

СОДЕРЖАНИЕ

Об авторах	15
Предисловие	17
Предисловие Джеффри Янга к русскому переводу	22
Предисловие к русскому изданию	23
От издательства	26
Благодарность	27
От всех авторов	27
От Джеффри Янга	27
От Джанет Клоско	28
От Марджори Вайсхаар	28
Глава 1. Схема-терапия: концептуальная модель	29
Эволюция от когнитивной к схема-терапии	29
Положения традиционной когнитивно-поведенческой терапии, которые не работают у пациентов с личностной патологией	31
Развитие схема-терапии	33
Ранние дезадаптивные схемы	34
История схема-терапии как концепции	34
Определение схемы, предложенное Янгом	35
Характеристики ранних дезадаптивных схем	36
Происхождение схем	38
Базовые эмоциональные потребности	38
Ранний детский опыт	38
Эмоциональный темперамент	40
Домены схем и ранние дезадаптивные схемы	41
Домен I. Нарушение связи и отвержение	46
Домен II. Нарушение автономии и эффективности	47
Домен III. Нарушение границ	48
Домен IV. Направленность на других	49
Домен V. Чрезмерная ответственность и жесткие стандарты	50
Условные и безусловные схемы	52

Почему схемы снижают эффективность традиционной когнитивно-поведенческой терапии	53
Эмпирическое обоснование ранних дезадаптивных схем	54
Биология ранних дезадаптивных схем	56
Системы мозга, связанные с обусловливанием страха и с травмами	57
Операции в отношении схемы	60
Сохранение схемы	60
Исцеление схемы	62
Дезадаптивные копинговые стратегии и реакции	63
Дезадаптивные копинговые стратегии	63
Копинговые реакции	66
Схемы, копинговые реакции и диагнозы оси II	67
Режимы функционирования схем	70
Дисфункциональные режимы функционирования схемы как диссоциативные состояния	70
Развитие концепции режимов	71
Режимы как диссоциативные состояния	72
Десять режимов функционирования схем	74
Оценка схемы и ее изменение	75
Этап диагностики и психообразования	75
Этап изменения	75
Сравнение схема-терапии и других моделей психотерапии	78
“Переформулированная” модель Бека	78
Психодинамические подходы	84
Теория привязанности Боулби	85
Когнитивно-аналитическая терапия Райла	87
Терапия личных схем Горовица	88
Эмоционально-фокусированная терапия	89
Итоги	91
Глава 2. Диагностика схемы и информирование пациента	93
Схема-ориентированная концептуализация случая	95
Важность точного определения схем и копинговых стратегий	95
Подробный процесс диагностики схемы и информирования пациента	100
Первоначальная оценка	100
История жизни пациента	102
Случай Марики	103

Инструменты диагностики в схема-терапии	105
Мультимодальный опросник жизненной истории	105
Опросник родительского стиля Янга	107
Опросник избегания Янга–Рай	109
Опросник компенсации схемы Янга	109
Диагностика с помощью воображения	109
Клинические случаи	112
Преодоление поведения избегания схемы	114
Оценка терапевтических отношений	115
Оценка эмоционального темперамента	116
Другие методы диагностики	118
Информирование пациентов о схемах	118
Прочь из замкнутого круга	118
Самостоятельное наблюдение за схемами и копинговыми стратегиями	119
Завершение схема-ориентированной концептуализации случая	119
Итоги	119
Глава 3. Когнитивные стратегии	121
Обзор когнитивных стратегий	121
Терапевтический стиль	122
Когнитивные техники	124
Проверка обоснованности схемы	124
Пересмотр доказательств в пользу схемы	127
Анализ преимуществ и недостатков копинговых стратегий пациента	129
Диалог между “схема-стороной” и “здоровой стороной” личности пациента	130
Составление карточек напоминания для схемы	134
Дневник схемы	136
Итоги	138
Глава 4. Экспериенциальные стратегии	139
Оценка образов и диалогов	139
Ознакомление пациента с процессом работы с воображением	139
Образы из детства	144
Образы, связывающие прошлое с настоящим	147
Концептуализация образа в терминах схема-терапии	148
Образы значимых других из детства пациента	150

Резюме работы с воображением на этапе оценки (суть работы по оценке образов)	150
Экспериментальные стратегии на этапе изменения	151
Обоснование	151
Диалоги в воображении	151
Работа с воображением с целью обеспечения замещающего родительства	157
Травматические воспоминания	161
Письмо родителям	163
Работа в воображении с целью разрушения паттернов	165
Преодоление препятствий в экспериментальной работе: избегание схем	168
Обоснование необходимости работы с воображением для пациента	169
Подождать и дать разрешение	169
Релаксационные образы с постепенным усилением аффекта	170
Медикаментозное лечение	170
Работа с телом	170
Диалог с отстраненным защитником	170
Итоги	172
Глава 5. Разрушение поведенческих паттернов	173
Копинговые стратегии	174
Пример из практики	174
Деадаптивные копинговые стратегии, связанные с конкретными схемами	176
Готовность к изменению поведенческих паттернов	180
Определение паттернов поведения, которые следует изменить	180
Уточненная концептуализация случая	180
Подробное описание проблемного паттерна поведения	180
Воображение событий-триггеров	182
Терапевтические отношения	184
Отчеты значимых других	186
Схемные опросники	187
Работа с проблемным поведением в целях разрушения паттернов	187
Изменение поведения в противовес изменению жизни	187
Начинайте с наиболее проблемного поведения	188

Мотивация для изменения поведения	188
Связь целевого поведения с источником его происхождения в детстве	188
Анализ преимуществ и недостатков проблемного поведения	189
Составление копинг-карточек	190
Репетиция здорового поведения в работе с воображением и в ролевой игре	190
Согласование домашнего задания	191
Проверка домашнего задания	192
Пример из практики	192
Устранение препятствий, блокирующих поведенческие изменения	197
Понимание сути препятствий	197
Работа с воображением	197
Диалоги между препятствием и здоровой стороной личности пациента	198
Копинг-карточки	198
Перераспределение домашнего задания	199
Положительные стимулы	199
Примеры из практики	200
Масштабные жизненные перемены	202
Итоги	203
Глава 6. Терапевтические отношения	205
Терапевтические отношения на этапе оценки схемы и информирования пациента	205
Установление контакта	205
Концептуализация случая	206
Оценка потребностей клиента в замещающем родительстве	210
Качества идеального психотерапевта в схема-терапии	211
Собственные схемы и режимы психотерапевта	214
Роль терапевтических отношений в процессе информирования пациента	224
Терапевтические отношения на этапе изменения	226
Эмпатическая конфронтация (или эмпатическая проверка реальности)	226
Замещающее родительство на этапе изменения	228
Итоги	234

Глава 7. Подробные стратегии работы по терапии схем	235
Домен “Нарушение связи и отвержение”	235
Схема Покинутости/Нестабильности	235
Недоверие/Ожидание жестокого обращения	238
Эмоциональная депривированность	243
Дефективность/Стыдливость	247
Социальная отчужденность	250
Домен “Нарушение автономии и эффективности”	253
Зависимость/Беспомощность	253
Уязвимость	256
Запутанность/Неразвитая идентичность	258
Неуспешность	261
Домен “Нарушение границ”	265
Привилегированность/Грандиозность	265
Недостаточность самоконтроля	267
Домен “Чрезмерная ответственность и жесткие стандарты”	271
Покорность	271
Самопожертвование	274
Поиск одобрения	279
Домен “Чрезмерная ответственность и жесткие стандарты”	283
Негативизм/Пессимизм	283
Подавление эмоций	288
Жесткие стандарты/Придирчивость	292
Пунитивность	295
Глава 8. Работа с режимами функционирования схемы	299
Когда следует применять подход режимов	300
Общие режимы функционирования схемы	300
Детские режимы	301
Деадаптивные копинговые режимы	303
Дисфункциональные родительские режимы	305
Режим Здорового взрослого	306
Семь основных шагов при работе с режимами функционирования схемы	307
Пример из практики: Аннет	307
Шаг 1. Идентификация и обозначение режимов пациента	309
Шаг 2. Исследование источников происхождения и адаптивной ценности режимов	314

Шаг 3. Соотнесение дезадаптивных режимов с текущими проблемами и симптомами	315
Шаг 4. Демонстрация преимуществ изменения режима или отказа от него	318
Шаг 5. Получение доступа к режиму Уязвимого ребенка посредством работы с воображением	323
Шаг 6. Диалоги между режимами, в которых психотерапевт моделирует Здорового взрослого	326
Шаг 7. Помощь пациенту в генерализации работы с режимами в ситуациях за пределами сеансов психотерапии	331
Итоги	333
Глава 9. Схема-терапия при пограничном расстройстве личности	335
Концептуализация пограничного расстройства личности с точки зрения схема-терапии	335
Режимы функционирования схемы у пациентов с ПРЛ	336
Предполагаемые источники происхождения пограничного расстройства личности	340
Диагностические критерии DSM-IV для ПРЛ и режимы функционирования схем	342
Пример из практики	343
Четыре режима пациентов с пограничным расстройством личности	348
Лечение пациентов с пограничным расстройством личности	351
Подход к лечению	351
Общие терапевтические цели	354
Обзор курса лечения	354
Подробное описание лечения	359
Помощь Сердитому ребенку и Покинутому ребенку в совладании	382
Установление границ	384
Работа с суицидальным кризисом	391
Работа с травматическими детскими воспоминаниями, связанными с жестоким обращением или оставлением	394
Установление близких отношений и индивидуация	397
“Подводные камни” для психотерапевтов в работе с пациентами с ПРЛ	398
Итоги	400

Глава 10. Схема-терапия при нарциссическом расстройстве личности	401
Режимы функционирования схем у пациентов с нарциссическим расстройством личности	401
Другие схемы	403
Режим Одинокого ребенка	403
Режим Самовозвеличивателя	404
Режим Отстраненного самоутешителя	406
Критерии нарциссического расстройства личности по DSM-IV	407
Нарциссическое расстройство личности и наличие схемы	
Привилегированности/Грандиозности в чистом виде: в чем разница?	408
Источники происхождения нарциссизма в детстве	409
Одиночество и изоляция	410
Недостаточные ограничения	410
Ситуации использования или манипулирования со стороны других людей	410
Условное принятие	411
Типичные истории детства	411
Пациенты с нарциссическим расстройством личности в близких отношениях	413
Пациенты с нарциссическим расстройством личности неспособны принимать любовь	413
Отношения как источник принятия и валидации	413
Низкий уровень эмпатии	414
Зависть	414
Идеализация и обесценивание объектов любви	414
Схема Привилегированности/Грандиозности в отношениях	415
Отстраненный самоутешитель при отсутствии внешней валидации	416
Оценка нарциссизма	416
Поведение пациента на сеансах психотерапии	416
Характер представленной проблемы и история ее возникновения	417
Описание пациентом своего детства и его реакции на работу с воображением	418
Результаты заполнения Методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга и применения других инструментов оценки	418

Пример из практики	419
Представленная пациентом проблема и клиническая картина	419
Лечение нарциссизма	423
Основная цель лечения	423
Текущие жалобы пациента как рычаги воздействия на него	424
Психотерапевт устанавливает связь с Одиноким ребенком	425
Психотерапевт тактично противостоит снисходительному и вызывающему отношению пациента	426
Психотерапевт тактично напоминает о своих правах всякий раз, когда пациент нарушает их	429
Психотерапевт проявляет уязвимость	432
Психотерапевт представляет концепцию режима Одинокого ребенка	433
Психотерапевт исследует источники происхождения режимов в детстве пациента с помощью техник визуализации	436
Психотерапевт и пациент работают с режимами функционирования схем	438
Психотерапевт исследует адаптивные функции копинговых режимов	441
Психотерапевт учит пациента вести переговоры между режимами с помощью схемных диалогов	443
Психотерапевт связывает режим Одинокого ребенка с нынешними близкими отношениями пациента	446
Психотерапевт помогает пациенту генерализировать достигнутые изменения для ситуаций вне терапии	447
Психотерапевт предлагает когнитивные и поведенческие стратегии	448
Распространенные препятствия в лечении нарциссизма	450
Итоги	451
Список литературы	453
Предметный указатель	457

ДИАГНОСТИКА СХЕМЫ И ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Этап диагностики схемы и информирования пациента в схема-терапии предполагает достижение шести основных целей.

1. Определение дисфункциональных жизненных паттернов.
2. Идентификация ранних дезадаптивных схем и их триггеров.
3. Выявление источников возникновения схем в детстве и подростковом возрасте.
4. Определение копинговых стратегий и реакций.
5. Оценка темперамента пациента.
6. Сведение воедино всех данных: концептуализация случая.

Хотя процесс диагностики и носит структурированный характер, его нельзя назвать шаблонным. В каждом отдельно взятом случае психотерапевт разрабатывает гипотезы на основе полученных от пациента данных и корректирует эти гипотезы по мере поступления дополнительной информации. По мере того как психотерапевт, используя различные режимы функционирования схемы (о которых мы поговорим позже), оценивает жизненные паттерны, схемы, копинговые стратегии и темперамент пациента, полученная им информация постепенно кристаллизуется в схема-ориентированную концептуализацию случая.

Приведем краткий обзор этапов диагностики и информирования пациента. Психотерапевт начинает с первоначальной диагностики. Он оценивает имеющиеся у пациента проблемы и цели лечения, а также то, насколько пациенту подходит схема-терапия. Затем психотерапевт расспрашивает пациента об истории его жизни и выявляет дисфункциональные паттерны поведения, препятствующие удовлетворению основных эмоциональных потребностей пациента. Эти паттерны обычно представляют собой достаточно длительные циклы в отношениях и в работе, которые раз за разом подкрепляют сами себя и которые приводят к неудовлетворенности и появлению тех или иных симптомов. Психотерапевт объясняет пациенту концепцию схемы и сообщает ему, что они будут работать вместе, чтобы идентифицировать схемы и копинговые стратегии пациента. В качестве домашнего задания пациент заполняет опросники, а во время очередного сеанса обсуждает с психотерапевтом их результаты. Затем психотерапевт использует экспериенциальные техники, в первую очередь визуализацию,

чтобы получить доступ к схемам и запустить их с помощью триггеров, а также чтобы связать схемы с их источниками родом из детства и с проблемами, актуальными для пациента в настоящее время. Психотерапевт наблюдает схемы пациента и его копинговые стратегии по мере их проявления в рамках терапевтических отношений. Наконец, психотерапевт оценивает эмоциональный темперамент пациента.

На этом этапе работы пациенты постепенно приходят к пониманию сути своих схем и источников их происхождения в детстве. Они анализируют, каким образом эти саморазрушительные паттерны повторялись на протяжении всей их жизни. Пациенты определяют копинговые стратегии (капитуляция, избегание и гиперкомпенсация), которые они развили, чтобы справляться со схемами, и размышляют над тем, каким образом их индивидуальный темперамент и события в их раннем детстве способствовали развитию именно этих копинговых стратегий. Они устанавливают взаимосвязь между своими схемами и текущими проблемами, обретая чувство непрерывности процесса своего развития с детства и до настоящего времени. Таким образом, пациенты начинают воспринимать свои схемы и копинговые стратегии как концепции, которые во многом влияют на их восприятие собственной жизни.

Мы обнаружили, что использование нескольких методов диагностики повышает точность выявления схем. Например, у некоторых пациентов схемы проявляются не при заполнении методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга, а при заполнении Опросника родительского стиля Янга. Таким пациентам легче вспомнить установки и поведение своих родителей, чем получить доступ к собственным эмоциям. Заполняя опросники, пациенты могут предоставлять неточную или противоречивую информацию вследствие избегания или гиперкомпенсации схем, — но при применении техник работы с воображением эти процессы будут в меньшей степени влиять на результат.

Этап диагностики включает в себя интеллектуальный и эмоциональный аспекты. С помощью опросников, логического анализа и имеющихся фактических данных пациенты определяют свои схемы на рациональном уровне, но, помимо этого, они обретают их ощущение на уровне эмоций с помощью экспериенциальных техник, например визуализации. Заключение психотерапевта о том, подходит ли пациенту та или иная гипотеза о его схеме, в значительной степени основывается на том, что “кажется верным” пациенту: правильно определенная схема обычно вызывает у него эмоциональный резонанс.

Во время этапа диагностики психотерапевт использует когнитивные, экспериенциальные, поведенческие оценки, а также наблюдает за ходом развития терапевтических отношений. Таким образом, оценка является многогранной задачей, в ходе решения которой психотерапевт и пациент формулируют гипотезы и уточняют их при получении дополнительной информации. Когда результаты применения нескольких разных методов подтверждают друг друга в контексте центральных тем жизни пациента, психотерапевту удается идентифицировать его базовые схемы. Оценка постепенно преобразуется в схема-ориентированную концептуализацию случая.

Время, необходимое для завершения процесса диагностики, может быть весьма разным. Для относительно простых случаев может потребоваться всего лишь пять сеансов диагностики, в то время как для пациентов с более развитыми паттернами гиперкомпенсации или избегания обычно требуется больше времени.

СХЕМА-ОРИЕНТИРОВАННАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СЛУЧАЯ

Схема-терапия подчеркивает важность индивидуальной концептуализации случая. Некоторые когнитивные терапевты предложили отличные примеры составления формулировки случая с точки зрения когнитивной терапии (например, *Beck et al., 1990; Persons, 1989*). Схема-ориентированную концептуализацию случая можно считать более широкой: она подразумевает создание интегративной структуры, включающей в себя саморазрушительные жизненные паттерны, процессы раннего развития, копинговые стратегии, а также схемы пациента. Таким образом, каждый случай требует уникальной концептуализации, основанной как на ранних дезадаптивных схемах пациента, так и на его копинговых стратегиях.

К окончанию этапа диагностики, психотерапевт заполняет форму схема-ориентированной концептуализации случая (рис. 2.1)¹. Эта форма включает в себя схемы пациента, их связи с имеющимися проблемами, триггеры схем, предполагаемые факторы темперамента, источники формирования схем, базовые воспоминания, базовые когнитивные искажения, копинговое поведение, режимы функционирования схем, влияние схем на терапевтические отношения и стратегии изменения.

Важность точного определения схем и копинговых стратегий

Для эффективной концептуализации случая психотерапевт должен провести точную оценку ранних дезадаптивных схем и копинговых стратегий пациента. Концептуализация случая оказывает большое влияние на ход лечения, предоставляя тактические соображения и практические рекомендации для выбора аспектов, которые следует изменить, и проведения терапевтических процедур. Правильное определение схемы направляет интервенции, укрепляет терапевтический альянс, позволяя пациенту почувствовать, что его понимают, и предотвращает возможные трудности на этапе изменения.

Важно, чтобы психотерапевт не спешил с выводами о том, какие именно схемы проявляются у пациента, основываясь исключительно на диагнозе по DSM-IV, истории жизни пациента или данных, полученных в результате применения какого-то одного инструмента диагностики. Один и тот же диагноз по оси I у разных людей может быть проявлением разных схем. Почти все схемы могут привести к депрессии, тревожности, злоупотреблению алкоголем или наркотиками, психосоматическим симптомам или сексуальной дисфункции. Даже при одном и том же диагнозе, таком как ПРЛ, разные пациенты могут демонстрировать различные схемы.

¹ Комплект всех форм и методик, упомянутых в этой книге, можно приобрести на веб-сайте Института схема-терапии: www.schematherapy.com/fororderinginformation (на английском языке).

РИС. 2.1. Форма схема-ориентированной концептуализации случая Аннет**Информация о пациенте**

Имя психотерапевта: Рэйчел В.
Имя пациента: Аннет Г.* Возраст: 26 лет
Семейное положение: не замужем
Дети (возраст): Нет
Профессия: Секретарь
Этническая принадлежность: Европеоидная раса
Образование: Закончила среднюю школу

Актуальные схемы

1. Эмоциональная депривированность (нехватка заботы, сочувствия и защиты)
2. Самопожертвование
3. Недоверие/Ожидание жестокого обращения
4. Дефективность/Стыдливость
5. Привилегированность/Грандиозность
6. Недостаточность самоконтроля

Текущие проблемы

Проблема 1: депрессия.

Связь со схемами: Эмоциональной депривированности, Дефективности/Стыдливости, Самопожертвования.

Проблема 2: злоупотребление алкоголем.

Связь со схемами: Эмоциональной депривированности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Дефективности/Стыдливости.

Проблема 3: проблемы в отношениях: встречается с неподходящими мужчинами, испытывает трудности в установлении близких отношений.

Связь со схемами: Эмоциональной депривированности, Недоверия/Ожидания жестокого обращения, Дефективности/Стыдливости, Самопожертвования.

Проблема 4: проблемы на работе: не выполняет поставленные задачи, переходит с одного места работы на другое.

Связь со схемами: Недостаточности самоконтроля, Привилегированности/Грандиозности

Триггеры схем (если триггеры относятся только к мужчинам или только к женщинам, укажите в скобках соответствующий пол):

1. выбор потенциального партнера (М);
2. поиск близости с потенциальным партнером (М);
3. чувство одиночества;
4. размышления о своих проблемах и о необходимости психотерапии;
5. просьбы выполнить какую-то скучную, рутинную или неинтересную задачу.

Степень выраженности схем, копинговых реакций и режимов; риск декомпенсации

Схемы умеренно выражены. Копинговые реакции и режимы очень выраженные. Суицидальные мысли отсутствуют. Риск декомпенсации низкий.

Возможное влияние темперамента и биологических факторов

Нет

Источники возникновения схемы в детстве

1. Мать была беспомощной и нуждалась в заботе. Ни один из родителей не удовлетворял эмоциональные потребности Аннет в детстве.
2. Отец был раздражительным и вспыльчивым. Аннет оказалась в роли защитницы матери от нападок отца.

Окончание рис. 2.1

3. В детстве у Аннет не было никаких границ или дисциплины. Она могла делать и иметь все, что только хотела.
4. Члены семьи никогда не говорили о своих чувствах вслух и не обсуждали свои проблемы.

Базовые детские воспоминание или образы

Отец был очень разгневан. Аннет и ее мать были напуганы. Мать обратилась к Аннет за помощью, но сама не предоставила ребенку ни поддержки, ни сочувствия, ни защиты.

Базовые когнитивные искажения

1. Никто никогда не будет заботиться об удовлетворении моих потребностей. Я должна быть сильной всегда.
2. Со мной что-то не так, раз у меня столь много эмоциональных проблем, и я очень нуждаюсь в поддержке и заботе
3. Большинство мужчин непредсказуемы, злы и вспыльчивы.
4. Я должна иметь возможность делать все, что захочу.
5. Я не обязана выполнять задания/действия или поддерживать отношения, которые для меня скучны или неинтересны.

Поведение капитуляции

1. Никого не просит заботиться о ней или защищать ее.
2. Заботится о матери, ничего не прося взамен.
3. Ни с кем не говорит о своей эмоциональной уязвимости.

Поведение избегания

1. Злоупотребляет алкоголем, чтобы заглушить болезненные чувства.
2. Ищет стимуляции и новизны, чтобы избежать неприятных эмоций.
3. Старается не сосредоточиваться на своих болезненных мыслях и чувствах.
4. Избегает близких отношений с мужчинами.

Поведение гиперкомпенсации

Ведет себя жестко и сдержано, хотя в душе чувствует себя уязвимой и нуждающейся в заботе.

Соответствующие режимы схемы (в дополнение к режиму Здорового взрослого)

1. Суровая Аннет (Отстраненный защитник)
2. Маленькая Аннет (Одиноким напуганный ребенок)
3. Избалованная Аннет

Терапевтические отношения (влияние схем и режимов на поведение во время сеанса; личные реакции и/или контрперенос)

Аннет ведет себя сдержанно большую часть сеанса. Она не хочет признавать существование сильной привязанности, потребности в заботе или уязвимости по отношению ко мне, хотя при этом кажется, что она вовлечена в процесс общения и поддерживает связь. Она пытается избегать упражнений связанных с воображением и не любит говорить о болезненных эмоциях или событиях. Она часто не выполняет домашние задания, утверждая, что они скучные или расстраивают ее.

Несмотря на эти проблемы, я считаю, что Аннет достаточно вовлечена в нашу совместную работу, и думаю, что у нас хорошие терапевтические отношения. Меня несколько огорчают ее низкий уровень дисциплины в выполнении заданий, а также пренебрежение к интересам других людей в режиме Избалованной Аннет.

* Обсуждение случая Аннет приведено в главе 8.

Кроме того, психотерапевт не может делать выводы о наличии определенной схемы исключительно на основе простого анализа детских переживаний пациента: у пациентов могут быть одинаковые болезненные обстоятельства в детстве, но в конечном итоге у них могут сформироваться разные схемы. Например, обе пациентки выросли с отцами, которые их отвергали. У первой пациентки развились схемы Покинутости/Нестабильности и Дефективности/Стыдливости, обе относительно тяжелые. Отец относился к старшей сестре пациентки с любовью, но игнорировал при этом свою младшую дочь. Она пришла к выводу, что с ней что-то не так, и что из-за этого отец ее не любит. Поскольку она с раннего детства чувствовала, что любой человек, которому она нравится, в конечном итоге уйдет, она полностью избегала романтических отношений, чтобы не испытать боль в будущем.

В случае второй пациентки отец отвергал не только ее, но всех детей в семье. Однако ее мать (в отличие от матери первой пациентки) была заботливым и любящим родителем, и она компенсировала холодность отца, обеспечивая детей любовью и принятием. Вторая пациентка объясняла отторжение со стороны отца его неспособностью любить, поскольку он был столь же холоден в общении с другими своими детьми. Она пришла к выводу, что некоторые мужчины не будут ее любить, но зато другие будут, и поэтому ей просто нужно выбирать тех, кто относится ко второй категории. Повзрослев, она выбирала себе в партнеры мужчин, способных проявлять свою любовь, и они излечили травму, нанесенную отцом. Хотя у этой пациентки была схема Покинутости/Нестабильности (от низкой до средней степени выраженности), у нее не развилась схема Дефективности/Стыдливости. Таким образом, у двух пациенток с одинаково отвергающими отцами в результате сложного соединения элементов их детских переживаний сформировались разные схемы и копинговые стратегии.

Другие факторы также влияют на то, какие схемы развиваются у пациента, а также на степень выраженности этих схем. В жизни многих пациентов (таких, как вторая женщина из приведенного выше примера) присутствуют люди, противодействующие схеме и предоставляющие то, в чем нуждается пациент, тем самым предотвращая развитие схемы или ослабляя ее. Дальнейший жизненный опыт пациентов также способен изменить или излечить их схему. Например, пациенты могут сформировать здоровые романтические отношения или установить близкие дружеские отношения и, таким образом, исцелить свои схемы из домена Нарушение связи и отвержение. Иногда темперамент пациента предотвращает формирование схемы. Одни люди более устойчивы в психологическом отношении и не развивают выраженных ранних дезадаптивных схем даже в условиях существенных жизненных трудностей, тогда как другие люди более уязвимы и развивают дезадаптивные схемы даже при относительно умеренном уровне плохого обращения с ними.

Точная идентификация схемы важна, поскольку для каждой из схем есть свои индивидуальные интервенции. Например, пациентка постоянно просит психотерапевта дать ей совет насчет ее проблем с парнем. На основании подобных запросов, психотерапевт приходит к ошибочному выводу о том, что у нее присутствует схема зависимости. Поскольку терапевтическая стратегия для схемы зависимости состоит в том, чтобы повысить уровень уверенности пациента в себе, заставляя его самостоятельно принимать решения, психотерапевт отказывается давать ей готовые советы. Однако на

самом деле у пациентки действует схема Эмоциональной депривированности. У нее никогда не было рядом кого-то сильного, к кому она могла бы обратиться за советом. Стратегия терапии схемы Эмоциональной депривированности состоит в том, чтобы в каком-то смысле исполнять роль родителя пациента — заботиться о нем, обеспечивать сочувствие и поддержку, т.е. удовлетворять его эмоциональные потребности, которые не были удовлетворены в детстве. Рассматривая ситуацию с этой точки зрения, психотерапевт может предлагать пациенту конкретные советы. Таким образом, правильное определение схемы является ключом к правильному выбору вида интервенции.

Точное определение копинговых стратегий пациента также важно для концептуализации случая. Пациент в основном подчиняется схеме, избегает или гиперкомпенсирует ее. Большинство пациентов используют некую комбинацию копинговых стратегий. Пациент со схемой Дефективности/Стыдливости может прибегать к гиперкомпенсации на работе, состязаясь и конкурируя с другими людьми, но при этом избегать близких отношений в личной жизни и предпочитать проводить время в одиночестве. Копинговые стратегии не зависят от схемы: они выходят за рамки отдельно взятых схем, выступая в качестве механизмов преодоления неприятных эмоций, вызываемых этими схемами. Например, люди, одержимые азартными играми, стремятся с помощью погружения в игру сбежать от неприятных эмоций, связанных с оставлением, жестоким обращением, отвержением или подчинением. Они могут играть, чтобы избежать боли от практически любой схемы, которая приносит им психологическое страдание.

Для психотерапевта важно определить адаптивную ценность копинговых стратегий пациента на ранних этапах его жизни. Пациент выработал определенную копинговую стратегию не просто так, а чтобы справиться с трудной ситуацией в детстве. Тем не менее, эта копинговая стратегия, вероятно, стала неадекватной во взрослом мире, где пациенту доступно гораздо больше возможностей, и где он уже не зависит от жестокого обращения и отсутствия заботы со стороны родителей. Избегание или гиперкомпенсация могут стать проблемой для успешного излечения пациента, поскольку эти копинговые стратегии препятствуют работе со схемой. Одна из целей этих копинговых стратегий — помешать пациенту осознать факт наличия у него схемы, однако пациент должен осознать свою схему, чтобы начать борьбу с ней. Копинговая стратегия также является проблематичной, если она снижает качество жизни пациента, — например, если пациент прокрастинирует, избегает общества других людей, подавляет свои эмоции, бездумно тратит деньги или злоупотребляет алкоголем или наркотиками.

Во время сеанса психотерапии пациенты могут реагировать на терапевтические интервенции, которые запускают их схемы, теми же копинговыми стратегиями, которые они используют в повседневной жизни. Важно уметь распознавать копинговые стратегии, поскольку иногда поведение, которое на первый взгляд выглядит здоровым, на самом деле представляет собой дезадаптивную копинговую стратегию. Спокойная отрешенность пациента с избегающей копинговой стратегией может напоминать поведение Здорового взрослого, но в действительности это указывает на дисфункциональный подход к эмоциям.

Восприятие проблемных паттернов поведения как копинговых стратегий помогает нам понять, почему пациенты упорствуют в своем саморазрушительном поведе-

нии. Сопротивление таких пациентов изменениям указывает на их постоянную зависимость от реакций, которые срабатывали (по крайней мере, до некоторой степени) в прошлом.

ПОДРОБНЫЙ ПРОЦЕСС ДИАГНОСТИКИ СХЕМЫ И ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Теперь мы более подробно обсудим конкретные шаги в процессе диагностики схемы и информирования пациента.

Первоначальная оценка

Задача этапа первоначальной оценки состоит в том, чтобы выявить проблемы пациента и определить терапевтические цели, а также оценить, насколько пациенту подходит схема-терапия.

Оценка существующих проблем и терапевтических целей

Для психотерапевта важно четко определить существующие проблемы и помнить о них в процессе оценки ситуации пациента. Иногда психотерапевты заикливаются на исследовании схем пациента и забывают определить их связь с существующими проблемами. Психотерапевт формулирует проблему, используя термины и концепции схема-терапии, а затем разрабатывает план терапии, который помогает пациенту увидеть направление движения и обрести надежду.

Психотерапевт должен стремиться к конкретности в определении существующих проблем и терапевтических целей. Например, при формулировке проблемы вместо того, чтобы сказать: “У пациента проблемы с выбором работы”, психотерапевт говорит: “Пациент отрицает потенциальные возможности карьерного роста и прокрастинирует вместо того, чтобы искать работу”; или вместо того, чтобы сказать: “У пациента возникают трудности в отношениях”, психотерапевт говорит: “Пациент неоднократно выбирал партнеров, которые бросали его или отстранялись от него”. Такой подход к описанию существующих проблем помогает психотерапевту эффективно сформулировать терапевтические цели.

Пример из практики. Марике 45 лет. Она обратилась к психотерапевту за помощью в решении семейных проблем. Далее приведены фрагменты из ее беседы с доктором Янгом. На момент этого разговора, Марика уже восемь месяцев проходила схему-терапию с другим психотерапевтом.

В первом фрагменте Марика описывает свои отношения с мужем Джеймсом.

“Я замужем за Джеймсом семь лет. Я вышла замуж в 38 лет. У нас нет детей. Мы оба работаем. Я управляю художественной галереей, а он — владелец строительной компании. Мы оба сделали блестящую карьеру, но мы вечно не вполне довольны сами собой и постоянно заняты”.

“Мне кажется, когда мы только поженились, я не воспринимала его нападки всерьез. Сейчас я думаю, что Джеймс абьюзер; он словесно и эмоционально оскорбляет меня. Я думала, что с моей помощью он исправится — со временем. Теперь я чувствую, будто у меня больше не осталось ни времени, ни терпения на его выходки, но я люблю его и хочу сохранить брак”.

Все способы, к которым прибегала Марики, чтобы улучшить свой брак, перестали работать, и у нее уже не осталось сил на продолжение попыток. Она чувствует, что ее эмоциональные потребности не удовлетворяются, и что муж ее оскорбляет. Ее терапевтической целью является улучшение качества супружеских отношений, чтобы она чувствовала, что ее потребности удовлетворяются, и чтобы муж больше не обращался с ней в унижительной манере. В процессе диагностики психотерапевт попытается понять ее семейные проблемы с точки зрения схем и копинговых стратегий — как самой Марики, так и ее мужа.

Оценка соответствия метода схема-терапии потребностям клиента

Схема-терапия подходит не всем пациентам; в некоторых случаях это станет понятно лишь после того, как острый кризис будет устранен и симптомы смягчатся, не раньше. В следующем списке приведены некоторые признаки того, что схема-терапия может либо не подходить пациенту, либо с ее применением следует повременить.

1. У пациента глубокий кризис в какой-то области его жизни.
2. Пациент имеет психотические расстройства.
3. У пациента острое и относительно тяжелое расстройство оси I, лечение которого еще не проводилось, и которое требует к себе немедленного внимания.
4. Пациент в настоящее время злоупотребляет алкоголем или наркотическими веществами на уровне от умеренного до тяжелого.
5. Озвученная пациентом проблема носит ситуативный характер или не выглядит связанной с жизненным паттерном или схемой.

Если пациент переживает кризис, психотерапевт работает над его разрешением до начала схема-терапии. Если у пациента острое, тяжелое и неизлеченное заболевание по оси I, психотерапевт сначала направляет лечение на облегчение симптомов посредством когнитивно-поведенческой терапии или психотропных препаратов. Например, если у пациента наблюдаются тяжелые приступы паники, глубокая депрессия, бессонница или булимия, то, прежде чем приступить к работе над схемой, психотерапевт занимается острым расстройством. Если в настоящее время пациент злоупотребляет психоактивными веществами, психотерапевт сначала направляет лечение на прекращение этого злоупотребления. Как только пациент прекратил аддиктивное поведение или значительно сократил его проявления, психотерапевт переходит к работе над схемой. Практически невозможно эффективно работать над схемой, если пациент серьезно злоупотребляет психоактивными веществами, поскольку они подавляют эмоции, с которыми пациенту приходится сталкиваться, чтобы прогрессировать. Это особенно заметно в тех случаях, когда пациент находится под воздействием наркотиков или алкоголя прямо во время сеансов психотерапии.

Изначально мы разрабатывали схема-терапию для лечения расстройств личности, но в настоящее время она используется для лечения многих хронических расстройств оси I, часто в сочетании с другими методами. Устойчивая к лечению или рецидивирующая тревога и депрессия часто являются подходящими мишенями для схема-терапии. Когда у пациента нет явно выраженного расстройства, относящегося к оси I, часто назначается схема-терапия. Например, пациент в возрасте 31 года проходил когнитивно-поведенческую терапию для лечения депрессии, но у него не получалось выполнять домашние задания. Психотерапевт формулирует проблему с точки зрения схемы Покорности. Домашние задания напоминают пациенту о его школьных годах, когда он негодовал по поводу контроля со стороны родителей и учителей, восставал против авторитетов. Как и тогда, пациент гиперкомпенсирует свою схему, не выполняя домашние задания. Поскольку пациент хочет добиться прогресса, психотерапевт может объединить усилия с ним в борьбе со схемой, чтобы завершить работу, начатую с применением когнитивно-поведенческого метода.

Другие терапевтические трудности, которые можно решать посредством схема-терапии, включают в себя проблемы регулярности посещения сеансов и проблемы терапевтических отношений. Если существуют некие блоки, снижающие эффективность лечения, подход схема-терапии может помочь терапевту и пациенту в концептуализации такого блока и выработке возможных решений. Часто бывает полезным представить пациенту блок в качестве режима, а затем дать ему понять, что вы с ним будете действовать как союзники, чтобы научить его реагировать на этот режим здоровым образом.

История жизни пациента

Психотерапевт пытается определить, имеют ли текущие проблемы пациента ситуативный характер или же отражают некие паттерны в его жизни. Например, 64-летний мужчина попадает на терапию после смерти своей жены. Он находится в глубокой депрессии и не реагирует ни на фармакологическое, ни на психологическое лечение. Представляет ли собой его депрессия работу схемы или это просто последствие его горя? Оба варианта в равной мере вероятны.

Чтобы ответить на этот вопрос, психотерапевт сосредоточивается на изучении истории жизни пациента. Он начинает с текущей проблемы и постепенно продвигается в прошлое пациента, чтобы отследить проблему как можно дальше. Психотерапевт ищет периоды активации схемы в прошлом, анализируя их вместе с пациентом. Испытывал ли пациент какие-либо травматические потери в детстве? Паттерны возникают как схожие триггерные события, когниции, эмоции и поведение, которые периодически повторяются в разных ситуациях. Истории отношений пациента с другими людьми, трудности в школе или на работе, а также периоды интенсивных эмоций дают ключи к схемам. Например, если пациентка испытывает проблемы со сдерживанием своего гнева при общении с начальником, вполне возможно, что он запускает одну из ее схем. Дальнейшее изучение этого вопроса может пролить свет на этот вопрос.

Психотерапевт также пытается определить копинговые стратегии (капитуляция, избегание или гиперкомпенсация) пациента. Психотерапевт исследует, каким образом пациент совладал со своими схемами в прошлом.

Когда пациенты капитулируют перед схемой, они воспроизводят ее так же, как это происходило с ними в детстве, в той же роли. Они испытывают те же мысли и чувства, которые были им свойственны в детстве, и ведут себя так же, как тогда. Избегание схемы, напротив, выглядит как бегство от схемы. Она предполагает использование когнитивной, эмоциональной или поведенческой стратегии с целью отрицания схемы, ее минимизации или отделения от нее. При гиперкомпенсации схемы пациент, кажется, сопротивляется: использует когнитивную, эмоциональную или поведенческую тактику для контратаки, компенсации или экстернализации схемы.

Психотерапевт представляет пациенту концепцию копинговых стратегий, объясняя, что это те стратегии, которые были разработаны им в детстве, чтобы адаптироваться к неприятным событиям. Индивидуальные копинговые стратегии пациентов являются результатом взаимодействия их темперамента и родительского подхода к воспитанию. Со временем, эти стратегии стали обобщенными средствами взаимодействия с миром. Копинговые стратегии становятся особенно заметными, когда запускаются схемы. Психотерапевт говорит пациентам, что копинговые стратегии могут препятствовать доступу к схемам и мешать достижению прогресса в лечении. Кроме того, некоторые копинговые стратегии, такие как употребление психоактивных веществ или эмоциональная отстраненность, сами по себе проблематичны. Такое знакомство с копинговыми стратегиями обуславливает необходимость заполнения опросников и побуждает пациентов предоставлять психотерапевту информацию о том, как они справились с трудностями в прошлом.

Случай Марики

В беседе с Марикой (пациентка из приведенного выше примера) д-р Янг целенаправленно сосредоточивается на истории ее жизни, чтобы определить, являются ли ее трудности в браке с Джеймсом уникальными для их отношений или выступают в качестве общего жизненного паттерна. В следующем фрагменте д-р Янг расспрашивает Марику о ее предыдущих отношениях. Он начинает с настоящего времени и перемещается в обратном направлении, выискивая информацию, которая относится к текущей проблеме пациентки.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что вы можете сказать о ваших отношениях в прошлом, до Джеймса?

МАРИКА: Это была практически копия наших с Джеймсом отношений. Они оба злоупотребляли алкоголем. Оба оскорбляли и обижали меня. Но если Джеймс отстраняется от меня в эмоциональном плане, то Крис делал это в буквальном смысле слова, физически: он уходил и не ночевал дома. Оба мужчины были щедры в финансовом плане, и оба часто говорили, что любят меня.

В этот момент в романтических отношениях Марики появляется паттерн. Оба партнера проявляли к ней “жестокое обращение”, и она чувствовала себя с ними “покинутой”, оба были щедры в материальном плане. Психотерапевт выдвигает гипотезу