Вы когда-нибудь чувствовали, что отличаетесь от других, что вы не вписываетесь в их круг? Будучи ребенком/

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Мужичностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
		Избегание: Держится подальше от общественных собраний, групп. Инверсия: Усердно работает, чтобы вписаться в коллектив, «вживаясь в роль»	*Избегающий защитник; Отстраняющийся самоутешитель; *Шутливый защитник; Покорный капитулянт Инверсионные стратегии совладания: Поиск внимания/одобрения; Самовозвеличиватель *Одиночка, чувствующий свое превосходство; *Клоун	подростком (а теперь и взрослым), вы когда-нибудь были частью какого-либо сообщества (например, церкви, спортивного клуба, группы по интересам)? Став взрослым, когда вы находитесь в группе, присоединяетесь ли вы к ней или остаетесь в стороне, наблюдая за другими?
Зависимость/Некомпетентность	Дефицит: Практическая поддержка, помощь, руководство (недостаточная или чрезмерная опека)	Капитуляция: Ищет партнеров и друзей, которые кажутся доминирующими/уверенными в себе. Полагается на других в выполнении повседневных обязанностей; Постоянно ищет совета и поддержки. Избегание: Избегает принимать решения, брать на себя ответственность за свой жизненный выбор.	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (зависимый) ребенок; Сердитый ребенок; Импульсивный ребенок; Внутренний критик: «Ты слишком некомпетентен, ты не справишься» Избегающие режимы: Отстраненный защитник; Отстраняющийся самоутешитель; *Шутливый защитник; Покорный капитулянт	Были ли вы чрезмерно защищены кем-либо из ваших родителей? Предпочитали ли они делать что-то за вас, вместо того чтобы позволить вам попробовать и учиться на собственных ошибках? Не казалось ли вам, что вам нужно слишком быстро повзрослеть и взять на себя ответственность? Было ли у вас ощущение, что вы должны заботиться о себе сами и что вам не на кого положиться в течение определенных периодов вашей жизни? Став взрослым, вам трудно заботиться о себе на практике? Полагаетесь ли вы на других, когда они берут на себя ответственность за решение повседневных проблем (например, финансовых вопросов, наведения порядка)? Обнаруживаете ли вы, что ищете ответы или направление от других?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
		Остается в зоне комфорта, избегая при этом новых вызовов. Инверсия: Сверхсамостоятельный и автономный; не просит о помощи; берет на себя роль «помощника» для других	**Беспомощный капитулант; <u>Инверсионные стратегии совладания:</u> Гиперконтролер (перфекционист)/ неуязвимый/ Сверхнезависимый; *Клоун	Замечаете ли вы, что вас легко втянуть в очередную авантюру?
Уязвимость к физическому вреду и болезням	<u>Дефицит:</u> Безопасность и защита от вреда/ болезни. Уверенность и поддержка для укрепления доверия к телу, мыслям, эмоциям и собственным ресурсам	<u>Капитуляция:</u> Ищет утешения и навязчиво говорит о страхах, связанных с болезнями, смертями и другими катастрофами; Навязчиво проверяет себя и членов семьи на наличие признаков и симптомов болезни. Ищет утешения; Заботится о членах семьи из-за страха причинить вред. <u>Избегание:</u> Придерживается одного и того же распорядка дня и не решает на что-то новое (включая семейные праздники) из-за боязни навредить себе/заболеть.	<u>Совладание посредством капитуляции:</u> Уязвимый (тревожный) ребенок; Сердитый ребенок; Импульсивный ребенок <u>Избегание режимы:</u> Отстраненный защитник; Отстраняющийся самоутешитель; *Шутиливый защитник; *Ищущий заверений; *Беспомощный капитулант <u>Инверсионные стратегии совладания:</u> *Неуязвимый гиперконтролер; *Клоун	Сталкивались ли вы или кто-либо из членов вашей семьи в детстве с какими-либо неприятностями или болезнями, которые пугали вас? Сталкивались ли бабушки и дедушки или предыдущие поколения с какими-либо серьезными заболеваниями или травмами, которые повлияли на ваших родителей? Кто-нибудь из членов семьи беспокоился о болезнях или смерти? Кто-нибудь из членов семьи беспокоился о болезнях и смерти? Став взрослым, находите ли вы, что избегаете посещать определенные места или заходить далеко из-за страха перед болезнью или смертью? Беспокоитесь ли вы о влиянии или значении ваших мыслей? Пытаетесь ли вы контролировать или подавлять мысли, которые вас пугают? Вы когда-нибудь беспокоились, что теряете контроль или сходите с ума?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
		<u>Инверсия:</u> рискует и игнорирует правила техники безопасности. Ведет себя так, как будто его невозможно победить		
Спутанность / неразвитое Я	<u>Дефицит:</u> Поощрение и похвала, способствующие развитию самостоятельности. Понимание и признание индивидуальных предпочтений, черт характера. Поощрение к развитию, выражению собственных взглядов и ценностей	<u>Капитуляция:</u> Чрезмерно тесный контакт с родителями/ партнером; Отсутствие личной жизни, рассказывает им все; Живет жизнью детей и/или партнера. <u>Избегание:</u> Избегает близости, задушевности. Избегает высказывать собственное мнение, предпочтения. <u>Инверсия:</u> Восстает против ожиданий и утверждает свою индивидуальность, ведя себя не так, как родители	<u>Совладание посредством капитуляции:</u> Уязвимый ребенок; Сердитый ребенок/Угрюмый/ Непослушный ребенок Внутренний критик (обвиняющий): «Ты причиняешь мне боль, отдаляя от меня и делая жизненный выбор, который меня не касается» <u>Избегание режимы:</u> Отстраненный защитник; *Шутиливый защитник; Отстраняющийся самоутешитель; Покорный капитулант <u>Инверсионные стратегии совладания:</u> *Клоун; *Сверхавтономный	Когда вы были ребенком, чувствовали ли вы, высказывая свои собственные взгляды или желая/веря во что-то, отличное от мнения одного или обоих родителей, что вы обижаете их или разочаровываете? Были ли в вашей семье какие-либо препятствия вашей самостоятельности? Трудно ли вам высказывать свое мнение во взрослом состоянии, не опасаясь, что вы причините боль одному или обоим своим родителям? Было ли трудно самостоятельно принимать жизненные решения, не чувствуя, что вы подводите одного или обоих из них? Трудно ли вам понять, что вы чувствуете или чего хотите от своей жизни?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
Неуспешность	Дефицит: Поощрение, похвала, поддержка, руководство, возможности для совершенствования	Капитуляция: Прилагает минимум усилий; Равняется на других, полагая, что они более умные и способные. Избегание: Прокрастинирует, избегает рабочих заданий. Инверсия: Неуставное стремление, ставит работу выше здоровья и отношений с партнером, семьей, друзьями	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (тревожный; потерпевший неудачу) ребенок; Сердитый ребенок; Импульсивный ребенок; Недисциплинированный ребенок; Внутренний критик (Карающий, Требовательный): «Ты неудачник, глупый, неумелый» Избигающие режимы: Отстраненный защитник, Отстраняющийся самоутешитель; * Ищущий заверений; * Шутливый защитник; Инверсионные режимы: Перфекционист-гиперконтролер; ** Клоун; Самовозвеличиватель (Победитель)	Кто-нибудь из ваших родителей критиковал ваши способности или достижения? Подвергались ли вы чрезмерной критике со стороны учителя или других значимых людей? В детстве/юности вас когда-нибудь хвалили или поощряли за вашу работу/учебу? Были ли у вас по какой-либо причине трудности с учебой в школе? Как к этому отнеслись родители/учителя? Была ли в вашей жизни какая-либо сфера, в которой вы ощущали свое мастерство и компетентность? Став взрослым, вы когда-нибудь чувствовали, что не раскрываете свой истинный потенциал (на работе/учебе)? Вы сравниваете себя с другими и считаете менее способным?
Обладание особыми правами/грандиозность	Дефицит: Разумные и последовательные ограничения; поддержка в развитии сострадания	Капитуляция: Хвастается достижениями; соревнуется с другими, добываясь превосходства над ними;	Совладание посредством капитуляции: * Грандиозный ребенок; * Избалованный ребенок;	Ваши родители когда-нибудь давали вам понять, что правила и условия, которым должны следовать другие, к вам не относятся? Создавалось ли у вас впечатление, что вы в чем-то особенный человек? Как ваши родители проявляли свою любовь? Был ли акцент на материальных подарках?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
	ния / соперничества другим; возможность научиться в отношениях действовать на равных с другими. Избыток: Избалованный, избалованный сверх меры. Сосредоточенный на материальном выражении любви в ущерб эмоциональному присутствию/сонастройке	Запугивает, требует, контролирует других. Исползует других в своих интересах. Избегание: Избегает общения с другими людьми, имеющими более высокий статус, за исключением случаев, когда хочет повысить через общение свой собственный статус. Инверсия: Чрезмерно сосредоточивается на потребностях других	Сердитый/Яростный ребенок; Импульсивный ребенок; Внутренний критик (обычно Требовательный): «Ты должен стремиться быть лучше других»; «Все, что не идеально, неприемлемо» Избигающие режимы: Отстраняющийся самоутешитель; Отстраненный защитник; * Избигающий защитник Инверсионные режимы: * Сверхжорничник	Насколько важны были успех, богатство и статус для ваших родителей? Испытывали ли вы какое-либо давление со стороны родителей, чтобы поступить в определенную школу/университет или стремиться к определенной работе или должности? Были ли в ваших родительских проблемы с установлением границ? Заставляли ли они вас следовать правилам, даже если вы сопротивлялись? Став взрослым, испытываете ли вы трудности с соблюдением правил, которым следуют другие? Считаете ли вы, что заслуживаете лучшего, чем другие, или к вам следует относиться иначе? Вы когда-нибудь оправдывали себя, когда делали что хотели, например: «Другие не будут возражать, если я...»?
Недостаточный самоконтроль/самодисциплина	Дефицит: Отсутствие четких границ и родительского присутствия. Ребенок не был создан для выполнения скучных или рутинных заданий и выполнения обычных обязанностей (например,	Капитуляция: Не выполняет задания до конца, легко сдаётся. Избегание: Избегает ответственности и позволяет другим выполнять скучные или рутинные задания. Уклоняется от работы или приходит поздно и не выполняет обязательные задания.	Совладание посредством капитуляции: Недисциплинированный ребенок; Сердитый/Разъяренный/Обиженный ребенок; Избигающие режимы: * Избигающий защитник; Отстраненный Защитник Отстраненный Самоутешитель Инверсионные режимы: Перфекционист-гиперконтролер	Когда вы были ребенком, кто-нибудь следил за тем, чтобы вы выполняли домашнее задание и другие обязанности в вашей семье? Были ли последствия установлены разумным и непротиворечивым образом, чтобы вы соблюдали семейные правила/границы? Были ли предприняты шаги для того, чтобы вы и ваши братья и сестры не проявляли неуважения или не причиняли вреда другим людям? Трудно ли вам во взрослом возрасте выполнять рутинные или скучные задания? Замечают ли окружающие, что вы склонны перекладывать ответственность на них? Часто ли вам кажется, что вы можете говорить или делать все, что вам заблагорассудится, не задумываясь

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
	домашней работы и хлопот по дому)	Ожидает, что другие будут выполнять скучные/рутинные задачи, и не выполняет свою часть работы. Инверсия: Жесткий контроль или самодисциплина; Чрезмерно ответственный; Предъявляет высокие требования к себе и другим	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (запуганный) ребенок; Сердитый ребенок; Непослушный ребенок; Внутренний критик (вызывающий чувство вины): «Ты эгоист, ты создаешь проблемы»;	о последствиях или воздействии на других? Часто ли вы теряете контроль над своими эмоциями?
Подчинение	Дефицит: Свобода принимать решения, основываясь на собственных чувствах и потребностях и следовать собственной интуиции. Избыток: Контроля, гнева, принуждения в ответ на неподчинение и выражение потребности/чувств	Капитуляция: Соглашается с чужими взглядами и решениями, не отстаивает собственное мнение или потребности. Позволяет другим контролировать ситуацию, не настаивая на собственных потребностях. Избегание: Избегает ситуаций, которые могут привести к конфликту. Скрывает информацию от других, чтобы избежать конфликтов, гнева.	Избегающие режимы: Покорный капитулянт; Отстраненный защитник; Отстраняющийся самоутешитель; *Шушливый защитник Инверсионные стратегии совладания: Агрессор: Гиперконтролер (*сверхнезависимый; *ругающий); Самовозвеличиватель; *Клоун	Кто-нибудь из ваших родителей в детстве чрезмерно контролировал и/или опекал вас? Заставляли ли вас чувствовать себя виноватым, если вы говорили то, что чувствовали или в чем нуждались? Кто-нибудь из ваших родителей сердился или вел себя так, как будто вы причинили им боль, если ваши потребности или чувства вступали в противоречие с их собственными? Чувствовали ли вы себя подавленными и/или неспособными выразить свое мнение в отношениях с одним из родителей или обоими родителями из-за страха последствий? Став взрослым, боитесь ли вы говорить «нет» и устанавливать ограничения для других из-за страха, что другие рассердятся на вас? Часто ли вы чувствуете, что вас контролируют/принуждают делать то, что вы не хотите? Те вещи, которые вы не стали бы делать по собственной воле?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
		Инверсия: Контролирующий и властный по отношению к другим		Боитесь ли вы постоять за себя из-за того, что другие могут рассердиться на вас? Трудно ли вам уже во взрослом состоянии понять, чего вы хотите или в чем нуждаетесь?
Самопожертвование	Дефицит: Поощрение и поддержка в определении приоритетности собственных потребностей и заботы о себе; Отсутствие примера для подражания или руководства, как сбалансировать свои собственные потребности с потребностями других. Избыток: Чувствительность к чужим неприятностям, боли и страданиям	Капитуляция: Прислушивается к нуждам и чувствам других людей, заботится о них; Отгораживается от собственных чувств и потребностей. Может пренебрежительно относиться к собственным потребностям. Избегание: Избегает ситуаций и отношений, которые предполагают получение заботы; Может избежать ситуаций, которые предполагают самоотдачу, чтобы избежать неминуемого эмоционального выгорания.	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (парентифицированный) ребенок; *Обиженный ребенок; Злой ребенок; Внутренний критик (обвиняющий/отсутствующий/чрезмерно тревожный): «Ты эгоист, твои потребности не важны». Избегающие режимы: Отстраненный защитник; *Шушливый защитник; Отстраненный самоутешитель; Инверсионные режимы: Гиперконтролер (*Сверхавтономный); Самовозвеличиватель; *Клоун	Были ли вы в детстве (и во взрослом возрасте) очень чувствительны к чувствам и эмоциональным страданиям других людей? Чувствовали ли вы себя ответственными за то, чтобы справиться с эмоциями и потребностями одного или обоих ваших родителей? В детстве вас когда-нибудь беспокоило, что ваши чувства и потребности становятся бременем для других? Вам когда-нибудь казалось, что, заявляя о своих чувствах и потребностях, вы подавляете своих родителей? Чувствуете ли вы себя виноватым, если делаете что-то для себя, или чувствуете себя счастливым, в то время как другие страдают? Когда вы стали взрослым, обращаетесь ли к вам окружающие обычно за поддержкой и руководством? Испытываете ли вы трудности с тем, чтобы сказать «нет» и установить ограничения для других из-за чувства ответственности и вины?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
Поиск одобрения/признания	Дефицит: Безусловная любовь, одобрение, признание, внимание, похвала. Избыток: Одобрение зависит от успеха, статуса	Инверсия: Сдержанный и обиженный, когда другие выражают свои потребности. Капитуляция: Стремится к признанию или одобрению со стороны других, пытается произвести впечатление (с помощью знаний, навыков, статуса, успеха, внешнего вида). Избегание: Избегает общения с теми, от кого требуется одобрение. Инверсия: Реагирует, оставаясь «невидимым», не выделяется; Восстает против предпологаемых ожиданий других, чтобы вызвать неодобрение.	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (невидимый) ребенок; Ребенок, стремящийся привлечь к себе внимание; Сердитый/ Угрюмый ребенок; Импульсивный ребенок Избегающие режимы: Отстраненный защитник; Отстраняющийся самоутешитель Инверсионные режимы: Самовозвеличитель; Гиперконтролер (*сверхавтономный)	Было ли вам трудно в детстве добиться одобрения и внимания, в которых вы нуждались? Были ли в вашей семье какие-либо обстоятельства, которые затрудняли получение признания, в котором вы нуждались, от ваших родителей (например, брат или сестра с эмоциональными проблемами или трудностями в обучении); родитель с проблемами психического здоровья? Чувствовали ли вы, что для того, чтобы получить любовь и внимание, в которых вы нуждались, вы должны были хорошо работать или быть «паинькой»? За какое поведение ваши родители поощряли или ценили вас, когда вы были ребенком? Чувствуете ли вы, что оказались именно тем человеком, каким они хотели вас видеть? Можете ли вы подробнее рассказать об этом? Какие качества произвели на них впечатление? Как вы узнали? Как они дали вам об этом знать? У вас когда-нибудь возникало ощущение, что вам приходится отказываться от своих качеств, чтобы быть приемлемым для других? Научились ли вы использовать достижения, статус или успех как способ добиться одобрения и признания от других?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
Негативизм/пессимизм	Дефицит: Баланс положительных и отрицательных событий в жизни; Поддержка в преодолении сложных ситуаций и нормальном регулировании эмоций. Избыток: Дискуссии были сосредоточены на негативных результатах, разочарованиях и несбыточных надеждах	Капитуляция: Беспokoится и размышляет о возможных негативных последствиях, отвергая положительные стороны; Обсуждения с другими сосредоточены на жалобах на проблемы, на беспoкойстве о том, что обстоятельства складываются не так, как надо; Одержимо готовится ко всем возможным сценариям, пытаясь избежать негативных последствий. Избегание: Избегает ситуаций, которые воспринимаются как «рискованные»; Остается в пределах узкой зоны комфорта;	Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (разочарованный) ребенок; Подавленный ребенок; Сердитый ребенок Избегающие режимы: Отстраненный защитник; *Шуливый защитник; Отстраненный самоутешитель Инверсионные режимы: *Поллианна; *Клоун	Став взрослым, вы когда-нибудь чувствовали, что, добиваясь одобрения и признания от других, вы можете в конечном итоге перестать пренебрегать собой и дать себе время просто «быть» и получать удовольствие? Было ли в вашем детстве чрезмерное внимание к негативу, пессимизму и тому, что в вашей семье все идет не так, как надо? Было ли уделено меньше внимания разговором о позитивной стороне жизни? Как много игр, радости и непосредственности было в вашей семье, когда вы были ребенком? Был ли кто-нибудь из ваших родителей сильно подавлен, тревожен или обзавечен? Рассказывал ли кто-нибудь из ваших родителей о своих тревогах и опасениях, предсказывая все возможные проблемы, которые могут возникнуть? Став взрослым, много ли внимания вы уделяете тому, что может пойти не так? Много ли энергии вы тратите на планирование того, как избежать ситуаций, в которых не может быть гарантирован стопроцентный положительный исход?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
		Использует средства самоуспокоения (например, алкоголь, наркотики, переедание, беспорядочный секс, азартные игры), чтобы заблокировать депрессию.		
		<u>Инверсия:</u> Видит положительное в каждой ситуации; отрицает отрицательные чувства или страхи; Чрезмерно жизнерадостный и позитивный, игнорирующий негативные эмоции и сводящий к минимуму трудные жизненные обстоятельства; Берет на себя роль «эксперта», чтобы компенсировать скрытую неуверенность		
Подавление эмоций	<u>Дефицит:</u> Выражение уязвимости, эмоций и потребностей.	<u>Капитуляция:</u> Остается отстраненным, спокойным, эмоционально невыразитель-	<u>Совладание посредством капитуляции:</u> Уязвимый (подавленный) ребенок;	Когда вы были ребенком, ваши родители открыто выражали свои чувства, говорили о них? Поощряли ли вас родители/опекуны выражать ваши чувства? Как выражали гнев члены вашей семьи?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
	<u>Избыток:</u> Неодобрение/осуждение за выражение эмоций, особенно гнева	ным в отношениях. Контролирует и подавляет выражение эмоций, включая радость, спонтанность. <u>Избегание:</u> Избегает отношений и ситуаций, которые могут привести к открытому выражению эмоций. <u>Инверсия:</u> Пытается вписаться и действовать живо и общительно, но чувствует себя скованным и фальшивым	Уязвимый (испуганный) ребенок; Злой ребенок; Внутренний критик (Требовательный) <u>Избегающие режимы:</u> Отстраненный защитник; Отстраненный самоутешитель; *Избегаящий защитник; *Шушливый защитник <u>Инверсионные режимы:</u> *Клоун; Поиск внимания/одобрения *Гиперконтролер (неуязвимый)	Как члены вашей семьи выражают счастье, радость? Видят ли вас другие эмоционально напряженным во взрослом возрасте? Чувствуете ли вы себя смущенным, выражая привязанность? Трудно ли вам показывать эмоции другим?
Жесткие стандарты/придирчивость	<u>Дефицит:</u> Безусловное принятие, спонтанности, игры с работой/учебой. <u>Избыток:</u> Семейная культура давления для достижения успеха; акцент на работе;	<u>Капитуляция:</u> Стремится к совершенству; ставит работу выше здоровья и счастья; чрезмерно готовится с излишним вниманием к деталям, пытается достичь высоких стандартов. <u>Избегание:</u> Прокрастинация/уклонение в попытке избежать пристального рассмотрения со стороны коллег;	<u>Совладание посредством капитуляции:</u> Уязвимый (разочаровывающий) ребенок/ неуспевающий/терпящий неудачу ребенок; *Чрезмерно прилежный ребенок; Злой/* Урюмый/* Бунтующий ребенок; Импульсивный ребенок; Внутренний критик (Требовательный)	Какие советы о балансе между работой и личной жизнью вы получали от своих родителей, когда были ребенком? Насколько уравновешенными были ваши родители в своей жизни? Находили ли они время для веселья, наслаждения, спонтанности и игр? Как вы относились к людям, которые не соответствовали этим высоким стандартам (например, в учебе, спорте, внешности и т. д.)? Какое давление вы испытывали, чтобы хорошо учиться и получать хорошие оценки в школе? Ожидалось ли от вас, что по мере взросления вы будете стремиться к тому, чтобы вас приняли в определенную школу/университет? Став взрослым,

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
	<p>Избыток: К нему относятся несправедливо, обвиняют, когда что-то идет не так; с ним обращаются не так, как с братьями и сестрами; он становится жертвой, над ним издеваются</p>	<p>свидетельство того, что он несправедливо становится жертвой; Ожидает, что другие позаботятся о нем или все исправит. Избегание: Избегает отношений, близости, основанной на равенстве и доверии. Инверсия: Доминирование, контроль, манипулирование, нападение на других с целью дать ощущение власти и превосходства, чтобы другие не использовали вас / не обращались плохо. С другой стороны, наивно идеализирует других как справедливых и равных и не предпринимает адекватных шагов для собственной защиты</p>	<p>Избегающие режимы: Отстраненный защитник; Отстраненный самоутешитель; *Беспомощный капитулянт; *Жалующая себя жертва Инверсионные режимы: Агрессор, Хищник; *Неуязвимый/Идеализирующий гиперконтролер; *Манипулятор</p>	<p>к худшему? Кажется ли вам, что нет смысла питать большие надежды? С другой стороны, всегда ли вы думаете обо всех только самое лучшее и не предпринимаете мер предосторожности, даже когда другие это делают?</p>

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
<p>*Отсутствие целостной идентичности</p>	<p>Пересечение потребностей во всех сферах. Дефицит: Идентичность, основанная на межличностных связях, подходящих ролях; возможность почувствовать себя психологически укорененным и целостным</p>	<p>Капитуляция: Чувствует себя неспособным выразить собственные взгляды, суждения, ему не хватает самооценки. Близость поверхностна и лишена эмоциональной глубины. Избегание: Дереализация, диссоциация, деперсонализация, псевдоприпадки помогают избежать ощущения «распада» или фрагментации «я». Употребление наркотиков, алкоголя, азартных игр, беспорядочный секс. Инверсия: Цепляется за ложную определенность и предсказуемость, например, из-за созависимости и/или чрезмерного контроля над поведением (например, навязчивые ритуалы, беспорядочные приемы пищи); объективирует себя и других</p>	<p>Совладание посредством капитуляции: Уязвимый (сбитый с толку) ребенок; Сердитый ребенок Избегающие режимы: Отстраненный защитник (диссоциативный); Отстраненный самоутешитель Инверсионные режимы: Гиперконтролер; *Неуязвимый лицемер</p>	<p>В детстве вам не казалось, что трудно полагаться на поддержку других? Было ли у вас ощущение неуверенности, что ваши опекуны будут рядом с вами? Чувствовали ли вы, что ваша семья заботится о вас? Отмечала ли ваша семья особые события в вашей жизни, такие как дни рождения, выпускной и т. д.? Чувствовали ли вы себя по-настоящему понятыми на глубоком уровне семьей и друзьями? Много ли было потрясенный или перемен в вашем детстве, когда вы выросли? Когда вы росли, чувствовали ли вы себя частью более широкого сообщества, которое что-то значило для вас? Трудно ли вам было разобраться в том, что происходит в ваших отношениях и как ведут себя другие люди? Беспokoились ли вы о том, справитесь ли вы со всеми изменениями в вашей жизни? Беспokoило ли вас когда-нибудь, что что-то выходит из-под вашего контроля (например, жизненные обстоятельства, отношения, ваши чувства, ваше тело)? Цепляетесь ли вы, став взрослым, за определенные отношения или привычки, чтобы чувствовать себя в безопасности и контролировать ситуацию? Беспokoитесь ли вы о том, что все пойдет не так, как надо, если вы не будете держать все под жестким контролем? Беспokoитесь ли вы о том, как справитесь с неожиданными событиями в вашей жизни? У вас когда-нибудь возникало ощущение, что вы не знаете, кто вы, как будто ваша личность утрачена или как будто вы существуете только в виде отдельных частей (или частей тела)?</p>

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
*Отсутствие осмысленного мира	Пересечение потребностей во всех схемах. <u>Дефицит:</u> Возможности для развития значимых социальных связей, достижения значимых целей и устремлений	в попытке обрести осязаемую идентичность; притворяется, что обладает сильным чувством идентичности и уверенности в себе <u>Капитуляция:</u> Воспринимает жизнь как пустую, бессмысленную. Чувство оторванности от других людей и мира. <u>Избегание:</u> Дереализация, диссоциация, деперсонализация, псевдоприпадки помогают избежать ощущения пустоты, бессмысленности жизни; употребление наркотиков, алкоголя. <u>Инверсия:</u> Цепляется за псевдоконтроль и смысл, например, сосредоточиваясь на осязаемых жизненных	Совладание <u>посредством капитуляции:</u> Уязвимый (отрешенный) ребенок; Сердитый ребенок <u>Избегающие режимы:</u> Отстраненный защитник (диссоциативный); Отстраненный самоутешитель; *Покорный капитулянт <u>Инверсионные режимы:</u> *Полианна/*Притворщик	Какие ценности были важны для вашей семьи в детстве? Что было важнее в вашей семье: успех и статус или другие вещи? Что больше всего значило для ваших родителей, когда вы росли? Насколько сильно ваша семья проявляла интерес к опыту и страданиям других людей в мире, которые страдают (например, других людей, животных, природы)? Принадлежала ли ваша семья к церкви или какой-либо другой духовной группе? Нашло ли это отклик у вас? Смогли ли вы почувствовать себя частью этого сообщества? Сколько времени/энергии было потрачено на поддержку благотворительных организаций или других людей вне семьи? Много ли у вас было возможностей пообщаться с природой? Сколько времени вы проводили со своими родителями на свежем воздухе или на природе?

Ранние дезадаптивные схемы	Неудовлетворенные потребности	Межличностные проблемы (например, в отношениях)	Типичные режимы	Вопросы
		целях (например, накопление имущества, богатства, внешности, веса) и чрезмерно контролирующем поведении (например, навязчивые ритуалы, беспорядочные приемы пищи); Объективирует себя и других в попытке найти осязаемый смысл и целеустремленность; Притворяется, что обладает сильным чувством контроля и значимости		

* Предлагаемые дополнительные схемы/режимы и связанные с ними неудовлетворенные потребности основаны на недавних теоретических разработках Арнца и др. [13], Алберса и др. [33], Симпсон и Смита [34], и Эдвардса [35, 36].

Таблица 3.2. Общие ключевые проблемы при обработке схем, связанные с типичными моделями режимов

Заявленная проблемная зона	Потенциальный режим
Хроническая или острая тревога или паника	Уязвимый ребенок
Хроническая или острая депрессия	Уязвимый ребенок, Карающий (Родитель) критик, Отстраненный защитник
Низкая самооценка	Карающий (Родитель) критик
Дисрегуляция гнева	Сердитый ребенок
Агрессия	Сердитый ребенок, Агрессор
Проблема взаимоотношений — асертивность	Соответствующий режим капитуляции
Проблема взаимоотношений — контроль	Гиперконтролер, Самовозвеличиватель
Проблема в отношениях — отсутствие близости	Отстраненный защитник, Избегающий защитник
Беспокойство и руминация	Гиперконтролер, склонный к избыточному анализу
Перфекционизм	Перфекционист-гиперконтролер
Безнадежность	Беспомощный капитулянт, Избегающий защитник
Стресс/напряжение/выгорание	Перфекционист-гиперконтролер, Требовательный (Родитель) критик
Отстранение, избегание отношений и занятий	Избегающий защитник
Замкнутость, потеря мотивации и интереса, отсутствие связи с положительными эмоциями	Отстраненный защитник
Употребление алкоголя (или другое компульсивное или аддиктивное поведение)	Отстраненный самоутешитель, Импульсивный ребенок

В-третьих, четкий список проблем определяет цели терапии, по которым можно судить об эффективности терапии. Определить, была ли терапия эффективной, можно только исходя из ее целей и задач. В табл. 3.2 приведены основные проблемные области, которые обычно проявляются у хронич-

ческих и сложных клиентов, обращающихся за схема-терапией, а также категории схем и моделей, которые они обычно отражают. У большинства клиентов будет проявляться комбинация режимов в зависимости от индивидуальной концептуализации случая.

Диагностика в схема-терапии

В разных группах клиентов возникают разные трудности при диагностике. В ряде ситуаций клиент может быть недостаточно информирован, чтобы понять, в чем именно заключается проблема. В таких случаях постановка формального психиатрического диагноза (например, по DSM-5 или ICD-10) может помочь клиницисту получить информацию о тех областях, о которых клиенты с этим диагнозом, скорее всего, сообщают избыточно или недостаточно. Например, клиенты с пограничным расстройством личности часто дают подробное описание своих эмоциональных проблем, но нуждаются в более подробном руководстве по выявлению стратегий совладающего поведения, которые способствуют тому, что эмоциональные потребности остаются неудовлетворенными. И наоборот, клиенты с нарциссическим расстройством личности требуют от терапевта целенаправленных усилий, чтобы определить, в чем заключаются актуальные проблемы и каковы худшие опасения клиента, если его трудности останутся неизменными. При зависимостях и рас-

стройствах пищевого поведения основное внимание должно быть уделено выявлению глубинных страданий и неудовлетворенных эмоциональных потребностей, которые вызывают стремление к компульсивному избеганию. Кроме того, поскольку в исследования эффективности обычно отбираются клиенты, подходящие под определенные диагностические категории, выявление клиента, который также подходит под эти категории, дает терапевту больше уверенности в том, что конкретный терапевтический подход или формат терапии, скорее всего, будет успешным. С другой стороны, многие клиенты сталкиваются со значительной стигматизацией, связанной либо с получением конкретного диагноза, либо с самим процессом «диагностирования». Мы утверждаем, что хотя формирование диагностического впечатления может помочь схема-терапевту, конечная полезность этой меры будет зависеть от клиента и его опыта, связанного с диагнозом. Схема-терапию можно описать как трансдиагностическую модель, которая работает с общими процессами (например, самокритикой, эмоциональной отстраненностью, избеганием), а не с диагностическими категориями как таковыми; таким образом, схема-терапию можно применять к клиентам, которые не стремятся к диагностике, но могут определить значимые проблемные области в качестве фокуса для терапии. Во вставке 3.1 представлен обзор первичной диагностической сессии в схема-терапии.

Вставка 3.1. Краткое содержание первичной

диагностической сессии

Цели

- Установите терапевтическую связь.
- Исследуйте неудовлетворенные потребности, связанные с детским или подростковым опытом.
- Оцените степень выраженности схем и режимов с помощью наблюдения за невербальным поведением, содержанием речи и контрпереносом, а также основываясь на результатах опросника.
- Исследуйте способность клиента описывать свой внутренний мир, включая эмоции, мысли и интероцептивный опыт.
- Ищите закономерности в проявлении симптомов с течением времени.
- Разработайте гипотезы относительно доминирующих режимов клиента и динамики между режимами.
- Оцените силу режима Здорового взрослого клиента. Насколько сострадателен он к себе? В какой степени он способен брать на себя ответственность за свои решения и повседневную жизнь, регулировать свои эмоции?
- Оцените применимость схема-терапии.

Терапевтическая позиция

- Теплота, присутствие и сонастройка.
- Сострадательная позиция, основанная на настройке на клиента: насколько он сострадателен к себе? В какой степени он способен взять на себя ответственность за свои проблемы? Каков уровень

зрительного контакта?

Основные темы для изучения

- Текущие проблемы (история и текущее проявление).

- Начните изучение истории развития клиента, семьи и образования в детстве и подростковом возрасте в связи с актуальными трудностями, уделяя особое внимание нарушениям привязанности. Исследуйте отношения со значимыми взрослыми в детстве и в последующем периоде.

- Почему пациент хочет пройти терапию: причины (и страхи), побудившие его обратиться за помощью в данный момент.

- Предыдущий опыт терапии/лечения.

- Оценка риска (острое коморбидное расстройство или риск, требующий немедленной госпитализации?).

- Поинтересуйтесь личными целями терапии: над чем клиент хочет работать? Как вы узнаете, когда это будет достигнуто? Постарайтесь связать цели с конкретными изменениями в поведении.

- Попросите об обратной связи: в конце сессии уточните эмоциональную реакцию клиента на вас (терапевта) и на сессию в целом.

- Проясните свое (терапевта) понимание трудностей клиента на данный момент и попросите дать обратную связь с точки зрения того, соответствует ли это опыту клиента.

- Уточните, чего клиент может ожидать в течение периода диагностики и сколько времени это может

занять (то есть сколько сессий).

- Определите факторы, которые могут ограничить эффективность терапии или потребовать некоторой коррективы, такие как уровень интеллекта, острый психоз или нейроотличие (включая СДВГ, расстройства аутистического спектра).

- Дайте возможность рассказать о предыдущем опыте терапии.

- Дайте опросники и подготовьте литературу по теме в качестве домашнего задания.

- Начните процесс концептуализации и подбор наиболее подходящего формата терапии: краткосрочного; долгосрочного; группового/индивидуального?

Структура первичной диагностической сессии

Цели первичной диагностической сессии. Первая сессия может занять до 90 минут, ее цель – начать формирование терапевтической связи и одновременно получить предварительное представление о трудностях клиента. Мы предлагаем клиенту описать своими словами и с его точки зрения основные проблемы и причины, по которым он обратился за помощью. В процессе рассказа клиентом своей истории цель терапевта – углубить понимание проблем и определить, «что произошло» (или не произошло) в раннем возрасте клиента, что способствовало развитию его те-

кущих трудностей. Терапевт исследует, какие потребности, возможно, не были удовлетворены в течение жизни клиента. На протяжении всей работы терапевт оценивает степень, в которой клиент может описать свой внутренний опыт, включая эмоции, мысли и интероцептивные ощущения. На этой ранней стадии терапевт не дает корректирующих советов или предложений, поскольку клиент может воспринять это как обесценивание. Это особенно актуально для клиентов, чье детство характеризовалось обесцениванием или формальной поддержкой, общими советами и пустыми заверениями. Вместо этого терапевт фокусируется, насколько это возможно, на переживаниях клиента и эмоциональном присутствии и внимании. Наличие и степень выраженности схем и режимов оценивается с помощью обобщения информации, полученной из многочисленных источников, включая инструменты самонаблюдения, наблюдение за невербальным поведением, языком (содержанием), контрпереносом, сопоставления данных опросников и упражнений на воображение. В итоге эта информация будет отражена в концептуализации терапевтического случая или карте режимов, отражающей гипотезы о доминирующих режимах клиента и динамике между режимами.

Первая сессия

Терапевтическая позиция: эмоциональное присутствие и совместная регуляция. Пока клиент рассказывает свою историю, схема-терапевт старается эмоционально при-

существовать и поддерживать клиента, насколько это возможно.

Эмоциональное присутствие требует, чтобы терапевт находился в сосредоточенном состоянии, осознавая свои собственные переживания, чтобы он мог «быть с клиентом», не будучи затопленным своими собственными – или клиента – эмоциональными реакциями. Дэн Сигел использует аббревиатуру ЛОПЛ для описания составляющих эмоционального присутствия: любопытство, открытость, принятие и любовь [1]. Терапевт является надежным слушателем всего, что клиенту нужно выразить. Терапевт остается «с клиентом», когда тот переживает все, что он испытывает, включая то, что часто кажется эмоциональным затоплением. Вместо того чтобы давать советы на этой ранней стадии, схема-терапевт стремится к тому, чтобы клиент с самой первой сессии почувствовал себя настроенным на удовлетворение своих потребностей. Чтобы настроиться на клиента, терапевт должен быть готов испытать чувство уязвимости, чтобы его эмоции вошли в резонанс с переживаниями клиента. В схема-терапии сонастройка – это не просто выслушивание и обобщение/перефразирование с целью показать, что мы понимаем, – это глубокое слушание и демонстрация того, что нам действительно небезразличны внутренние реакции и переживания клиента; мы хотим, чтобы клиент ощутил, что его чувствуют и видят. Как можно чаще терапевт должен замедлять интервью, например: «Я действительно хочу это по-

нять... можем мы немного притормозить, расскажите, что за опыт это был для вас?» Терапевт излучает теплоту, во взгляде и тоне голоса проявляются сочувствие и забота. Терапевт стремится частично воссоздать отношения связи матери и младенца – «стабильную основу», обеспечивающую эмоциональную совместную регуляцию для клиента, когда он осознает и описывает сложные психологические переживания (см. главу 6 «Стратегии исцеления схем (часть 1): ограниченное родительство»). Терапевтические отношения обеспечивают достаточную эмоциональную безопасность, чтобы клиент мог выходить в мир и продолжать свое эмоциональное развитие, учась выражать себя и устанавливая подлинные связи с другими людьми. Эмоциональная регуляция и стабильность обеспечиваются и усваиваются в процессе исследования и выражения клиентом своих эмоций в присутствии терапевта, который остается внимательным, спокойным и заботливым, а не в процессе обучения клиента навыкам регуляции. Подобно тому как ребенок учится регулировать свои эмоции в успокаивающем, внимательном присутствии родителя, наши клиенты могут научиться регулировать себя через подобный процесс (ограниченное родительство).

Связь прошлого и настоящего. Терапевт предварительно предполагает связь между текущими трудностями и ранним опытом, проверяя, насколько его гипотезы находят отклик у клиента. Этот процесс иллюстрируется во вставке 3.2.

Вставка 3.2. Пример из практики: установление связи между прошлым и настоящим в ходе диагностики

Мириам рассказала, что каждый раз, когда ее партнер опаздывал или не мог ответить на ее звонки, она испытывала сильную тревогу. В детстве ее мать часто угрожала Мириам, что она бросит ее, говоря ей, что она никогда не хотела детей, не хотела появления Мириам на свет и что та была для нее обузой. Когда Мириам рассказывала терапевту о панике, которая привела к ссоре с партнером на прошлой неделе, у терапевта родилась гипотеза.

Терапевт. Когда вы рассказываете о своей истории романтических отношений, какая-то часть внутри меня задается вопросом, может ли это быть связано с вашим детским опытом, когда ваша мама приходила и уходила, оставляя вас чувствовать себя одинокой и испуганной? И вот, когда ваш партнер опаздывает домой с работы, вы мысленно возвращаетесь в состояние маленькой девочки, чья мать угрожает ее бросить. Возможно, я слишком забегаю вперед, но когда вы описывали интенсивность чувства паники, которое вы испытывали, у меня возникла эта ассоциация... Насколько вы готовы с этим согласиться?

Исследование копинговых стратегий клиента. Расспрашивая клиента о его симптомах, импульсивном поведении и стратегиях совладания, мы должны определить, как они возникли в его детстве и как они связаны с лежащими в

их основе схемами и режимами. Поведенческие паттерны и симптомы, обусловленные схемами и режимами, часто проявляются по-разному на протяжении жизни, поэтому терапевт не должен считать, что текущие стратегии совладания исчерпывают весь репертуар клиента, – важно спрашивать о способах преодоления трудностей и в другие периоды его жизни. Во вставке 3.3 приведены вопросы для диагностики стратегий совладания.

Мы также можем поинтересоваться, как другие члены семьи и друзья воспринимают проблемы клиента и какие советы он от них получает. Кроме того, мы должны выяснить, какое профессиональное лечение (если таковое имело место) он получал в прошлом и насколько оно было полезным.

Вставка 3.3. Пример из практики: исследование стратегий совладания на протяжении жизни клиента

Терапевт. Итак, похоже, что азартные игры – это один из способов, с помощью которого вы научились справляться с трудностями. Когда и как этот паттерн появился в вашей жизни? Сколько вам было лет, когда это началось? А как насчет более раннего периода вашей жизни, были ли в детстве какие-либо привычки отвлекаться как способ избежать трудных эмоций?

Распознавание и осмысление телесного опыта. По мере исследования опыта клиента важно также понять его опыт телесных ощущений – его interoцептивное чувство,

связанное со схемами и режимами. К клинически значимым ощущениям могут относиться запахи, вкусовые ощущения, мышечное напряжение, «тяжесть», усталость, перепады температуры, тошнота или возбуждение. Мы можем спросить: «Когда сейчас вы описываете это событие, что вы замечаете в своем теле?» Ответы могут указывать на телесные переживания, связанные с режимами. Для клиентов, у которых мало опыта в обозначении своих эмоций или его вообще нет, это помогает развить эмоциональную грамотность; терапевт помогает клиенту разобраться в своих ощущениях, предлагая эмоциональные обозначения, которые, скорее всего, соответствуют его опыту. По словам Дэна Сигела [2], «назови это, чтобы приручить» относится к понятию, согласно которому выражение эмоций словами улучшает понимание эмоций и уменьшает их подавляющее воздействие. Во вставке 3.4 показано, как клиницист может помочь клиентам обозначить свои эмоции.

Вставка 3.4. Клинический пример выявления и маркировки эмоций во время диагностики

Клиентка. Ну... Я замечаю, что мое сердце учащенно бьется, а грудная клетка напряжена, как будто я не могу отдышаться. У меня перехватывает горло. Перед глазами все расплывается.

Терапевт. Не могли бы вы попробовать закрыть глаза, сосредоточиться на этих ощущениях и просто обратить внимание на первое возникающее изображение или слово? Интересно, может ли это быть

чувство тревоги... оно находит у вас отклик? Или это может быть страх или беспокойство? Или есть другое подходящее слово еще лучше? Или, наоборот, некоторым людям проще использовать цвета... Если бы у этих ощущений был цвет, какой бы он был?

Оцените силу здорового взрослого «я» клиента.

С первой сессии мы начинаем оценивать силу Здорового взрослого «я» клиента. Способности Здорового взрослого включают в себя способность проявлять сострадание к собственной уязвимости и страданиям, а также заботиться о себе. Многие клиенты имеют высокофункциональные способы совладания, которые маскируют тот факт, что на самом деле их режим Здорового взрослого очень слабо развит, – то, что ДПТ-терапевты называют «кажущейся компетентностью» [3]. Отстраненный защитник, Гиперконтролер, Самовозвеличиватель и Покорный капитулянт могут внешне выполнять функции Здорового взрослого, но под ними скрывается очень мало самосострадания. Лакмусовой бумажкой для определения силы сострадания Здорового взрослого является упражнение «Ребенок на улице» [4], в котором клиента просят представить себя подходящим к ребенку, которого он увидел плачущим на улице. По мере приближения к ребенку он отмечает свои реакции, эмоции и побуждения. Затем ему дают понять, что ребенок – это его собственный внутренний Уязвимый ребенок. Клиента просят обратить внимание на то, остаются ли его реакции прежними или

меняются, когда он осознает, что ребенок – это он сам.

Обсудите предыдущие терапевтические отношения. Предоставление клиенту возможности поговорить и/или пожаловаться на предыдущих терапевтов также важно на этапе диагностики, которая может дать некоторое представление о триггерах схем клиента (например, повышенная чувствительность к чувству непонимания, обесценивания). Это может помочь терапевту предвидеть потенциальные терапевтические разрывы, связанные с активацией схем клиента. Например, клиенты с ПРЛ могли выработать привычку смотреть на терапевта как на «спасателя» в начале отношений, а затем почувствовать себя брошенными, когда он оказался вне доступа из-за болезни или длительного отпуска. Мириам рассказала о нескольких предыдущих терапевтах, которые прекращали терапию раньше, чем она была «готова» ее завершить. Она умоляла их продолжить с ней работу и злилась, когда терапия заканчивалась. Она также рассказала, что чувствовала тревогу, когда терапевты уезжали в отпуск, и пыталась нанять нескольких терапевтов, чтобы они поддерживали ее все сразу. Это было явным признаком, что в терапевтической обстановке активизировалась ее схема Покинутости, и давало сигнал схема-терапевту с самого начала сосредоточиться на влиянии этой схемы на терапию.

Опросники. Опросники можно раздать в конце первой сессии. Однако в случае клиентов, у которых сильно выражены гиперкомпенсаторные режимы, стоит либо подождать с

заполнением опросников, либо попросить заполнить их снова через 8–10 недель терапии, когда клиент проявит некоторую уязвимость и страдания, скрывающиеся за его привычными способами совладания. Список предлагаемых опросников приведен в *разделе «Опросники для схема-терапии»*.

Логистические вопросы. На первой сессии проясняются важные аспекты терапевтических отношений, в том числе длительность терапии (продолжительность сессий), условия оплаты (если требуется) и политика отмены, а также подписывается контракт об информированном согласии. Клиенту предлагается задать все интересующие его вопросы по терапевтическому контракту. Разъяснение предполагаемой продолжительности, фаз и формата терапии постепенно вводится к концу периода диагностики, когда терапевт разработает четкую концептуализацию случая и план терапии.

Концептуализация режимов на основе информации о процессе взаимодействия и контрпереноса. В зависимости от того, какие из режимов клиента активны или находятся на «переднем плане» в ходе диагностической сессии, терапевту необходимо соответствующим образом скорректировать содержание интервью. Например, клиент с избегающим (например, режим Отстраненного защитника) или гиперкомпенсаторным (Самовозвеличиватель, Гиперконтролер) стилем отношений с окружающими может обсуждать историю жестокого обращения или пренебрежения в отстраненной манере, когда его эмоциональная реак-

ция становится не связанной с его повествованием. Он может не придавать значения ранним привязанностям или потерям или описывать свое детство как «прекрасное» или «замечательное». Человек может даже идеализировать свое детство или минимизировать влияние ранних неудовлетворенных потребностей, не будучи в состоянии передать баланс позитивных и негативных переживаний. Терапевт также может заметить свою собственную реакцию контрпереноса в форме отстраненности или незаинтересованности по отношению к клиенту, в отличие от своего обычного отношения заинтересованности и эмпатии. Клиент в режиме Гиперконтролера может описывать свои переживания слишком подробно, фокусируясь на фактах событий, но игнорируя их эмоциональное воздействие. Реакцией контрпереноса со стороны терапевта может быть скука, разочарование или чувство бессилия. Клиент в режиме Покорного капитулянта может также минимизировать влияние событий детства, больше фокусируясь на потребностях других людей и негативном влиянии, которое он оказал на других, не оправдав их ожиданий или стремлений. В режиме капитуляции клиент может больше ориентироваться на потребности терапевта, говоря ему то, что, по его мнению, тот хочет услышать. Контрперенос вначале может включать позитивное чувство, связанное с ощущением того, что «мы на одной волне», а затем чувство застревания, когда терапевт замечает, что клиент «на словах» принимает участие в процессе, но не со-

единяется со своим Уязвимым ребенком. Терапевту необходимо оставаться настроенным на самораскрытие и поведение клиента во время сессии и руководствоваться постоянными вопросами: «В каком режиме это может происходить?» Во всех этих примерах копинговые режимы находятся на «переднем плане», доминируя в сознательном видении мира клиентом, в то время как его детские режимы, скорее всего, находятся «на заднем плане», то есть информация, касающаяся его эмоционального опыта, менее доступна. Это дает терапевту информацию о том, насколько необходимы стратегии обхода копинговых режимов, чтобы добраться до скрытых детских режимов.

Оценка готовности клиента к схема-терапии. Важным компонентом диагностики схема-терапии является оценка готовности клиента к началу терапевтической работы. Многие клиенты переживают регулярные кризисы как основную часть своих трудностей с психическим здоровьем. Это не мешает им обращаться к терапии; более того, значительный период терапевтической работы будет посвящен эмоциональному сближению и стабилизации. Однако если нестабильность настолько велика, что клиент не может регулярно посещать сессии, ему может потребоваться подготовительная практическая поддержка или стабилизация перед началом схематической терапии. Клиентам с острыми коморбидными расстройствами, такими как тяжелая депрессия, злоупотребление психоактивными веществами, острый

психоз и расстройства пищевого поведения, может потребоваться госпитализация для достижения достаточной стабильности, чтобы они могли начать курс амбулаторной схема-терапии. Необходимо также оценить риск, связанный с острой склонностью к суициду, уделив особое внимание ресурсам преодоления. В схема-терапии анализ ситуаций, провоцирующих мысли о самоубийстве или самоповреждении, особенно ценен для выяснения неудовлетворенных эмоциональных потребностей и связанных с ними режимов. Например, многие клиенты, испытывающие длительные трудности, сообщают о хронических суицидальных мыслях, которые могут представлять собой навязчивое воспроизведение внутренних представлений о неполноценности и наказуемости. В качестве альтернативы одной или нескольким функциям совладания может служить самоубийство или самоповреждение (например, избавление от стресса). Схема-терапевт должен изучить и сформулировать связи между схемами, режимами, склонностью к суициду и связанным с ними риском. Какие режимы могут быть причиной риска? Какие режимы хотят, чтобы клиент причинил себе вред? Это ценная информация для оценки риска, которая определит степень необходимости подключения терапии дополнительных служб поддержки психического здоровья, а также необходимость госпитализации и стабилизации состояния до начала терапии (например, в случае тяжелой депрессии и/или склонности к суициду). Другие терапевтические подходы

(например, диалектическая поведенческая терапия, терапия принятия и ответственности) также могут быть интегрированы в процесс на начальном этапе терапии для усиления совладания и снижения риска [5] в рамках подготовки к проведению схема-терапии.

Завершение первой сессии. В конце первой сессии полезно спросить клиента о его впечатлениях от сессии и о том, были ли какие-то аспекты, которые заставили его чувствовать себя некомфортно. Например, клиент с историей отвержения или покинутости может быть очень чувствительным к отвержению и нуждаться в большем, чем обычно, заверении о готовности терапевта оказывать постоянную помощь. Другой клиент с сильной схемой недоверия/жестокости обращения может с большей вероятностью воспринимать теплоту и эмпатию с подозрением и реагировать на них с презрением или цинизмом. Такая «проверка» позволяет терапевту ответить на любые вопросы или беспокойство, которые могут возникнуть у клиента в конце сессии, продемонстрировать любопытство к внутреннему опыту клиента здесь и сейчас и еще больше укрепить терапевтическое взаимопонимание через валидацию и сонастройку.

Комплексная диагностика в схема-терапии (сессии 2–8)

По мере продолжения диагностики после первых 1–3 сес-

сий и терапевт и клиент смогут лучше понять, будут ли они работать вместе в долгосрочной перспективе. Если они продолжают работать вместе, диагностика продолжается до тех пор, пока из интервью, опросников и терапевтических отношений не будет собрано достаточно информации (информация о процессе взаимодействия с клиентом и реакции контрпереноса со стороны терапевта), чтобы разработать предварительную концептуализацию случая и карту режимов. В этом разделе описаны все области, которые клиницист должен включить в фазу диагностики, чтобы иметь возможность составить и в конечном итоге представить клиенту концептуализацию случая (см. главу 4 «Концептуализация случая и составление карты режимов в схема-терапии»).

Оценка темперамента. Терапевт должен расспросить клиента о его темпераменте (как в младенчестве, так и сейчас), чтобы помочь понять несоответствие между врожденной предрасположенностью и стилем воспитания, которое привело к неудовлетворенным потребностям в детстве и, в свою очередь, к формированию схем. Темперамент, по-видимому, влияет как на выбор стратегии совладания [6, 7], так и на эмоциональную чувствительность и интенсивность [8]. Последние данные свидетельствуют, что не менее 25 % населения могут обладать высокочувствительным темпераментом, который, в свою очередь, повышает реактивность на тип родительского воспитания [8, 9]. Такие клиенты, по-видимому, не испытывают проблем в условиях заботливого

воспитания, но более подвержены трудностям, когда сталкиваются в детстве с неадекватными или неблагоприятными обстоятельствами.

Читатель может ознакомиться с обширными исследованиями роли темперамента в развитии личности, включая работы Ротбарта и коллег [10] и Клонингера и коллег [11]. Янг, Клоско и Вайшаар предложили следующие критерии [7] в качестве руководства для оценки темперамента клиента:

- экстраверсия – интроверсия,
- лабильный – нереактивный,
- дистимичный – оптимистичный,
- тревожный – спокойный,
- обсессивный/перфекционист – отвлекающийся,
- пассивный – агрессивный,
- раздражительный – жизнерадостный,
- застенчивый – общительный.

Оценка истории жизни. Комплексная оценка истории жизни позволяет выявить взаимосвязь между темпераментом клиента и неудовлетворенными детскими эмоциональными потребностями, которые способствовали развитию схем и режимов. Мы предлагаем исследовать восемь основных областей неудовлетворенных потребностей:

Надежная привязанность и связь с другими людьми
– дети нуждаются в защите со стороны надежного и безопасного взрослого, на которого они могут положиться. Детям нужна возможность общаться и

делиться своими эмоциями, переживаниями и мыслями с другими людьми. В раннем развитии дети нуждаются в гармоничном общении, чтобы уметь регулировать свои эмоции [12].

Свобода самовыражения – детям нужна свобода выражать свои эмоции и взгляды без угрозы наказания или сдерживания.

Игра и спонтанность – детям нужна возможность играть, веселиться и быть спонтанными, чтобы развивать чувство связи и способность к радости.

Автономия – детям нужна спокойная, безопасная среда, в которой они могут познавать мир, открывать свои возможности, развивать уверенность в себе и самоэффективность.

Реалистичные ограничения – детям нужна поддержка, чтобы развить понимание социальных правил, что позволит им жить в гармонии с другими людьми, и руководство, чтобы научиться справляться с разочарованием.

Самосогласованность и осмысленный мир [13] – здоровый человек знает, кто он такой; у него есть внутреннее ощущение, что часть его самого непротиворечива и стабильна в различных настроениях и ситуациях, и он чувствует себя защищенным и связанным с другими. Здоровый человек знает, что для него ценно, и живет осмысленной жизнью в соответствии со своими ценностями. Он осознает свое существование как в качестве отдельного и «целостного» человека, так и в качестве существа,

неразрывно связанного со всеми живыми существами. У него есть чувство цели, которая включает в себя человека, но выходит за его пределы. Он испытывает чувство самоопределения и способность жить жизнью, которая приносит ему радость, гармонию и предназначение. Детям необходима поддержка для развития чувства собственного достоинства и идентичности, чтобы они могли позитивно относиться к себе и развивать самооценку.

Физическая защита и безопасность – дети нуждаются в защите от физического вреда, неуверенности и боли. Дети должны чувствовать себя уверенными в том, что они и их близкие люди защищены от физического вреда или травм, болезней, жестокого обращения и финансового краха.

Связь с природой – люди процветают, когда чувствуют связь с природой и всеми живыми существами [14]. Способность ощущать взаимосвязь со всеми аспектами Вселенной, Земли и природы является важнейшим источником благополучия и внутренней гармонии [15, 16].

Степень удовлетворения вышеупомянутых потребностей в жизни клиента определяет, какие схемы и режимы, скорее всего, будут развиваться. Факт наличия физического, сексуального и эмоционального насилия в детстве является важной областью исследования при проведении диагностики в рамках схема-терапии [17]. В случае эмоционального, физического и сексуального насилия терапевт рассмат-

ривает данный опыт как нечто, что не должно было происходить, но произошло в детстве человека. Однако гораздо чаще клиенты страдают от эмоционального пренебрежения. В этом случае терапевт ищет компоненты, которые должны были быть у клиента в рамках здорового воспитания, но были упущены: отсутствие удовлетворения детских потребностей. Очень многие люди в детстве растут «незамеченными», не имея адекватного опыта эмоциональной доступности со стороны родителей или семьи, настроенности, теплоты, открытой привязанности, заботы, эмпатии, руководства и ощущения, что ребенком дорожат. В таких случаях исследование истории жизни клиента должно быть более тонким, с более широким использованием гипотетических вопросов. С целью выявления паттернов межличностного взаимодействия и РДС, которые передаются из поколения в поколение, могут быть использованы межпоколенческие социограммы или генограммы [18]. Сюда также можно отнести социальные проблемы и травмы, связанные с дискриминацией и историческими злодеяниями на почве расы и сексуальности. Культурные факторы и межпоколенческие паттерны должны изучаться наряду с внутрисемейными паттернами, включая отношение семьи к физическим прикосновениям, выражению эмоций, гендерным ролям, объективации тела и т. д. Вопрос о неудовлетворенных детских потребностях родителей, бабушек и дедушек также может стать полезной отправной точкой, прежде чем перейти к изучению того, как стиль вос-

питания родителей клиента совпадал или отличался от стиля воспитания их бабушек и дедушек. Например: «Что вы знаете о детстве вашей мамы? О каких трудных и хороших событиях вы знаете? Можете ли вы расспросить ее об этом подробнее? Интересно, воспитывала ли она вас так же, как воспитывали ее, или пыталась делать что-то по-другому? Если были улучшения, то в чем они заключались? Какие моменты воспитания могли быть для нее сложными из-за ее собственного детства? Другие вопросы для диагностики, связанные с конкретными схемами, см. в табл. 3.1.

Как правило, если клиент может описать свое детство в последовательной, сбалансированной форме, включающей как позитивные, так и негативные аспекты своего опыта и он способен описать неоднократные случаи удовлетворения определенной потребности – без необходимости идеализировать или минимизировать влияние своего опыта, терапевт может предположить, что эта потребность была адекватно удовлетворена.

В приложении к этой главе вы найдете более подробные предложения по вопросам, которые мы сочли полезными, чтобы помочь терапевту исследовать актуальность каждой из этих потребностей. Они не являются исчерпывающими и не должны использоваться в качестве «чек-листа», но предлагают ориентиры для вопросов, которые часто помогают исследовать детский опыт клиента через призму теории привязанности и базовых потребностей.

Применение опросников. Терапевты, работающие со схемами, сильно отличаются друг от друга в том, как они используют опросники. В большинстве случаев опросники выдаются клиентам для заполнения в качестве домашнего задания между сессиями. Однако при работе с клиентами с высоким уровнем травмы или диссоциации, а также с теми, у кого легко возникает эмоциональная активация, может быть полезно заполнять опросники во время сессии, чтобы постараться удержаться в пределах «окна толерантности» (зоны возбуждения, оптимальной для получения, обработки и интеграции информации) [19] во время их заполнения.

Опросник схем Янга (YSQ-L3 (Young & Brown, 2003) [20]; YSQ-S3 (Young, 2005) [21], YSQ-R [22]) измеряет 18 РДС⁶ по 6-балльной шкале Лайкерта, которая варьирует от 1 балла («совершенно не соответствует мне») до 6 баллов («описывает меня идеально»). Для клинического применения Янг рекомендовал обращать внимание на пункты с высоким рейтингом (то есть 5 или 6) и интерпретировать как клинически значимые любые РДС, для которых 3 пункта с высоким рейтингом были одобрены в полной версии (YSQ-L3) или 2 пункта были одобрены в короткой версии (YSQ-S3). YSQ-S3 был подтвержден как на уровне сообщества, так и на клинических выборках [23]. Внутренняя согласованность и альфа-надежность Кронбаха были

⁶ 21 РДС в YSQ-R. – *Примеч. науч. ред.*

$>0,70$ для 17 РДС, кроме схемы Привилегированности/грандиозности. Валидационное исследование группы авторов (Бах, Симонсен, Кристофферсен и Кристон,) [24] показало, что все 18 РДС имеют значение альфа Кронбаха $>0,70$. Было также обнаружено, что подшкалы YSQ-S3 значимо связаны с личностными расстройствами. Клиенты с выраженной склонностью к гиперкомпенсации могут получить искусственно низкие баллы по основным РДС в домене нарушения связи и отвержения. В этом случае следует рассмотреть возможность использования других показателей, таких как Опросник родительских стилей Янга [25] или Опросник родительских стилей Янга, пересмотренный [26]. Недавно Ялчин, Маре, Ли и Коррейя использовали анализ теории реакции для создания новой короткой версии YSQ-R, содержащей только пункты с наилучшими психометрическими характеристиками. Этот анализ также привел к переосмыслению схемы Подавления эмоций, представляющей теперь два отдельных аспекта – эмоциональная скованность и страх потери контроля над эмоциями, а схемы Пунитивности— как имеющей отдельные аспекты направленности на себя и направленности на других. Опросник YSQ-R и шкала доступны на сайте журнала [22].

Опросник родительских стилей Янга, пересмотренный (YPI-R2; Louis, Wood & Lockwood, 2018) [25] оценивает воспринимаемое негативное родительское поведение. YPI-R2 –

это опросник из 36 пунктов, измеряющий стили родительского воспитания, а именно: соревновательность и стремление к высокому статусу; унижение и отвержение; эмоциональное подавление и лишение; чрезмерная защита и чрезмерное потворство; карательность; контроль. Баллы по подшкалам рассчитываются как средние баллы, при этом более высокие баллы указывают на более сильное восприятие негативного родительского отношения. Было показано, что опросник YPI-R является надежным и подтвержденным показателем воспринимаемого родительского воспитания [26].

Опросник режимов (SMI V1.1; Young et al., 2007) [27] представляет собой самоотчет, состоящий из 124 пунктов и предназначенный для оценки выраженности 14 режимов, включающих 5 дисфункциональных копинговых режимов, а именно: Покорный капитулянт, Отстраненный самоутешитель, Отстраненный защитник, Агрессор и Самовозвеличиватель. Для оценки каждого пункта используется 6-балльная шкала Лайкерта в диапазоне от 1 («никогда или почти никогда») до 6 («постоянно»). Общий балл для каждого режима схемы рассчитывается как сумма баллов по каждой шкале, которая затем делится на количество пунктов этой шкалы. Чем выше рассчитанный балл режима схемы, тем более выражен этот режим.

Опросник позитивных схем (PSQ; Louis, Wood, & Lockwood, 2018) [28] представляет

собой самоотчет, состоящий из 56 пунктов, оцениваемых по 6-балльной шкале Лайкерта в диапазоне от 1 (никогда или почти никогда) до 6 (все время). Этот опросник был разработан для диагностики ранних адаптивных схем, связанных с 14 темами: Эмоциональная наполненность; Успешность; Способность эмпатически учитывать позицию других людей; Базовое здоровье и безопасность/оптимизм; Эмоциональная открытость и спонтанность; Самосострадание; Здоровые границы/развитое «я»; Социальная принадлежность; Здоровый самоконтроль/самодисциплина; Реалистичные ожидания; Самостоятельность; Здоровый интерес к себе /забота о себе; Стабильная привязанность; Здоровая способность полагаться на себя/компетентность. Было обнаружено, что эта шкала обладает хорошей факторной подтвержденностью, межкультурной стабильностью и превосходной надежностью [27].

Чек-лист жизненных событий (LEC-5; Weathers et al., 2013) [29]. Когда клиенты рассказывают о травме на этапе диагностики, обнаруживается, что некоторые из них действуют по принципу «не спрашивают – не говори». В случае таких клиентов может пройти много сессий, прежде чем клиент расскажет о травме, если вы не спросите о ней напрямую. Мы обнаружили, что чек-лист жизненных событий для DSM-5 (LEC-5) является полезным самоотчетом для выявления потенциальных травматических событий в течение всей

жизни респондента. ЛЕС-5 оценивает воздействие 16 событий, которые, как известно, обычно предсказывают последующее ПТСР или дистресс, и включает дополнительный открытый вопрос, предназначенный для выявления событий, не включенных в контрольный список. Формального протокола диагностики или интерпретации как таковой не существует. При проведении диагностики в рамках схема-терапии контрольный список позволяет выявить потенциально травмирующие инциденты, за которыми следует проследить. Особенно важно выяснить влияние этих событий как на текущее функционирование клиента, так и на его детское развитие, если какие-то из них произошли в детстве.

Показатели опросника могут быть совместно изучены в форме гистограмм, что позволит терапевту сосредоточиться на том, какие схемы или режимы относительно высоки, а какие неожиданно низки. В качестве альтернативы опросники можно использовать более качественно, исследуя по очереди каждую из основных схем клиента с точки зрения соответствующего детского и подросткового опыта (и неудовлетворенных потребностей), а также текущих паттернов, которые развились на их основе. Для изучения схем и связанных с ними неудовлетворенных потребностей можно использовать опросник YSQ. Когда терапевт дает обратную связь по поводу баллов опросника, клиента можно попросить привести примеры из различных периодов его жизни. Терапевт может

принять решение сосредоточиться на схемах с самыми высокими показателями по опроснику или же, в случае индивида, у которого низкие баллы по всем схемам, более плодотворным может оказаться сосредоточение на схемах, по которым баллы относительно высоки. В случае клиентов, которые сообщают только о вторичных/компенсаторных схемах, терапевт может принять решение исследовать те аспекты жизни, о которых клиент избегает говорить, с тем, чтобы выявить основные схемы. Например, клиент может подтвердить высокий уровень схем Жестких стандартов и Самопожертвования по опроснику YSQ, но основные схемы кажутся несущественными. Однако терапевт отмечает, что клиент пришел на терапию из-за неудовлетворенности в браке, а также из-за давнего паттерна вступления в отношения с эмоционально недоступными партнерами, поэтому исследует возможность наличия схемы Эмоциональной депривации, которая скрыта за мощными копингами. Если ответы клиента были продиктованы сильно избегающим или сверхкомпенсаторным режимом, следует вернуться к ним на более позднем этапе терапии, когда режимы копинга будут преодолены и клиент сможет заполнить опросники с более реалистичной точки зрения. Режимы могут также возникать в процессе обратной связи терапевта по результатам заполнения опросников, в том, как человек описывает события и связанные с ними неудовлетворенные потребности. Например, человек с сильным режимом Отстраненного защитника может сказать что-

то вроде: «Это все в прошлом, теперь я с этим покончил, я с этим разобрался и не вижу смысла заикливаться на этом». Все ответы предоставляют данные, которые могут помочь терапевту разобраться с представлением клиента и послужить основой для концептуализации режима. Терапевт также может поинтересоваться, как клиент воспринял процесс заполнения опросников, чтобы исследовать роль схем и режимов. Исследование как схем, так и режимов может обогатить концептуализацию случая, уточнив понимание того, как схемы и режимы работают в различных обстоятельствах, и разновидности режимов, основанных на базовых схемах, неудовлетворенных потребностях, типичных триггерах и эмоциональных ощущениях. Примеры различных «основных эмоциональных оттенков» режима Уязвимого ребенка описаны в табл. 3.3.

Использование воображения в диагностике. Диагностические упражнения в воображении – мощная техника для выявления связей между текущими проблемами, поведением, позволяющим справиться с ситуацией, ранним опытом неудовлетворенных детских потребностей и истоками РДС. Многие сложные клиенты с хроническими проблемами не могут рассказать о деталях переживаний, связанных со схемой (например, о конкретных триггерах, чувствах, телесных ощущениях, смысловых аспектах), во время обычного интервью. В таких случаях для активации схемы в ходе сессии можно использовать образы, которые имеют силь-

ную связь с эмоциональной памятью [30], чтобы сделать доступнее ее содержание. Диагностика в воображении помогает терапевту и клиенту развить более глубокое, эмпирическое понимание схемы. Существует два основных типа стратегий для проведения диагностики в воображении:

1. *Воспоминание о недавнем событии* – терапевт просит клиента вспомнить недавний эпизод возникновения проблемы, но не просто обсуждать его, а закрыть глаза и заново пережить, передавая опыт так, как если бы он сам присутствовал при этом. Хотя основная цель упражнения – помочь выявить взаимосвязи между проблемой и стратегией совладания, работа в воображении – также хороший показатель способности клиента управлять эмоциями. Если клиент испытывает определенные трудности с регулированием эмоций во время работы с воспоминаниями о недавних событиях, вряд ли он будет готов к переработке образов из прошлого, особенно детских образов, которые, как правило, подавляются сильнее.

2. *Воссоздание события из прошлого через «мост аффекта»* – если клиенты могут работать с недавними образами, можно использовать эту технику, чтобы установить связь между недавними событиями, во время которых были активированы схемы, и событиями, во время которых эти схемы формировались. Упражнение начинается с того, что клиента просят представить текущую провоцирующую ситуацию (например, спор с членом семьи или конфликт на работе),

отслеживая возникающие мысли, эмоции и телесные ощущения. Затем клиент фокусируется на доминирующей эмоции (аффекте), чтобы вызвать детские воспоминания («создать мост»), связанные с похожими переживаниями. Этот процесс представлен во вставке 3.5.

Таблица 3.3. Диагностика и идентификация режимов

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведение и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
Режимы ребенка						
Уязвимый ребенок	Описывает и выражает эмоции в аутентичной манере	Интонация и поза указывают на уязвимость, печаль, тревогу, подавленность. Может быть похож на ребенка, боится быть покинутым, плачет	Повышенная активность в верхней части грудной клетки, изменения в дыхании и частоте сердечных сокращений. Снижение активности конечностей	Сострадание, эмпатия, связь. Терапевт может «чувствовать» эмоции клиента во время сессии. (Это может активировать схему эмоционального подавления у терапевта, приводя к отстраненности.)	Общаться, делиться своими чувствами и переживаниями	Терапевт остается слишком сосредоточенным на когнитивных аспектах и не проявляет эмоционального присутствия. Ограниченное родительство носит слишком общий характер и не соответствует неудовлетворенным потребностям клиента
Сердитый ребенок	По-детски выплескивает свой гнев, чтобы показать другим, сколько боли они причинили.	Выражение лица — явно или пассивно сердитое. Открыто: хлопает дверьми, кричит, швыряет вещи. Тайно:	Ощущения приближения/агрессии в области головы, верхних конечностей и туловища	Тревога, защитные реакции (могут активировать у терапевта схемы) Подчинения,	Показать другим, какую боль они причинили, разыгрывая или наказывая их	Терапевт занимает оборонительную позицию и ищет оправдания. Терапевт злит на клиента и отвечает тем же.

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведение и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
	Обвиняет терапевта или других людей. «Я ненавижу вас! Это несправедливо!»	молча наказывает других (например, пропускает встречи, ведет себя угрюмо)		Эмоционального Подавления, Недоверия/Жесткого обращения и Категоричности		Терапевт отстраняется и теряет связь с клиентом. Терапевт позволяет клиенту свободно выражать свои чувства, не устанавливая ограничений
Недисциплинированный ребенок	«Я не могу этого сделать. Это слишком сложно и неудобно»	Отменяет сессии или пропускает их без уважительной причины. На словах обещает выполнить домашние задания, но на деле избегает заданий, которые могут вызвать беспокойство или дискомфорт. Не выполняет домашние задания и не оплачивает сессии вовремя	Легкий дискомфорт в ногах и животе	Фрустрация, гнев, стремление к наказанию и контролю — все это может активировать у терапевта схему наказания, схему неудачника	Избежать дискомфорта и неудачи	Терапевт потворствует избеганию дискомфорта у клиента, избегая сложных тем. Терапевт использует подход «всё или ничего» (вместо постепенного подхода) при определении задач терапии и домашних заданий

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведение и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
Импульсивный ребенок	«Я хочу прямо сейчас»	Стремится к немедленному удовлетворению, нетерпелив, легко расстраивается или раздражается	Возбуждение, побуждение действовать, идти на риск — вот чего они жаждут. Гнев, закипающий в груди и распространяющийся по всему телу, если им препятствуют	Тревога, связанная с потенциальными рисками	Обходить препятствия на пути к свободе. Взять то, что я хочу/в чем нуждаюсь, пока мою свободу не отняли	Терапевт не затрагивает тему нарушения границ. Он не признает наличия неудовлетворенных потребностей, которые могут лежать в основе импульсивных поступков

Внутренний критик (интернализированные режимы)						
Карающий критик	«Я плохой человек; Со мной что-то не так; я неполноценный, ущербный, меня нельзя любить»	Самонаказание, самоповреждение	Стеснение в груди (стыд). Спазм в горле (отвращение). Желание избежать, замереть, спрятаться	Страх. Запуганность	Самонаказание и саботаж выздоровления (из-за убеждения, что они не заслуживают счастья)	Терапевт не достаточно настойчив в установлении ограничений для этого режима
Требовательный критик	«Я должен быть усерднее; Где дополнительные 10 %?»	«Идеально» выполняет домашние задания, старается сделать все «правильно», безукоризненно		Давление, чтобы оправдать высокие ожидания клиента	Мотивировать клиента к достижению высоких стандартов вместо того, чтобы заботиться о себе	Терапевт вступает в спор с этим режимом, устанавливая нереалистично высокие стандарты для себя и клиента

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведение и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
Обвиняющий критик	«Я этого не заслуживаю, я обуза»	Отвергает/сводит к минимуму собственные потребности и добивается восстановления только для того, чтобы уменьшить влияние проблем клиента на других		Гнев (в интересах клиента)	Заставить клиента почувствовать вину за то, что он делает акцент на собственном выздоровлении и будущем счастье	Терапевт недостаточно напорист в установлении ограничений на этот режим

Режимы копинга						
Отстраненный защитник/ Отстраненный самоутешитель	Описывает проблемы отстраненно. Когда его спрашивают о том, что он чувствует, он обычно отвечает: «Я не знаю»	Отстраненность, оцепенение, зевота, «загрузка» информации в отстраненной или циничной манере или в манере Поллианны (чрезмерно оптимистичной или позитивно настроенной)	Отключение ощущений, деперсонализация, ригидность тела, создающая отделенность от других	Усталость, сонливость, отстраненность, скука, «хождение по грязи», разочарование. (Может спровоцировать реакцию терапевта. Схема сбоя из-за отсутствия прогресса.)	Чтобы отстраниться, избегайте уязвимостей, связанных с активацией схемы (например, чтобы избежать боли, отвержения, подавленности, унижения, потери контроля). Отстраненный защитник ошибочно принимается за режим Здорового взрослого. Терапевт недостаточно «безжалостен» в обходе этого режима	Отстраненный защитник ошибочно принимается за режим Здорового взрослого. Терапевт недостаточно «безжалостен» в обходе этого режима

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведение и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
Гневный защитник	Начинает раздражаться, если терапевт предлагает эмпирическую работу: «Почему мы вообще должны заниматься этой глупой работой с образцами?»	Враждебный, раздраженный. Скрытое послание: «Вы мне не нужны!»	Напряжена или «затвердела» верхняя и нижняя части диафрагмы, шея, челюсти. Задержка дыхания. Стремление отгородиться от других, замкнуться в себе	Запуганный, с желанием подчиниться, избегая эмпирической работы (может спровоцировать реакцию терапевта (схема Подчинения))	Избегать взаимодействий, которые приведут к уязвимости, из-за страха унижения, отвержения, покинутости и т. д.	Терапевт отступает и позволяет избежать уязвимости, придерживаясь «безопасных» тем
Жалеющая себя жертва	Дает подробную информацию о предполагаемых проблемах или проблемных людях, повторяется. Стремится к «решению», но затем отвергает его: «Да, но...» и/или «Это не работает»	Жалуется неустанно, без эмоций	Плечи подняты, руки и ноги скрещены или прижаты к телу, сторбленная поза. Подбородок опущен. Пристальный взгляд и выражение лица могут свидетельствовать о пассивной враждебности	Чувствует себя загнанным в ловушку, застрявшим, разочарованным, бессильным. (Может спровоцировать активацию у терапевта схемы Подчинения и Самопожертвования.) Также может запустить схему	Как указано выше	Жалующегося защитника ошибочно принимают за Уязвимого ребенка, поэтому терапевт отвечает перевоспитанием, избегая при этом эмпатической конфронтации

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведение и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
				Неперекаемых требований, вызывая стремление давать советы и «исправлять» проблемы		
Покорный капитулянт	Соглашается со всем, что предлагает терапевт, соглашается с предложениями, старательно выполняет домашние задания	Улыбчивый, приятный, располагающий к себе человек. Может делать комплименты терапевту. Пытается удовлетворить потребности терапевта, приносит подарки, чересчур любезен	Поза чрезмерно покладистая, наклоняется вперед, позволяет другим вторгаться в личное пространство. Извиняется за то, что занимает много места	Чувство застревания, разочарование из-за невозможности получить доступ к истинным потребностям и чувствам клиента	Избегать конфликтов и отвержения	Терапевт берет на себя принятие всех решений, не анализируя запросы и эмоциональное состояние клиента
Самовозвеличитель	Описывает себя высокопарно или высокомерно, а других рассматривает как «проблему»	Воспринимает терапевта как значимого исключительно через призму удовлетворения своих	Руки вытянуты в стороны или локти разведены в стороны, ладони заведены за голову.	Чувствует себя обесцененным, использованным, бессильным	Дистанцировать себя от глубинного чувства никчемности, стыда, одиночества. Быть «на высоте» во всех взаимодействиях	Терапевт медлит с эмпатической конфронтацией и выставлением границ. Подыгрывая поиску одобрения, он

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведение и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
		потребностей (в признании, одобрении)	Конечности разведены в стороны, занимающая свободное пространство. Подбородок поднят, взгляд может быть направлен сверху вниз на других			лишает клиента возможности научиться принимать поддержку как Уязвимый ребенок
Гиперконтролер	Интеллектуализирует, проповедует, чрезмерно анализирует. Описывает правила и ситуации с чрезмерной детализацией. Представляет себя всезнающим эрудированным, начитанным	Отрицает уязвимость и компенсирует это, участвуя в интеллектуальных спорах или борьбе за власть с другими людьми. Контролирует терапию, определяет повестку дня, предпочитает сосредоточиться на когнитивной работе и поиске логических решений	Тело напряжено, поза закрытая и жесткая. Лоб сморщен, взгляд прищурен, мимика скована	Навязчивое желание быть втянутым в борьбу за власть и дебаты на микроуровне. Терапевт чувствует, что его тщательно изучают, что он контролирует, что на него оказывают давление, чтобы	Дистанцировать себя от уязвимости с помощью перфекционизма, знаний, продуктивности, неуязвимости. Может также использовать самообичивание и/или депривацию как механизм обретения чувства контроля, безопасности, искупления, умиротворения	Терапевт ошибочно принимает Гиперконтролера за Здорового взрослого. Терапевт интеллектуализирует, спорит, борется за власть. Позволяет Гиперконтролеру контролировать сессии и избегает эмпатической конфронтации. Терапевт не в состоянии распознать

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведние и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
				он все делал правильно, избегал ошибок, был эффективным и продуктивным. Отношения рассматриваются как сделка		самобичевание как режим копинга и предполагает, что это способ наказания
Беспомощный капитулянт/ жертва	Описывает трудности в напряженной, беспомощной, пассивной манере. На словах заявляет о терапевтических целях, а в основе лежит стремление к «идеальному родителю», который позаботится о нем и никогда не бросит	Представляет себя хрупким и беспомощным (может включать болезненное поведение). Выражает уязвимость в несколько неуверенной манере, как средство поиска «спасения» и защиты. Представляется беспомощным и зависимым, но при столкновении может занять позицию жертвы:	Смочит вниз, отводит взгляд. Сгорбленная/ скрюченная поза. Прижимает ноги к груди/ торсу	Изначально: стремление спастись и брать на себя роль «спасителя» (может активировать схему Самопожертвования у терапевта через гиперответственность; может спровоцировать ощущение грандиозности у терапевта в роли «спасителя»).	Узаконить потребность, используя беспомощность и болезненность как инструмент. Дать Покинутому ребенку иллюзию «родителя», чтобы блокировать боль депривации и зависимости, вызванной страхом покинутости	Терапевт ошибочно принимает Покорного капитулянта за Уязвимого ребенка и не использует эмпатическую конфронтацию. Терапевт удовлетворяет этот режим через перевоспитание, вместо того чтобы попытаться найти доступ к лежащему в его основе Покинутому ребенку. Терапевт

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведние и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
		«Вам на меня наплевать»		Позднее: раздражение, ощущение загнонности, бессилия, манипулирование, желание перенаправить клиента (клиент может активировать схему Самопожертвования — терапевт испытывает вину из-за трудностей с доступом к эмпатии)		позволяет избежать ответственности и недостаточности рано вовлекает Здорового взрослого в работу со стулом и рескриптинг в воображении. Терапевт допускает размывание границ (предлагает более длительные сессии, высокий уровень контакта между сессиями, избегает установления даты окончания)

Здоровые режимы

Здоровый взрослый (высший «я»)	Клиент берет на себя ответственность за изменения; ставит реалистичные цели; предпринимает разумные шаги	Использует здоровые стратегии эмоциональной регуляции (особенно связи), позволяющие ему переносить	Прямая осанка, открытое выражение лица, открытая область груди/торса. Расслабленное	Чувствовать связь с клиентом на уровне «равного» взрослого человека. Быть уверенным, что клиент	Исцелять детские режимы через развитие самосострадания и обучать удовлетворению эмоциональных потребностей; регулировать эмоции	Терапевт замещает клиента в режиме Здорового взрослого (вместо развития этой роли у него). Терапевт остается
--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведение и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
	для получения поддержки; стремится к здоровым связям с другими людьми; принимает шаги для удовлетворения эмоциональных потребностей в здоровых отношениях; концентрирует энергию на областях мастерства/достижений, чтобы усилить чувство самовыражения; уверенно и милосердно защищает собственные границы (от требований других, работы и т. д.); ощущение самости «воплощено» —	стресс, связанный с обработкой травмы; заботится о себе и своем теле	выражение лица, поддерживает здоровый уровень зрительного контакта	сам о себе позаботится, расставит приоритеты в своих потребностях; выполнит домашние задания в перерывах между сессиями	с помощью нисходящего (осознанного решения проблем) и восходящего (воплощения) механизмов; охватывать режимы кодирования, устанавливать ограничения для родительских (Внутреннего критика) режимов и режимов Рассерженного/Импulsive/Недисциплинированного ребенка. Развитие чувства значимости и связи, основанного на «взаимосвязи» — понимании связи между собой и всеми живыми существами	в излишне рациональной/когнитивной позиции, не демонстрируя теплоты и эмпатической настройки

Режимы	Вербальное содержание	Невербальные (жесты, поведение и тон)	Типичные телесные ощущения и побуждения	Реакции контрпереноса	Цель поведения	Подводные камни в работе терапевта
	основано на нахождении тела в согласии с телесными сигналами; стремится к самоощущению и содержанию, взаимосвязанным со всеми живыми существами					
Счастливого ребенка	Клиент может радоваться, быть спонтанным, смеяться и наслаждаться жизнью; что-то делать ради удовольствия, а не исключительно ради достижений; выражает себя творчески (например, через танец, музыку, искусство)	Раскрепощенное самовыражение, смех, плач, спонтанные реакции	Интенсивные ощущения в голове, руках и туловище; гиперчувствительность во всех участках тела	Терапевт ощущает связь с игривой и спонтанной частями личности клиента	Испытывать более высокий уровень радости, веселья, спонтанности и внутреннего удовлетворения	Активация схемы Требовательного критика у терапевта приводит к дисбалансу: чрезмерный фокус на травме и игнорирование режима Счастливого ребенка. Режим Гиперконтролера («все должно быть по правилам») лишает терапию живости, игривости и эмпатического резонанса

Вставка 3.5. Пример сценария: использование

«аффективного моста» в диагностических целях

Начало. Выберите недавний эпизод, активировавший схему, который клиент хотел бы исследовать в терапии (например, конфликт с коллегой).

Шаг 1. Закройте глаза и активируйте воспоминание.

ТЕРАПЕВТ. Закройте глаза и вернитесь к недавнему эпизоду, в котором вы испытали негативные переживания. Что происходит в этом образе? Постарайтесь представить его как можно ярче... Что вы видите (слышите, какие запахи ощущаете)? Есть ли какие-то люди или иные герои в этом воспоминании?

Шаг 2. Настройте клиента на чувства, специфические триггеры и смысл, вытекающий из образа.

Исследуйте конкретные ощущения и реакции в теле.

Что вы чувствуете в этом образе... и где вы ощущаете это в своем теле?

Исследуйте то, что кажется вам главным триггером в этом образе. Что происходит, чтобы клиент это почувствовал? Убедитесь, что клиент погружен в образ: на это указывает рассказ от первого лица в настоящем времени. Например: «Я в обеденном зале, он смеется у двери». Зачастую весьма действенным оказывается определение «горячей точки» в образе.

ТЕРАПЕВТ. Какой момент в этом изображении вызывает у вас наибольшую боль?... Это тот факт, что он смеется над вами...

Настройтесь на то значение, которое клиент извлек из этого опыта. Что означает для вас то, что это происходит?

Шаг 3. «Аффективный мост»: перенесите клиента в прошлое и соедините его с соответствующим образом из детства.

Хорошо... теперь, когда вы связаны с этим чувством... и этим чувством в вашем теле... мы можем позволить этому образу стать менее ярким... но оставайтесь с этим чувством... чувством _____ (вставьте название чувства/телесного ощущения/темы схемы/значения).

... Знаете... Я готов поспорить, что это не первый раз, когда вы чувствуете это... это чувство (например, что вы недостаточно хороши, и этот комок в горле)... теперь давайте мягко возьмем это чувство... и вернем его назад в детство... (Пауза)... какой первый образ, который возникает у вас в связи с этим чувством... (Пауза)... (Пауза) что вы видите?

Шаг 4. Исследуйте соответствующий образ из детства.

Что происходит в картинке... что происходит с маленьким X? Теперь представьте этот образ немного ярче... Что вы видите (слышите, какой запах возникает), есть ли в картинке другие персонажи? Что нужно малышу X в этом образе? Как взрослые реагируют на эти потребности? Что вы при этом чувствуете?

Шаг 5. Верните клиента в настоящий момент.

Хорошо... теперь давайте медленно и осторожно... выйдем из образа и вернемся к настоящему моменту... медленно вернемся к недавнему эпизоду... просто обратите внимание на этот недавний эпизод, пока вы возвращаетесь к нему... обратите внимание на то, есть ли какая-то связь между этим образом и образом ребенка... Насколько этот образ похож на образ из детства? Как это могло бы быть по-другому? (образ «безопасного места» – не обязательно) ... а теперь, когда вы готовы... медленно и осторожно откройте глаза и возвращайтесь ко мне в кабинет.

Шаг 6. Разбор упражнения.

Как правило, терапевт извлекает много полезной информации непосредственно из упражнения, получая обратную связь от клиента о его опыте выполнения задания. Вот несколько интересных вопросов, которые помогут разобраться в этом задании:

1. На что это было похоже для вас?
2. Что нужно было маленькому Х (ребенку)?
3. Были ли ваши родители (или другие взрослые) готовы удовлетворить эти потребности?
4. Что вам было нужно во взрослом сценарии?
5. Есть ли какая-то связь между этими двумя потребностями?
6. Что это может сказать о ваших потребностях в будущем?

Как правило, результатом может стать открытое обсуждение того, насколько характерным для детства клиента был подобный сценарий и как эти потребности

и темы схем могут соотноситься с проблемами, с которыми клиент сталкивается в настоящий момент. Эта информация будет использована при составлении концептуализации.

II. Проблемы в ходе диагностики

На этапе диагностики главная цель – дать клиенту возможность описать свои актуальные проблемы и историю жизни по-своему, наблюдая при этом за тем, как он осуществляет коммуникацию. По мере того как клиент описывает свои трудности, схема-терапевт обращает внимание на то, как клиент рассказывает свою историю и на смыслы, которые он извлекает из своего опыта. Процесс рассказа истории также поможет выявить уровень *mindsight*⁷ – способности размышлять о собственном разуме и разуме других людей – или осознанности, что является показателем силы режима Здорового взрослого клиента. На последующих диагностических сессиях то, как клиент рассказал свою историю, может послужить основой для обсуждения и совместного наблюдения, чтобы стимулировать развитие Здорового взрослого, одновременно обеспечивая предварительное обучение схемам и режимам (см. вставку 3.6, где приведены примеры использования наблюдения за поведением клиентов во время сессии для определения концепций схема-те-

⁷ Мысленный взгляд. – *Примеч. науч. ред.*

рапии).

Вставка 3.6. Пример из практики: включение наблюдений за поведением клиентов в диагностику

ТЕРАПЕВТ. Я только что заметил кое-что интересное... Я предполагаю, что для вас, должно быть, было травмирующим то, что над вами издевались в школе, и все же, когда вы описываете это мне, выражение вашего лица и тон голоса говорят совсем о другом – как будто вам было все равно. Мне интересно, что произошло (или не произошло) в вашем прошлом, что вы научились отмахиваться от этих эмоций... Это выглядит, как если бы какая-то часть вас действовала как защитник, удерживая ваши эмоции на расстоянии... Что вы думаете по этому поводу?

Я заметил, что, с одной стороны, вы описываете свои отношения с родителями как близкие, но с другой стороны, это звучит так, будто ваши чувства и потребности на самом деле не были темой для разговоров в вашей семье. Не могли бы вы помочь мне понять, что для вас означает «близость»? Как бы я узнал, что вы близки с вашими родственниками, если бы был мухой на стене в вашем доме?

или

Я замечаю, что когда вы рассказываете мне свою историю, воспоминания и фрагменты вашей жизни немного разрозненны или хаотичны. У вас когда-нибудь возникало такое чувство, как будто жизнь – это головоломка и ее трудно сложить так, чтобы она обрела

смысл?

Последние исследования показывают, что последовательность в пересказе деталей детства говорит о надежной привязанности [31]. Когда клиент рассказывает свою историю, обратите внимание на ее связность и полноту. Эти качества могут указывать на наличие схем или проблемных способов совладания. Что клиент включает в рассказ, а что отбрасывает? Насколько подробно излагается история и в какой степени повествование синхронизируется с выражением эмоций? Когда схема-терапевты наблюдают за тем, как клиент рассказывает свою историю, они могут держать в уме следующие вопросы, чтобы направлять процесс диагностики и проверки гипотез:

- Описывает ли клиент свое детство в хаотичной манере (описывая события разрозненно или бессистемно, почти не используя последовательность или темы связи) или в ригидной манере (описывая события слишком подробно, без привязки к эмоциям/чувственному опыту)? У людей с дезорганизованной привязанностью, характеризующейся эмоциональным/физическим/сексуальным насилием и/или пренебрежением, пробелы в памяти могут быть связаны с использованием ребенком диссоциативного копинга в качестве механизма выживания. Эти модели могут ассоциироваться с целым рядом схем, особенно с теми, которые относятся к домену нарушения связи и отвержения, включая Дефективность, Недоверие/Ожидание жестокого обращения, Покину-

тость и Эмоциональную депривацию.

- Описывает ли клиент детство с чрезмерно позитивной позиции, пытаясь забыть о событиях, которые могут выставить родителей или других членов семьи в негативном свете? (Это может указывать на то, что лояльность к другим мешает признать негативные эмоции по отношению к нему.) Это обычно связано с такими режимами, как Отстраненный защитник («Я в порядке, мое детство было прекрасным»); Покорный капитулянт («Я должен быть таким, каким меня хотят или ожидают видеть другие, и следовать их желаниям»); Обвиняющий критик («Если я злюсь/расстраиваюсь из-за других, я плохой человек»); Карающий критик/ Самобичующий гиперконтролер («Лучше быть плохим ребенком в хорошей семье, чем хорошим ребенком в плохой семье»). Может ли он описать как негативный, так и позитивный опыт во взвешенной манере, характерной для Здорового взрослого (то есть привести примеры как удовлетворенных, так и неудовлетворенных потребностей)?

- В какой степени человек фокусируется на отношениях между членами семьи, когда описывает события из детства (в отличие от простого фокусирования на внешних событиях жизни)? Это даст информацию о том, какое значение клиент научился придавать отношениям. Человек, выросший в эмоционально отстраненной среде, где его родители были эмоционально заморожены и имели ограниченную способность устанавливать связь с другими людьми, научится от-

казываться от своего внутреннего мира и фокусироваться на внешнем мире (событиях, достижениях, внешнем виде). Он учится общаться с другими людьми посредством передачи конкретных понятий и интеллектуализации, но не способен рассказать о своих эмоциональных переживаниях. Хотя он продолжает испытывать эмоции и ощущения, они остаются на заднем плане, отстраненные и минимизированные. И наоборот, люди, жившие в детстве в хаотическом окружении с высоким уровнем выраженных эмоций и/или нестабильности, могут стать во взрослом возрасте очень озабоченными межличностными отношениями из-за ожиданий, что прошлые хаотические модели (например, покинутость, потеря, отвержение, унижение) будут повторяться в нынешних отношениях (закрепление схем). Таким образом, степень присутствия других людей в рассказах о раннем детстве может послужить основой для гипотез о возможных схемах и неудовлетворенных потребностях клиента.

- Насколько клиент связан со своими эмоциями, когда рассказывает о своих трудностях и о своем детстве? Описывает ли клиент сложные обстоятельства (например, травмы) эмоционально конгруэнтно или отстраненно? Например, клиент с сильной схемой Эмоциональной депривации и/или Подавления эмоций (связанных с недостаточной эмоциональной сонастройкой в детстве) может говорить о своей жизни в очень конкретных терминах, пренебрежительно относиться к влиянию детства и/или описывать свои детские

воспоминания в туманной манере, лишённой сенсорных и эмоциональных деталей. Клиент с выраженной схемой Покинутости может быть склонен путать прошлое и настоящее и жить с постоянным страхом того, что значимые другие откажутся от него здесь и сейчас.

- Обнаружить схемы легче у клиентов с капитулирующим копингом; такие клиенты ближе к осознанию своих схем. Однако у клиентов с сильным гиперкомпенсаторным или избегающим копингом осознание схемных паттернов будет в той или иной степени ограничено в зависимости от того, насколько хорошо работают их стратегии совладания. Например, клиент с зависимостью от психоактивных веществ может успешно контролировать свои чувства покинутости и дефективности, постоянно обеспечивая себе доступ к выбранному веществу. Клиент с нервной булимией может блокировать активацию схем с помощью регулярных приемов пищи и самоиндуцированной рвоты. Клиент с трудностями в отношениях, успешный генеральный директор с собственным бизнесом, может блокировать осознание одиночества и стыда, связанных со схемами Эмоциональной депривации и Дефективности/стыда, посредством трудоголизма и чрезмерного фокуса на достижениях. В этих случаях терапевту придется приложить больше усилий для выявления схем, интегрируя как то, что говорит/не говорит клиент, так и его невербальный язык коммуникации и собственный контрперенос.

- В ракурсе режима следует обращать внимание на то, рассказывается ли история с точки зрения копингового, родительского или детского режима. В режиме Отстраненного защитника клиент будет рассказывать свою жизненную историю в оцепенелой, отстраненной манере, которая может не совпадать с ее содержанием. Или же он может просто с отсутствующим выражением лица отвечать на все вопросы: «Я не знаю». В ответ на вопросы о детстве он может сказать: «О, я уже имел дело с этим в прошлом. Я просто хочу сосредоточиться на настоящем моменте и не хочу возвращаться туда и говорить о своих родителях». Клиент с сильным режимом Подозрительного гиперконтролера может утаивать важную информацию, боясь потерять контроль (например, «Зачем вам это нужно знать?»), и давать настояренные или расплывчатые ответы на вопросы. Клиент в режиме Гневного защитника может стать враждебным, когда терапевт спрашивает о детстве, и отрицать любую связь: например, «Я не понимаю, к чему вы клоните! Вы, терапевты, настолько предсказуемы, что я не вижу в этом смысла!» Человек в режиме Самовозвеличивателя может переключить внимание на терапевта, либо заигрывая с ним (например, «Я слышал, что вы лучший терапевт в этом районе, и я думал, что с вашим опытом вы действительно поймете меня»), либо спрашивая о квалификации терапевта и ставя под сомнение модель терапии и/или способ работы. В режиме Поллианны клиент, скорее всего, не обратит внимания на

негативные детали, создавая слишком блестящую или оптимистичную картину своего детства, не соответствующую обстоятельствам: например, «Мои родители замечательные... просто самые лучшие. У меня было идеальное детство, идеальное во всех отношениях. Все мои потребности были удовлетворены. Мне так повезло».

См. табл. 3.3 для получения дополнительной информации о том, как режимы проявляются в ходе сессии.

III. Определение целей терапии и оценка мотивации клиента

Важно, чтобы ключевые проблемные области клиента можно было перевести в четкие цели терапии. Терапевту следует обратить внимание на то, насколько клиент может сформулировать запрос. Способен ли клиент описать в конкретных терминах, что он хотел бы изменить в своей жизни и над чем бы он хотел поработать с личной точки зрения? Насколько клиент мотивирован на достижение этих целей? Терапевт должен поинтересоваться страхами и чувствами клиента (краткосрочными и долгосрочными) в случае, если он будет или не будет работать над этими вопросами. Каковы мотивирующие факторы? Решил ли он посетить терапевта по собственной воле или кто-то другой выдвинул ультиматум или подтолкнул его к терапии? Не противоречат ли его цели целям других членов семьи? Связаны ли цели клиен-

та с его актуальными проблемами? В какой степени клиент проявляет самостоятельность, участвуя в терапии или рассматривая возможность изменений? Ниже приведены некоторые ключевые вопросы и соображения, которые могут помочь схема-терапевту понять цели клиента в терапии и его мотивацию к изменениям.

На какой стадии изменений может находиться клиент?

На рис. 3.1 мы отобразили цели и интервенции схема-терапии на модели этапов изменений [32]. Насколько клиент готов/способен ставить долгосрочные и краткосрочные цели? Ориентированы ли его цели на краткосрочное облегчение или на долгосрочное удовлетворение и реализацию? Стремится ли клиент к «быстрому решению» или ему требуется психообразование, чтобы осознать необходимость интенсивной работы и обязательств, которые связаны с долгосрочными терапевтическими изменениями?

**Этапы изменений в схема-терапии
(по материалам Prochaska & DiClemente, 1983)**

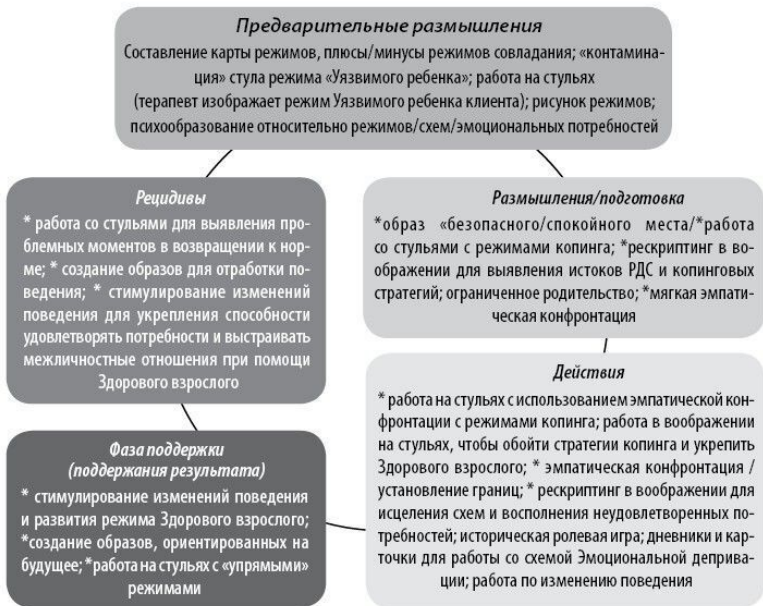


Рис. 3.1. Модель стадий изменения и интервенций в схема-терапии [32]

Насколько клиент готов терпеть кратковременный стресс или сложные эмоции ради достижения своих долгосрочных целей? Как, по его мнению, изменится его жизнь через пять и десять лет, если его цели будут достигнуты? Какие препятствия, по его мнению, могут помешать прогрессу на этом раннем этапе? Можно ли извлечь уроки из предыдущих те-

рапевтических отношений о том, что может блокировать вовлеченность, приверженность лечению и продвижение в терапии (например, склонность подозревать, если терапевт обещал, но забыл что-то сделать, что все терапевты одинаковые и им на самом деле наплевать на клиентов)?

Изучите цели клиента, связанные с существующими проблемами

В процессе терапии способность клиента к самоанализу и рассмотрению большего числа возможностей может позволить ему изменить свои цели. Полезно время от времени пересматривать и уточнять цели, чтобы убедиться, что они охватывают широкий спектр жизненных областей. Сюда могут входить отношения и связи (с собой, другими, природой), работа, духовность, телесное и душевное благополучие или любая другая сфера, которая важна для клиента. Клиенты, осознающие свой дистресс, например, с ПРЛ, скорее всего, смогут подробно описать свои текущие трудности и сформулировать цели, связанные с ними. Наличие сильных копинговых стратегий у людей с расстройствами кластера С и НРЛ может помешать осознанию страданий или описанию жалоб. Такие клиенты могут легко потерять из виду причины посещения терапии, что увеличивает риск того, что на сессиях будут преобладать избыточная информация, общая болтовня, пространство для интеллектуализации

или самовосхваления (в зависимости от доминирующих режимов). Поэтому для достижения конечной цели – преодоления копинговых режимов – очень важно связать цели терапии с основным (а иногда и скрытым) переживанием уязвимости клиента. Цели терапии должны быть в определенной степени связаны с этими областями уязвимости (например, уменьшить склонность к суициду или одиночеству и научиться здоровым способам удовлетворения потребностей). Для клиентов с нарциссическими проявлениями и склонностью к избеганию четкое определение трудностей и целей станет рычагами, мотивирующими клиента к участию в экспериенциальной работе, которая облегчит его эмоциональные страдания. Для клиентов с более хаотичными симптомами четко обозначенные цели будут служить компасом, которому могут возвращаться и терапевт и клиент с тем, чтобы работа с кризисами и активацией схем от недели к неделе оставалась согласованной с главными задачами терапии. Для клиентов с более ригидной и компульсивной симптоматикой регулярное обращение к целям терапии будет служить маяком, дающим надежду и мотивацию для работы над преодолением «упрямых» – и кажущихся непробиваемыми – копинговых режимов и исцелением «детских режимов».

Какая продолжительность терапии может быть целесообразной или реалистичной?

Схема-терапевты должны быть готовы к проведению долгосрочной терапии, особенно при работе с клиентами, которым требуется интенсивная работа по переработке травмы. Тем не менее это можно в некоторой степени изменить, разделив терапию на фазы [33], и/или путем сочетания групповой и индивидуальной терапии. Краткосрочная (~20 сессий) схема-терапия также оказалась эффективной для многих групп клиентов (подробнее см. главу 1 «От базовых эмоциональных потребностей к схемам, стратегиям совладания и режимам»). Постановку целей можно планировать с учетом этапов и/или продолжительности терапии, чтобы убедиться, что они реалистичны и достижимы в эти сроки.

Обеспечение обратной связи в ходе диагностики

На протяжении всего этапа диагностики схема-терапевт делает предварительные выводы о связи текущих проблем с ранними паттернами и неудовлетворенными потребностями. Даже в конце первой или второй сессии опытный схема-терапевт может составить первоначальную карту режи-

мов, которая может быть представлена на бумаге, белой доске или с помощью работы со стульями, чтобы продемонстрировать основные режимы клиента и связать их с ранним опытом. Это совместная работа, представляющая собой обобщение наиболее значимой для концептуализации информации, полученной в ходе диагностики на текущий момент. Это становится валидирующим опытом, который помогает клиенту осознать возможные истоки его трудностей и обеспечивает развивающую основу для понимания его актуальных проблем.

На этом этапе терапевт стремится «посеять семена», объясняя клиенту, что существующие у него проблемы имеют смысл, если рассматривать их в контексте их возникновения в прошлом. Это приносит чувство освобождения, поскольку клиент начинает понимать, что его проблемы могут быть не врожденным недостатком, а, по крайней мере частично, – побочным эффектом попыток его выживания как человеческого существа. Хотя связи, предполагаемые терапевтом, являются на этой стадии лишь предварительными гипотезами, они создают основу для разработки более четкой концептуализации и последующей терапевтической работы (см. вставку 3.7, где приведены примеры того, как терапевт обсуждает с клиентом свои выводы).

**Вставка 3.7. Примеры из практики:
подтверждение гипотез, сформированных в ходе
диагностики**

(а)

ТЕРАПЕВТ. Может ли быть, что эта ваша привычка ожидать того, что другие заболеют или умрут, связана с вашим детским опытом внезапной утраты бабушки, единственного человека, который действительно понимал вас и был рядом с вами?

(б)

Вы упомянули, что прокрастинация и опоздания на работу вызывают у вас стресс. Интересно, когда ваш начальник устанавливает дедлайн, вызывает ли это у вас воспоминания о том, как ваш отец в детстве учил вас тому, как правильно поступать? И какая ваша часть сопротивляется чувству страха в связи с тем, что вас контролируют?

(в)

Я вижу, что вам трудно признаться другим в том, что вам действительно нужно, и говорить о том, что вы чувствуете. Похоже, что, отстраняясь от своих чувств, вы научились так защищать себя, когда вы были маленькой девочкой, поскольку ни один из родителей на самом деле не «понимал» вас, а ваш брат постоянно дразнил вас... Что вы думаете по этому поводу?

(г)

Интересно, может быть, ваша неспособность отвлечься от учебы и расслабиться связана с высокими ожиданиями вашей мамы в детстве... С тем, что она всегда была разочарована, если вы не получали высшую оценку в классе?

Примерно через 4–8 сессий, когда собрана информация о

прошлом клиента, заполнены и обсуждены опросники, начато исследование детского опыта и установление связей (раннего опыта с текущими трудностями), терапевт может перейти к более формальному процессу совместного построения концептуализации случая для определения дальнейшего плана терапии.

Заключительные замечания об этапе диагностики

Процесс диагностики в схема-терапии требует от терапевта сочетания решительности и гибкости, чтобы провести исследовательскую работу, которая позволит ему разделить на части опыт клиента и затем собрать воедино головоломку, связывающую многочисленные актуальные проблемы, детский и подростковый опыт, а также неудовлетворенные потребности и/или травмы. Терапевт, работающий со схемами, должен быть искренним, любознательным, открытым и внимательным к человеку, опираясь при этом на предыдущие исследования и рекомендации, и не поддаваться желанию делать предположения, основанные на диагностических ярлыках. В определенном смысле процесс диагностики продолжается на протяжении всего курса терапии, по мере выявления и понимания дополнительной информации, позволяющей переосмыслить и откорректировать концепцию. В процессе диагностики схема-терапевт предлага-

ет возможные связи между текущими актуальными проблемами и межличностными паттернами, ранними привязанностями и развитием схем. Этот процесс направлен на установление взаимопонимания через глубокую сонастройку и прозрачность, в то же время обеспечивая клиента обучающей информацией относительно формирования схем и тем самым постепенно укрепляя способность клиента к саморефлексии. Схемы и режимы постепенно вводятся в беседу; так происходит интеграция информации, полученной в ходе обсуждения текущих проблем и детского опыта. По мере проведения диагностики фокус постепенно смещается с вопроса «Что с вами не так?» на вопрос «Что произошло в вашей жизни, что научило вас думать о себе именно так и справляться с проблемами именно таким образом?» Когда есть достаточно предварительной информации, чтобы собрать воедино (хотя бы условно) факторы, связывающие ранний опыт с возникновением и поддержанием схем, режимов и актуальных проблем, терапевт может начать предварительное обсуждение концептуализации случая, проверяя, насколько эти идеи находят отклик у клиентов или имеют для них смысл. В некоторых случаях терапевт окажется не прав и ему придется вернуться к рисунку на доске; в других случаях клиенты сразу почувствуют облегчение от того, что наконец-то кто-то понял их внутренний мир. В каких-то случаях клиенты могут принять объяснение их трудностей, и терапевту, возможно, придется мягко, но настойчиво воз-

вращаться к нему по мере продвижения на ранней фазе терапии.

Даже предварительная совместная концептуализация случая служит основой для схема-терапии. Поэтому очень важно уделить достаточно времени исследованию детских и подростковых проблем, чтобы понять, как они могут быть связаны с текущими проблемами. Однако терапевт должен признать, что исследование неудовлетворенных в детстве потребностей часто является болезненным процессом, и найти способ совместной работы с клиентом, чтобы помочь ему понять свои собственные истины и переживания. Терапевт должен сопротивляться любому желанию расставить приоритеты между своими предубеждениями, повесткой дня и внутренним расписанием. По окончании основной фазы диагностики терапевту может быть полезно изложить концептуализацию случая так, чтобы помочь клиенту разобраться в его собственной истории. Один из способов сделать это – рассказать сказку, чтобы «собрать все воедино». Например: «Жил-был маленький ребенок, который прошел через А, В, С [опыт, связанный с воспитанием детей и всей семьей]. Ребенок чувствовал себя Х большую часть времени и научился справляться с этим, делая Y и Z. Это помогало некоторое время, но в итоге создавало больше проблем, так как...»

Это подводит нас к следующей главе, в которой мы более глубоко исследуем концептуализацию случая в схема-терапии.

Рекомендации

1. Siegel D.J. *Aware: The science and practice of presence – a complete guide to the groundbreaking Wheel of Awareness meditation practice.* Tarcherperigree; 2018.
2. Siegel D.J., Bryson T.P. *The whole-brain child: 12 revolutionary strategies to nurture your child's developing mind.* Bantam Books; 2012. Schema Therapy Assessment 83
3. Linehan M. *Skills training manual for treating borderline personality disorder.* Guilford Press; 1993.
4. Farrell J.M., Shaw I.A., Reiss N. *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs.* Wiley; 2014.
5. Roediger E., Stevens B.A., Brockman R. *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning.* New Harbinger Publications; 2018.
6. Haugh J.A., Miceli M., DeLorme J. *Maladaptive parenting, temperament, early maladaptive schemas, and depression: a moderated mediation analysis.* *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 2017; 39 (1):103–16.
7. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. *Schema therapy.* Guilford; 2003.
8. Kennedy E. *Orchids and dandelions: How some children*

are more susceptible to environmental influences for better or worse and the implications for child development. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*. 2013; 18 (3):319–21.

9. Belsky M., Pluess J. Differential susceptibility to rearing experience: the case of childcare. *Child Psychology & Psychiatry*. 2009; 50(4):396–404.

10. Rothbart M.K., Dweck C.S., Eisenberg N., Sameroff A.J., Bates J.E. *Becoming who we are: Temperament and personality in development*. Guilford Press; 2011.

11. Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993; 50: 975–90.

12. Fuchs T., Koch S.C. Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in Psychology*. 2014;5:508.

13. Arntz A., Rijkeboer M., Chan E., et al. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*. 2021.

14. Windhorst E., Williams A. Growing up, naturally: The mental health legacy of early nature affiliation. *Ecopsychology*. 2015; 7:115–25.

15. Groeger N. Meta needs in the context of schema therapy: Psychometric qualities of a new meta needs questionnaire and relationships with depression, anxiety and schemas. *Maastricht Student Journal of Psychology and Neuroscience*. 2012; 1:65–79.

16. Renye D. We are the environment: Understanding how when we interpsychically and interpersonally take care and heal ourselves, we aid the evolution of the environment and planet. Presentation at The Annual Meeting of the California Sociological Association; 2007, 17 Nov.; Berkeley, California.
17. Pilkington P., Younan R., Bishop A. Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: a meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021; 3: 100051.
18. van der Mark W., van Oort N. The genogram as a tool to break free from Intergenerational Schema Transference in Present Relationships. A presentation at: International Society of Schema Therapy (ISST) Conference; 2014, 14 June; Istanbul, Turkey.
19. Siegel D.J. *The developing mind*. Guilford Press; 1999.
20. Young J., Brown G. (Eds.). *Young Schema Questionnaire – Long form 3*. Professional Resource Exchange; 2003.
21. Young J. *Young Schema Questionnaire-3*. Cognitive Therapy Center; 2005.
22. Yalcin O., Marais I., Lee C., Correia H. Revisions to the Young Schema Questionnaire using Rasch analysis: The YSQ-R. *Australian Psychologist*. 2022; 57:8–20, DOI: 10.1080/00050067.2021.1979885.
23. Kriston L., Schäfer J., Jacob G.A., Härter M., Hölzel L.P. Reliability and validity of the 84 The Model of Schema Therapy in Practice German version of the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). *European Journal of Psychological*

Assessment. 2013;29(3):205–12.

24. Bach B., Simonsen E., Christoffersen P., Kriston L. The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3): Psychometric properties and association with personality disorders in a Danish mixed sample. *European Journal of Psychological Assessment*. 2017; 33(2);134–43.

25. Young J. Young parenting inventory. Cognitive Therapy Center; 1994.

26. Louis J.P., Wood A.M., Lockwood G. Psychometric validation of the Young Parenting Inventory – Revised (YPI-R2): Replication and Extension of a commonly used parenting scale in Schema Therapy (ST) research and practice. *PloS One*. 2018;13(11): e0205605.

27. Young J.E., Arntz A., Atkinson T., Lobbestael J., Weishaar M.E., van Vreeswijk M.F. The Schema mode inventory. Schema Therapy Institute; 2007.

28. Louis J.P., Wood A.M., Lockwood G., Ho M.H., Ferguson E. Positive clinical psychology and schema therapy (ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychological Assessment*. 2018;30(9):1199–213.

29. Weathers F.W., Blake D.D., Schnurr P.P., et al. The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) [Internet]. National Center for PTSD; 2013. Available from: www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp

30. Holmes E., Mathews A. Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30 (3):349–362.

31. Siegel D., Hartzell M. *Parenting from the inside out*. Penguin; 2004.

32. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; 51(3),390–95.

33. Reubsaet R. *Schema therapy – A phaseoriented approach, targeting tasks and techniques in individual and group schema therapy*. Pavilion Publishing; 2021.

34. Simpson S., Smith E. *Schema therapy for eating disorders: Theory and practice for individual and group settings*. Routledge; 2019.

35. Edwards D. Self pity/victim: A surrender schema mode. *Schema Therapy Bulletin*. 2015;1(1):1–6.

36. Edwards D. An interpretative phenomenological analysis of schema modes in a single case of anorexia nervosa: Part 2. Coping modes, healthy adult mode, superordinate themes, and implications for research and practice. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*. 2017; 17(1):1–12.

Глава 4. Концептуализация случая и составление карты режимов в схема-терапии

Введение

Перед началом терапии следует составить точную и понятную концептуализацию случая и утвердить ее с клиентом. Основная цель концептуализации случая – помочь терапевту и клиенту понять, какую роль в актуальных проблемах клиента играет активация схем и как проблемы поддерживаются работой режимов. В выборе направления терапии специалист неизменно основывается на этой концептуализации [1]. Концептуализация случая уточняется по мере того, как терапевт узнает больше о клиенте. Еще одна важная функция концептуализации – вовлечение клиента в терапию. Точная концептуализация и ее четкое разъяснение помогают клиенту почувствовать, что его слышат и понимают. Она также способствует повышению уровня осознанности клиента в отношении его режимов. К концу фазы диагностики схема-терапевт документирует полную концептуализацию случая схема-терапии, а затем кратко излагает наиболее важные моменты посредством карты режимов. В этой

главе мы представим обзор информации, которую документируют схема-терапевты в рамках общей концептуализации случая, а затем расскажем, как обобщать эту информацию и представлять ее клиентам при помощи карты режимов.

Документирование случая

Используя методы диагностики, описанные в главе 3 «Диагностика в схема-терапии», схема-терапевт собирает подробную информацию. Международное общество схема-терапии (ISST) в настоящее время рекомендует форму «Концептуализация случая схема-терапии», 2-е изд. (версия 2.22), в качестве руководства для сбора информации при формулировании концепции случая. Эта форма была разработана и скорректирована рабочей группой ISST под руководством Джеффри Янга [2]. Обзор областей, подробно описанных в комплексной концептуализации случая, основанной на этой форме, приведен в табл. 4.1, а пример случая с использованием формы – во вставке 4.1.

Разработка и обсуждение карты режимов с клиентом

Полная концептуализация случая в том виде, в каком она описана здесь, обычно слишком сложна для клиентов. Вместо этого основные моменты концептуализации случая доно-

сятя до клиента с помощью визуальной карты режимов по образцу, приведенному на рис. 4.1. Терапевт составляет карту режимов вместе с клиентом и рисует ее на листе бумаги, на доске или на другом носителе. Этот процесс предназначен для обучения и сотрудничества. Он позволяет схема-терапевту передать свое понимание актуальных проблем клиента, а также дает возможность клиенту дать психотерапевту обратную связь. Карта режимов может быть представлена несколькими способами, но мы обнаружили, что особенно полезным является ее изложение в виде рассказа, начиная с истоков развития схем. Например «Насколько я могу понять, у маленькой Самиры было непростое детство. Ей было очень трудно удовлетворять свои потребности должным образом... особенно когда дело касалось...» Терапевт заканчивает повествование объяснением ключевых проблемных областей, возникших в результате этого опыта развития и адаптации.

Таблица 4.1. Концептуализация случая в схема-терапии: основное содержание

Справочная информация о клиенте

Включает имя/ID клиента, возраст, текущий статус отношений/сексуальную ориентацию и наличие детей (если есть), профессию/должность, уровень образования, страну рождения/религиозную принадлежность/этническую группу (если важно).

Основные проблемные области: почему клиент при-

шел в терапию?

Каковы основные проблемы, побуждающие клиента обратиться за помощью? Примеры этого приведены в главе 3, посвященной оценке ключевых проблемных областей (например, контроль гнева, самоповреждающее поведение, отсутствие близости в отношениях, проблемы с установлением границ с родителями).

Общее впечатление о клиенте

Как клиент проявляет себя на терапевтических сессиях в общем смысле? (Например, сдержанный, враждебный, стремящийся угодить терапевту, нуждающийся в помощи, красноречивый, неэмоциональный.)

Первое диагностическое впечатление

А. Укажите все соответствующие расстройства по МКБ-10-Clinical Modification⁸ /DSM-5.

В. Текущий уровень функционирования в пяти основных жизненных сферах (включает профессиональную деятельность/школьную успеваемость, интимные/романтические отношения, семейные отношения, друзей и другие социальные группы, функционирование и общую продолжительность времени, проводимого в одиночестве. Теку-

⁸ Клиническая модификация Международной классификации болезней (МКБ-10), набор диагностических кодов, используемый в США и других странах мира, разработана и рекомендована ВОЗ. – *Примеч. науч. ред.*

щее функционирование клиента оценивается по 6-балльной шкале (1 = нефункционален /очень низкий уровень, 6 = очень хорошее или отличное функционирование) и уточняется с помощью более детального объяснения.

Основные жизненные проблемы и/или симптомы

Здесь мы подробно останавливаемся на основных проблемах, выделенных в качестве ключевых проблемных зон, описывая характер проблемы (проблем) и то, как они создают трудности в повседневной жизни клиента. Идеальным является список из 1–5 пунктов.

Детские и подростковые истоки современных проблем

A. Общий рассказ об истории детства клиента

B. Конкретные неудовлетворенные потребности в детстве (связанные с конкретными источниками проблем)

C. Возможные темпераментальные/биологические факторы

D. Возможные культурные, этнические и религиозные факторы

Наиболее вероятные схемы

Список из 1–5 ранних дезадаптивных схем, наиболее релевантных текущим проблемам клиента, и описание общих предпосылок (триггеров) и негативных последствий, которые испытывает клиент, когда активируется данная схема.

Наиболее актуальные режимы

Список из 1–5 режимов, наиболее релевантных текущим проблемам клиента, и описание общих предпосылок (триггеров) и негативных последствий, которые клиент испытывает, когда срабатывает данный режим.

А. Детские режимы.

В. Деадаптивные копинговые режимы.

С. Дисфункциональный критикующий (родительский) режим (Критик).

Д. Другие соответствующие режимы.

Е. Режим Здорового взрослого (обобщите позитивные ценности, ресурсы, сильные стороны и способности клиента).

Терапевтические отношения

Описание позитивных и негативных реакций контрпереноса, возникающих у терапевта на данный момент.

Ограниченное родительство и взаимосвязь

А. Опишите отношения ограниченного родительства и эмоциональную связь между терапевтом и клиентом до этого момента.

В. Подумайте о том, как можно улучшить ограниченное родительство и эмоциональную связь между терапевтом и клиентом.

Цели терапии: прогресс и препятствия

Составьте список из одной–пяти наиболее важных целей терапии. Будьте максимально конкретны. Для каждой цели опишите, как можно изменить образ жизни здорового взрослого человека, чтобы достичь ее. Затем обсудите достигнутый прогресс. Опишите любые препятствия и способы их преодоления.

Вставка 4.1. Пример полной концептуализации случая (первые сессии): случай Самир

Справочная информация о клиенте

Имя/идентификатор клиента: Самира

Возраст: 38 лет

Текущее состояние отношений/сексуальная ориентация и дети: замужем, двое детей (мальчики, 6 и 9 лет)

Род занятий/должность: мать/домохозяйка

Высшее образование: MBA – бизнес

Страна рождения/религиозная принадлежность/этническая группа: Индия/ислам/неважно

Основные проблемные области

1. Хроническая тревога, перфекционизм и чрезмерный контроль
2. Хроническое избегающее поведение
3. Практическая зависимость и отсутствие уверенности в отношениях
4. Хроническое одиночество

Общее впечатление о клиенте

Клиентка выглядит тревожной, нуждающейся в помощи и «спасении». Хорошо выражает мысли, что, возможно, отражает ее высокий уровень образования.

Первое диагностическое впечатление:

1. Большое депрессивное расстройство (БДР)
2. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)
3. Зависимое расстройство личности (с избегающими чертами)

Текущий уровень функционирования в пяти основных жизненных сферах: текущее функционирование клиента оценивается по 6-балльной шкале (1 = нефункционален/функционирует/очень низкий уровень, 6 = очень хорошее или отличное функционирование) и подробно описывается с помощью более качественного объяснения.

1. Профессиональная деятельность (оценка 1/6). Клиентка избегает любой деятельности, связанной с компетентностью и достижениями, с момента иммиграции в Великобританию в 2010 году. Впадает в панику при одной мысли о работе вне дома. Избегает даже домашних обязанностей (например, приготовления пищи). Муж решает проблему ее недостаточной работоспособности либо сам, либо нанимает домашнюю прислугу практически для всех обязанностей.

2. Интимные/романтические отношения (оценка 1/6). Клиентка не чувствует своей значимости в браке с момента появления на свет двоих детей. Партнер эмоционально и физически отстранился от нее и не хочет говорить с ней об отношениях. В ответ на прямые расспросы он отвечает, что не любит клиентку, но будет выполнять свои «обязанности» как

отец и муж и «заботиться» о семье. Клиентка чувствует себя беспомощной в этой ситуации, поскольку не может позаботиться о себе, ощущает зависимость от мужа в практических задачах (которые он решает), но чувствует себя отчаянно одинокой и разгневанной. Чувствует, что в его поведении по отношению к ней «нет смысла» и нет решения.

3. Семейные отношения (оценка 3/6). Настоящей сильной стороной являются ее отношения с сыновьями. Проводит с ними максимально много времени, старается помогать им с домашними заданиями, играет с ними, водит на крикет. Эти занятия сближают их, хотя в последнее время ее избегающее поведение мешает даже этим отношениям. Также чувствует себя изолированной от своей большой семьи в Индии. Других родственников в Великобритании у нее нет.

4. Друзья и другие социальные отношения (оценка 3/6). У Самиры есть небольшая группа подруг (не принадлежащих к ее культуре), с которыми она познакомилась в сообществе матерей после рождения второго мальчика. Кажется, что она хорошо с ними общается и чувствует поддержку, но из-за своего депрессивного настроения и избегания, похоже, не находит для них достаточно времени. Клиентка избегает общения с другими потенциальными социальными партнерами из своей культуры, опасаясь осуждения.

5. Функционирование и общая продолжительность времени, проводимого в

одиночестве (оценка 2/6). Клиентка много читает, чтобы расслабиться, когда это возможно, но из-за хронического беспокойства ей не удается в полной мере реализовать свою любовь к чтению. С личной гигиеной все в порядке, но она с трудом справляется с домашними делами, полагаясь в основном на мужа и помощницу по хозяйству.

Основные жизненные проблемы и/или симптомы (при обращении в терапию)

Проблема 1: тревога, перфекционизм и чрезмерный контроль

Клиентка чрезмерно озабочена контролем над своим миром, чтобы избежать потенциальной катастрофы, – до такой степени, что тревожится по несколько часов в день, что приводит к снижению функциональности по типу ГТР (например, концентрация внимания, проблемы со сном, мышечное напряжение, неконтролируемая тревога). В основном беспокоится о своей работе, о возможных неудачах и некомпетентности. Это наиболее выраженная первоначальная жалоба, которая привела ее в терапию.

Проблема 2: низкая самооценка и связанное с ней хроническое избегающее поведение

Образ жизни: клиентка избегает и откладывает выполнение практически любых действий, которые могут привести к ощущению неудачи/дефективности и активировать самокритику и стыд. Дело дошло до того, что она боится заполнять бланки или подавать какие-либо документы, опасаясь допустить ошибку.

Недавно клиентка также начала избегать выхода из дому (включая прогулки с детьми и участие в социальной жизни) из-за страха, что ее будут осуждать. Такое избегание избавляет ее от необходимости противостоять чувству провала и ущербности, но в конечном итоге приводит к депрессии и ощущению себя неудачницей, поскольку она не участвует в достижении ключевых жизненных целей (например, не находит значимой для нее работы, не водит детей на занятия).

Проблема 3: чувство некомпетентности, практической зависимости и отсутствие уверенности в себе в отношениях

Образ жизни: пожалуй, это самая актуальная проблема. Клиентка почти полностью зависит от мужа и помощниц по дому в плане практической поддержки, что укрепляет в ней чувство неполноценности и страх не справиться с этими задачами. Она также полностью подчиняется просьбам и требованиям своего мужа, несмотря на его отстраненность и критическое отношение к ней. Учитывая зависимость от мужа в практическом плане, не рассматривает возможность развода.

Проблема 4: хроническое одиночество и отсутствие близости

Жизненная модель: остается с мужем, несмотря на его критическое и отстраненное поведение. Клиентка чувствует себя очень далекой от него, считает, что она ему безразлична, он не удовлетворяет ее потребности, кроме практических (например, в еде, жилье и т. д.).

Остается в отношениях, потому что считает, что никто другой ее не выберет (Дефективность/стыд), никто другой не позаботится о ее практических потребностях (Зависимость/некомпетентность) и что развод/расставание сделает ее плохим человеком в глазах других членов ее культурного сообщества (Дефективность/стыд и Социальная отчужденность).

Детские и подростковые истоки актуальных проблем

Выросла в Индии в семье рабочих, отличавшихся «перфекционизмом». Родители вырвались из крайне тяжелых социально-экономических условий благодаря упорному труду. У клиентки не было братьев и сестер; родители чрезмерно опекали ее, в результате на нее оказывалось сильное давление, чтобы она добилась успеха в учебе/академических областях. Установила для себя очень высокие стандарты успеваемости и была отправлена в дорогую частную школу, что потребовало больших личных затрат и жертв со стороны родителей. В школе она чувствовала себя чужой из-за своего низкого «социального происхождения». Родители ожидали, что она будет отличницей, и когда Самира возвращалась домой, ее не учили ничему практическому (например, готовить, убирать и т. д.). Хорошо учиться в школе и поступить в лучший университет было ее «обязанностью». Любое нарушение семейных правил или ожиданий приводило к жесткой критике/требованиям улучшить успеваемость и угрозам выгнать дочь из дома. Судя по всему, оба родителя поддерживали с ней

одинаково отстраненные отношения и представляли собой относительно единый фронт, когда дело касалось этих экстремальных требований.

Конкретные неудовлетворенные потребности в детстве

1. Конкретная неудовлетворенная потребность: безусловное принятие

Родители с самого начала уделяли большое внимание успеваемости, а также критиковали и ругали ее, когда она не справлялась со своими обязанностями, поэтому ей казалось, что все, что она делает, недостаточно хорошо.

2. Конкретная неудовлетворенная потребность: стабильность эмоциональной связи и привязанности

Экстремальный и подавляющий подход к успеваемости сочетался с угрозами отказаться от нее, если она не будет справляться с учебной или не будет выполнять требования. В некоторых случаях угрозы становились реальностью: родители игнорировали ее в течение нескольких дней или даже недель, если не были «довольны» ею. Из-за требовательного характера отношений она часто чувствовала себя непонятой и одинокой.

3. Конкретная неудовлетворенная потребность: компетентность и независимость

Родители «пожертвовали всем» ради ее образования, отправив ее в дорогую частную школу и «освободив» от любых домашних обязанностей. Несмотря на высокую

академическую успеваемость, клиентка отставала в освоении базовых навыков, необходимых для взрослой жизни (например, уход за собой, работа по дому, даже навыки, необходимые для оплаты счетов или пользования общественным транспортом). Родители отвозили ее в школу и привозили обратно, чтобы она могла «максимально» сосредоточиться на учебе. Она так и не научилась основам повседневной взрослой жизни, поскольку родители взяли на себя всю ответственность за ее повседневное функционирование.

4. Конкретная неудовлетворенная потребность: спонтанность и игра

В родной семье Самиры действительно не было времени для веселья и игр. Непрерывное и требовательное внимание к учебе и чрезмерный контроль за ее поведением означали, что спонтанность и игры в лучшем случае отсутствовали, а в худшем – наказывались.

Возможные темпераментальные/биологические факторы

Сообщает, что в детстве была интровертом и замкнутым ребенком. Отец, похоже, страдал от недиагностированной депрессии. При обращении за терапией клиентка страдала от клинической депрессии, терапевт назначил ей препарат из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, и это хорошо повлияло на ее общее настроение.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.