

Содержание

Об авторах	13
Предисловие	14
Благодарности	16
Введение	19
Глава 1. Пограничное расстройство личности	21
Что представляет собой пограничное расстройство личности	21
Распространенность и коморбидность	23
Развитие ПРЛ	24
Глава 2. Схема-терапия пограничного расстройства личности	27
Истоки применения схема-терапии для лечения пограничного расстройства личности	27
Результаты исследований	28
Признаки, указывающие на наличие других расстройств	32
Обоснование лечения и теории, обосновывающие лечение	34
Режимы схем	36
Отстраненный защитник	40
Покинутый/обиженный ребенок	45
Сердитый/импульсивный ребенок	47
Пунитивный родитель	50
Здоровый взрослый	53
Счастливым ребенок	54
Резюме	55
Глава 3. Лечение	57
Структура лечения	59
Фазы лечения	62
Вступление: лечение коморбидных расстройств	62
Начальная фаза и концептуализация кейса	63
Кризисное управление	73
Фаза лечения: терапевтические интервенции с помощью режимов схем	74
Финальная фаза терапии	77
Часто задаваемые вопросы о лечении	78
Глава 4. Терапевтические отношения	81
Ограниченное замещающее родительство	81
Забота о ребенке	84

Задание направления	85
Эмпатическая конфронтация	87
Постановка пределов	89
Рольевые игры и обмен ролями	98
Имагинативная рескрипция	98
Схемы терапевта	98
Саморазоблачение	100
Когнитивные техники и терапевтические отношения	102
Поведенческие техники и терапевтические отношения	104
Резюме	105
Глава 5. Экспериментальные техники	107
Создание мысленных образов	107
Применения и цели создания мысленных образов	108
Мысленный образ безопасного места	114
Использование имагинации для отыскания истоков режимов	115
Имагинативная рескрипция	122
Базовая двухфазная модель имагинативной рескрипции во время первой части терапии	122
Фаза 1: клиент рисует в своем воображении исходную ситуацию	123
Фаза 2: терапевт осуществляет рескрипцию	126
Имагинативная рескрипция на последней фазе лечения	132
Фаза 2: рескрипция, выполняемая клиентом как здоровым взрослым	133
Варианты в случае, если клиент лишь частично способен пребывать в режиме здорового взрослого	134
Фаза 3: восприятие рескрипции ребенком	135
Имагинативная рескрипция: изменение поведенческих паттернов в будущем	138
Часто задаваемые вопросы об имагинативной рескрипции	142
Рольевые игры	152
Исторические рольевые игры	153
Фаза 1: исходная ситуация	154
Фаза 2: перемена ролей	156
Фаза 3а: выполнение рескрипции, когда меняется интерпретация поведения другого человека	160
Фаза 3б: выполнение рескрипции, когда не меняется интерпретация поведения другого человека	163
Часто задаваемые вопросы об исторических рольевых играх	164
Обыгрывание текущей ситуации	166

8 Содержание

Техника двух стульев	167
Техника двух стульев в отношении пунитивного родителя	168
Техника пустого стула для режима требовательного родителя	173
Часто задаваемые вопросы о технике двух стульев в случае пунитивного или требовательного родителя	174
Техника двух стульев применительно к отстраненному защитнику	177
Часто задаваемые вопросы об использовании техники двух стульев в отношении отстраненного защитника	179
Техника нескольких стульев	180
Применение техники двух или нескольких стульев на завершающей фазе терапии	181
Переживание и выражение эмоций	182
Совладание с гневом	183
Совладание с фрустрацией	187
Испытание и проявление других эмоций	187
Экспериментальные техники для счастливого ребенка	189
Составление писем	189
Часто задаваемые вопросы об экспериментальных техниках в целом	190
Заключение	191
Глава 6. Когнитивные техники	193
Сократический диалог	197
Оценивание по визуальной аналоговой шкале	198
Многомерное оценивание	201
Двумерные представления предполагаемых связей	202
Секторная диаграмма	205
Метод суда	205
Историческое тестирование	206
Цикл самомониторинга	208
Флэш-карточки	208
Позитивный бортжурнал	209
Часто задаваемые вопросы о когнитивных техниках	211
Глава 7. Поведенческие техники	213
Эксперименты	213
Обучение навыкам и ролевые игры	214
Решение проблем	215
Обсуждение опасного поведения	215
Обсуждение новых поведенческих паттернов	216
Часто задаваемые вопросы о поведенческих техниках	218

Глава 8. Методы и техники, ориентированные на конкретные ситуации	219
Домашнее задание	219
Фармакологическая терапия	222
Кризис	224
Самоубийство и членовредительство	227
Членовредительство и другие саморазрушительные действия	228
Суицид	229
Совладание с детскими травмами	230
Часто задаваемые вопросы о совладании с детскими травмами	231
Глава 9. Методы для каждого конкретного режима	233
Методы, применяемые в отношении отстраненного защитника	234
Терапевтические отношения	235
Чувства	236
Мысли	237
Действия	239
Фармакотерапия	239
Часто задаваемые вопросы об отстраненном защитнике	240
Методы лечения покинутого/обиженного ребенка	243
Терапевтические отношения	243
Чувства	244
Мысли	245
Действия	245
Часто задаваемые вопросы о режиме покинутого/обиженного ребенка	248
Методы лечения для счастливого ребенка	249
Терапевтические отношения	249
Чувства	250
Мысли	250
Действия	250
Часто задаваемые вопросы о режиме счастливого ребенка	251
Методы лечения для сердитого ребенка	251
Терапевтические отношения	251
Чувства	254
Мысли	255
Действия	256
Фармакотерапия	256
Часто задаваемые вопросы о режиме сердитого ребенка	257
Методы лечения недисциплинированного/импульсивного ребенка	259

10 Содержание

Терапевтические отношения	259
Чувства	261
Мысли	261
Действия	261
Часто задаваемые вопросы о режиме недисциплинированного/ импульсивного ребенка	262
Методы лечения для режима пунитивного родителя	262
Терапевтические отношения	262
Чувства	263
Мысли	265
Действия	266
Часто задаваемые вопросы о режиме пунитивного родителя	267
Методы лечения для режима здорового взрослого	268
Терапевтические отношения	268
Чувства	269
Мысли	270
Действия	271
Часто задаваемые вопросы о режиме здорового взрослого	271
Сеанс одновременной игры в шахматы на нескольких досках в пинбол-машине	272
Глава 10. Схема-терапия в других обстановках и модальностях	277
Схема-терапия при стационарном лечении	277
Схема-терапия и невербальные терапии	278
Групповая схема-терапия	279
Преимущества групповой схема-терапии	280
Задачи и роли терапевтов	282
Фазы терапии	283
Различия между работой в группе и индивидуальной терапией	284
Использование техник, заимствованных из невербальных терапий	285
Формирование идентичности	289
Корректировка техник схема-терапии для использования в групповой обстановке	290
Трудности с ГСТ	293
Выводы	295
Схема-терапия супружеских пар	296
Показания для схема-терапии супружеских пар, в которых у одного из супругов диагностировано ПРЛ	296
Преимущества терапии супружеских пар	299
Терапевтические отношения	300

Концептуализация кейса	301
Адаптация техник схема-терапии для терапии супружеских пар	304
Трудности, возникающие при схема-терапии супружеских пар	307
Заключение	307
Глава 11. Последняя фаза терапии	309
Разрушение поведенческих паттернов	309
Завершение терапии	310
Глава 12. Заключение	315
Приложение А. Брошюра для клиентов: схема-терапия для людей с пограничным расстройством личности	319
Что представляет собой пограничное расстройство личности	319
Что представляет собой схема-терапия	320
Описание ПРЛ с точки зрения схема-терапии	320
Покинутый и обиженный ребенок	321
Сердитый и импульсивный ребенок	321
Счастливый ребенок	321
Пунитивная сторона	322
Отстраненный защитник	322
Здоровый взрослый	322
Цель схема-терапии	322
Что включает в себя схема-терапия	323
Отношения с терапевтом	323
Экспериментальные техники	323
Когнитивные техники	323
Поведенческие техники	324
На что вы можете рассчитывать	324
Приложение Б. Когнитивный дневник для режимов	325
Приложение В. Позитивный бортжурнал	326
Приложение Г. Историческое тестирование	327
Приложение Д. Эксперименты	328
Приложение Е. Форма выполнения домашнего задания	330
Приложение Ж. Решение проблем	331
Приложение З. Изменение поведенческих паттернов	332

Приложение И. Восемнадцать схем	333
Отстранение и отвержение	333
Покинутость/нестабильность	333
Недоверие/абьюз	333
Эмоциональная депривация	334
Дефективность/стыд	334
Социальная изолированность/отчужденность	334
Недостаточная автономность и неспособность действовать самостоятельно	334
Зависимость/некомпетентность	335
Уязвимость к любым опасностям или болезням	335
Чрезмерная привязанность/неразвитое Я	335
Неудачник	335
Непонимание границ допустимого	336
Привилегированность/грандиозность	336
Недостаточный самоконтроль/самодисциплина	336
Направленность на других	336
Покорность	337
Самопожертвование	337
Поиск одобрения/поиск признания	337
Чрезмерная бдительность и ингибция	337
Негативность/пессимизм	338
Эмоциональная ингибция	338
Жесткие стандарты/сверхкритичность	338
Пунитивность	338
Приложение К. Копинговые стратегии	339
Капитулянт (поведение, подтверждающее схему: <i>замереть</i>)	339
Избегание (поведение уклонения от схемы: <i>убегать</i>)	339
Гиперкомпенсация (демонстрация противоположного поведения, чтобы противодействовать данной схеме: <i>сражаться</i>)	340
Приложение Л. Форма для исторической ролевой игры	341
Литература	342

ГЛАВА 3

Лечение

Процесс изменений в ходе применения СТ для лечения пограничного расстройства личности происходит по трем разным каналам: чувствование, мышление, и действие. Эти каналы соответствуют трем уровням представления знаний, которые присутствуют в схемах: явное знание (мышление), подразумеваемое “ощущаемое” знание (включая эмоциональные представления или чувствование) и операционные представления (действие).

В дополнение к этим трем каналам мы можем также различать четыре разных аспекта (фокуса), на которые могут воздействовать эти каналы. Этими фокусами являются жизнь за пределами терапии, экспириенсы при терапии, прошлые экспириенсы и будущая жизнь. Эти каналы и фокусы представлены в виде матрицы, показанной в табл. 3.1. Эта матрица позволяет уяснить, какие релевантные терапевтические техники следует применять для разных фокусов.

На какой бы теме ни сосредоточился клиент и какой бы путь ни был выбран, эти техники могут принести успех лишь в случае, если будет выработан определенный уровень доверия и привязанности к терапевту (см. раздел “В ходе терапии” в табл. 3.1). Вследствие большой важности связи между клиентом и терапевтом мы рассмотрим особенности терапевтических отношений при СТ в главе 4 — сразу же после лечения в настоящей главе. После того как мы рассмотрим терапевтические отношения, мы перейдем к рассмотрению конкретных техник. Сначала мы обсудим изменение подразумеваемого знания в главе 5, “Экспериенциальные техники”, затем мышление, или явное знание в главе 6, “Когнитивные техники” и, наконец, “действие”, или изменение операционных представлений в главе 7, “Поведенческие техники”. Все темы, перечисленные в этой матрице (табл. 3.1), рассматриваются в последующих главах. Но прежде всего мы рассмотрим фазы, из которых состоит курс лечения ПРЛ с использованием СТ.

Таблица 3.1. Терапевтические техники

Фокус	Канал		
	Чувствование	Мышление	Действие
За рамками терапии	<ul style="list-style-type: none"> • Ролевые игры, представляющие те или иные ситуации • Воображение конкретных ситуаций • Переживание клиентом разных эмоций • Вызывание у клиента тех или иных эмоций 	<ul style="list-style-type: none"> • Сократический метод постановки вопросов • Формулирование новых здоровых схем и укрепление Режима Здорового Взрослого • Диалог схем • Флэш-карточки • Позитивный борт-журнал • Цикл самомониторинга 	<ul style="list-style-type: none"> • Поведенческие эксперименты • Навыки проведения ролевых игр • Решение проблем • Испытание нового поведения
В ходе терапии	<ul style="list-style-type: none"> • Ограниченное замещающее родительство • Эмпатическая конфронтация • Постановка пределов • Обмен ролями между терапевтом и клиентом 	<ul style="list-style-type: none"> • Распознавание схем и режимов клиента в терапевтических отношениях • “За” и “против” копинговых режимов • Интересные соображения, касающиеся терапевта • Саморазоблачение 	<ul style="list-style-type: none"> • Поведенческие эксперименты • Закрепление функционального поведения • Отработка навыков, связанных с терапевтическими отношениями • Терапевт как модель
Прошлое	<ul style="list-style-type: none"> • Имагинативная рескрипция • Воспроизведение прошлого в ролевых играх • Техника двух стульев • Написание писем 	<ul style="list-style-type: none"> • Реинтерпретация прошлых событий и интеграция в новые схемы • Исторический тест 	<ul style="list-style-type: none"> • Испытание нового поведения на ключевых лицах из прошлого

Окончание табл. 3.1

Фокус	Канал		
	Чувствование	Мышление	Действие
Будущее	<ul style="list-style-type: none"> • Воображение, или ролевые игры, касающиеся ситуаций в ближайшем будущем • Техника двух стульев: диалог между дисфункциональными (старыми) режимами и Здоровым Взрослым 	<ul style="list-style-type: none"> • Выработка новых целей на будущее, базирующихся на собственных потребностях, интересах и способностях • Предвидеть активизацию схем в трудных ситуациях • Выбирать, в каких ситуациях и занятиях (и с какими людьми) участвовать, а в каких — нет 	<ul style="list-style-type: none"> • Проверка нового поведения на новых контактах • Заведение новых друзей • Выявление и опробование новых видов занятий (например, образование или работа)

Большинство этих техник также продемонстрированы в недавнем аудиовизуальном материале *Schema Therapy Step by Step*, [van der Wijngaart and van Genderen, 2018]. Цель этого материала заключается в том, чтобы ознакомить терапевтов со всеми аспектами СТ. По мере необходимости мы будем ссылаться на соответствующие сцены.

Структура лечения

Лечение начинается с выявления исчерпывающего перечня проблем, испытываемых клиентом. Это выполняется в сочетании с подробным разъяснением модели режимов схем. В эти начальные сессии также включается обсуждение практических вопросов, таких как частота проведения сессий (один раз или дважды в неделю) и ожидаемая продолжительность терапии (полтора года или больше, при необходимости).

Если клиент не может вследствие своих жизненных обстоятельств (например, по причине переезда в другой город) продолжать терапию в течение столь длительного времени или просто не желает участвовать в столь продолжительном курсе терапии, терапевту рекомендуется вообще не приступать

к СТ и предложить клиенту какой-либо другой метод лечения. То же самое касается терапевта. Если он не может работать с клиентом в течение столь длительного периода, ему вообще не следует приступать к СТ клиента, страдающего ПРЛ. Если он остановится в середине лечения, появляется значительный риск того, что клиент почувствует себя покинутым и преданным, в результате чего у него может возникнуть серьезный рецидив. Когда терапевту приходится, в силу неожиданно возникших обстоятельств, слишком рано прекращать терапию, очень важно, чтобы он нашел время для подробного обсуждения этой ситуации с клиентом и мужественно вытерпеть все реакции клиента, не пытаясь выгораживать себя. Он не должен забывать, что источником этих крайних реакций клиента являются режимы, а не здоровый взрослый. Поэтому он должен попытаться приспособить свою реакцию к режиму, который вышел на первый план у клиента. Разумеется, терапевт должен сделать все зависящее от него, чтобы подыскать для клиента другого схема-терапевта и передать клиента “из рук в руки” (например, провести одну-две совместные сессии с новым схема-терапевтом).

Еще одним вопросом, который необходимо обсудить с клиентом, является его готовность рассказать что-то о своем прошлом и своем воспитании. Если клиент наотрез отказывается от этого, следует предложить ему такой вариант терапии, который в большей степени ориентирован на настоящее, а не на прошлое. Это не означает, что терапевту вовсе не следует начинать работать с клиентом, который утверждает, что не может практически ничего вспомнить из своего детства и юности. Существует несколько возможностей помочь такому клиенту отыскать релевантные воспоминания на последующих стадиях терапии (см. главу 5).

Рекомендуется вести запись терапевтических сессий. У большинства клиентов есть смартфон, которым они могут воспользоваться для записи терапевтических сессий. Клиенту рекомендуется прослушать запись до начала следующей сессии. Прослушивание записанных сессий усиливает эффект терапии. Человек не в состоянии с первого раза усвоить всю информацию, полученную им в ходе одной сессии. Таким образом, клиенту было бы чрезвычайно полезно прослушать полную запись сессии. Зачастую лишь после прослушивания такой записи к клиенту приходит понимание того, что говорил ему терапевт во время сессии. Во время сессии клиент мог пребывать в режиме, невосприимчивом к информации, которую пытался

донести до него терапевт. Режимы могут исказить восприятие тона и языка, какими информация доносится до клиента, и, следовательно, оказывать сильное влияние на обработку этой информации. Поэтому, прослушивая вновь и вновь записи сессий, клиент не только воспроизводит в своем сознании эти сессии, но и получает подтверждение того, что было фактически сказано и сделано в ходе каждой такой сессии. Однако терапевт не должен пытаться заставить клиента прослушивать записи сессий, если тот отказывается делать это. Рекомендуется, чтобы терапевт уяснил причины такого отказа из модели режимов конкретного клиента (какой режим обуславливает этот отказ?) и отдал приоритет вопросам, более важным с точки зрения достижения требуемых изменений.

Пример прослушивания записи сессии

Нора все чаще и чаще утверждала, что воспринимает мои вопросы во время сессий, касающиеся того, что происходит, как некую форму наказания. Она полагала, что то, что я в действительности хотела сказать, сводится к тому, что она совершила ошибку и что последствия этой ошибки — ее собственная вина. Она пребывала в режиме пунитивного родителя. Лишь когда она впоследствии прослушала запись сессии, пребывая в режиме маленького ребенка или в режиме здорового взрослого, ей удалось по-настоящему уловить тон моего голоса и понять, что меня просто интересовало, что же происходит на самом деле, и что я вовсе не пыталась осуждать ее.

Наконец, важно, чтобы были выработаны какие-то соглашения о доступности терапевта. Клиенту необходимы четкие рекомендации относительно того, когда он может (и когда не может) контактировать с терапевтом в несессионное время. Зачастую хорошим вариантом для обоих является обращение клиента к терапевту по электронной почте, но терапевт должен заранее сообщить клиенту о том, как часто он просматривает электронную почту и сколько времени (приблизительно) клиенту следует ожидать ответа от терапевта. Клиенту нужно знать, каким должен быть план его действий при приближении кризиса и к кому он может обратиться, когда терапевт оказывается недоступен (см. в главе 4 раздел “Ограниченное замещающее

родительство”). Обычно в группе супервизии со стороны коллег-терапевтов есть специалист, который может, при необходимости, заменить терапевта, отсутствующего, например, по причине болезни.

Фазы лечения

В СТ для клиентов с ПРЛ не предусматривается какой-то фиксированный протокол, который описывал бы, какие именно проблемы нужно решать на каждой очередной сессии. В конце концов, эта терапия рассчитана на срок более одного года. В этой терапии существует, однако, ряд четко выраженных фаз, которые будут описаны ниже. Для протокола СТ важно, чтобы терапевт знал о том, как следует реагировать на те или иные режимы. Вследствие большой важности этого аспекта мы решили, после описания отдельных терапевтических техник (главы 5–8), посвятить специальную главу тому, как действовать терапевту в отношении каждого режима на разных фазах терапии (глава 9). В главе 10 мы рассмотрим финальную фазу терапии.

Хотя какой-то определенный порядок следования этих фаз не предусмотрен, существует четыре четко выраженных периода терапии. Какие-то из этих фаз можно опустить, тогда как к другим можно вернуться на одной из более поздних стадий терапии. Вот эти фазы:

1. начальная фаза и концептуализация кейса;
2. управление кризисом;
3. фаза лечения: терапевтические интервенции с помощью режимов схем;
4. финальная фаза терапии.

Вступление: лечение коморбидных расстройств

Любому расстройству, которое требует немедленного вмешательства и которое не может рассматриваться как следствие ПРЛ, которое исчезнет в результате надлежащего лечения ПРЛ, нужно уделить первоочередное внимание, и лишь после этого приступать к лечению ПРЛ. Это должно быть ясно уже из фазы диагностирования, поскольку такие расстройства следует рассматривать как первичное расстройство (следовательно, ПРЛ является вторичным расстройством). Лишь немногие расстройства требуют к себе внимания

еще до того, как можно будет приступить к СТ. Как было сказано в разделе “Признаки, указывающие на наличие других расстройств” (глава 2), речь идет о весьма ограниченном перечне расстройств. Во всех других случаях лечение расстройств, отличных от ПРЛ, еще до начала СТ является необязательным. Возможно, что симптомы таких расстройств появятся — или вернутся — на какой-то из более поздних стадий терапии. В таком случае может оказаться необходимым вернуться к специализированному лечению этих расстройств, что иногда удается делать параллельно СТ, тогда как в других случаях СТ приходится временно прекращать (например, в случае клинической детоксификации). Лечение этих специфических расстройств не обсуждается в данной книге, поскольку их лечение у клиентов с ПРЛ не имеет никаких особенностей и подробно излагается в соответствующих практических пособиях.

Поскольку коморбидность является широко распространенным случаем, мы не рекомендуем исключать клиентов из СТ из-за коморбидности. Например, мы успешно лечили клиентов с семью коморбидными расстройствами. Однако мы рекомендуем включать коморбидность в концептуализацию кейса. Другими словами, модель режимов схемы должны также объяснять связь коморбидных расстройств с режимами. Поняв, в чем заключается функция коморбидных проблем или как они проистекают из режимов, терапевт может включить их в модель режимов соответствующего клиента. В центре внимания СТ находятся главным образом не симптомы или расстройства, а режимы. Лишь когда какой-то определенный симптом или расстройство не изменяются несмотря на успешную работу с режимом, который ассоциируется с этим симптомом или расстройством, следует обращаться к определенным техникам (или лекарствам), ориентированным на эти остающиеся проблемы.

Начальная фаза и концептуализация кейса

Информация о Норе

Нора — 25-летняя женщина, жалующаяся на чувство тревоги, нарастающие конфликты со своим бойфрендом, желание причинять себе травмы, колебания настроения, и эпизоды депрессии. Она живет одна и общается лишь со своей единственной подругой.

У ее бойфренда нет постоянной работы. Он употребляет наркотики и алкоголь. Нора зарабатывает себе на жизнь уборкой квартир. Эта работа отнимает у нее много сил.

Нора очень невысокого мнения о себе и сомневается в своих способностях. Она не получила законченного среднего образования, хотя отнюдь не глупа. Из-за своего низкого социального статуса она избегает общения с людьми, а потому чувствует себя одинокой и подавленной. Если у нее нет возможности избежать социального контакта, она ведет себя чересчур скованно, в результате чего она чувствует себя совершенно измотанной.

Нора выросла в семье с двумя братьями и сестрой. Ее отец был человеком доминирующего, агрессивного склада характера, склонным к алкоголизму. Когда он не бывал пьян, его агрессия проявлялась лишь в словах, но когда он напивался, его словесная агрессия перерастала в физическую. Мать Норы — тихая, добрая и покорная женщина, которую тоже терзало чувство тревоги. Из страха перед мужем она предпочитала помалкивать и не вставала на защиту своих детей. После вспышек агрессии своего мужа она всегда старалась “замять” факт насилия. Она говорила: “Ну, вы же знаете его ...” или “Лучше промолчать, иначе будет еще хуже”.

Если ситуация для матери становилась совершенно нестерпимой, она уходила на несколько дней к своим отцу и матери. Это были особенно тяжелые периоды для Норы, поскольку она не знала наверняка, когда мать вернется домой — и вернется ли она вообще. Мать не была в состоянии управиться с семьей и зачастую обращалась за помощью к Норе.

В отношениях со сверстниками Нора всегда чувствовала себя одинокой и какой-то “другой”. Ее семья считалась какой-то “не такой”, а люди побаивались ее отца. Нора хорошо училась в школе, а ее интеллект был выше среднего, но из-за проблем в семье ей удалось закончить лишь начальную школу.

У Норы было диагностировано повторяющееся депрессивное расстройство при частичной ремиссии, генерализованный социально-тревожный синдром, и пограничное расстройство личности с зависимыми и избегающими признаками.

Начальная фаза терапии включает примерно пять сессий, в ходе которых выполняется концептуализация кейса. Терапевт использует три способа сбора информации, которая необходима для проведения всестороннего обзора фактических проблем, (источника) схем и режимов и связи между этими частями. Это означает, что терапевт пытается собрать информацию посредством когнитивных, поведенческих и экспериенциальных каналов.

Ниже перечислены разные способы сбора информации.

Когнитивный:

- диагностическое интервью (информация от ранее проводившихся терапий)
- техника “стрелка вниз”
- анкеты

Поведенческий:

- информация от терапевтических отношений
- поведенческие паттерны, о которых сообщает клиент (или терапевт, у которого ранее лечился этот клиент, и/или члены семьи, если терапевт беседовал с ними)
- Экспериенциальный:
- имагинация и историческая ролевая игра посредством техники двух стульев

Диагностическое интервью. Прежде всего проводится полное диагностическое интервью. Во время этого интервью клиент подробно излагает всю информацию, касающуюся его проблем и жалоб. Проводится всестороннее анамнестическое интервью, и терапевт начинает выявлять отношения с родителями/попечителями клиента и возможные события, которые могли повлиять на формирование дисфункциональных схем. Весьма важной может также оказаться информация от предшествующих терапий. Это является в большей степени когнитивным способом.

В ходе такого диагностического интервью терапевт, прежде чем приступать к лечению и оценивать уровень функционирования и симптомов ПРЛ у клиента, определяет как симптомы, так и контрсимптомы (см. раздел “Признаки, указывающие на наличие других расстройств” в главе 2).

Если терапевт работает в центре психического здоровья, то к моменту проведения диагностического интервью контрсимптомы уже выявлены, но поскольку зачастую обслуживаются с определенной (иногда достаточно большой) задержкой, ожидая своей очереди на обслуживание, терапевтам рекомендуется проверить эти контрсимптомы еще раз, поскольку за время ожидания в очереди они могли измениться.

Техника “стрелка вниз”. Когнитивной техникой, которая помогает собрать больше информации о схемах клиента, является техника “стрелка вниз”, которая подробно описана в литературе по Когнитивной Терапии. Таким образом, в нашей книге приводится лишь краткое описание этой техники.

Когда клиент формулирует свои мысли, связанные с темами, которые кажутся ему очень важными с точки зрения объяснения его проблем, терапевт может задавать вопросы о значении этих мыслей. Поэтому он не начинает с исследования или оценивания правильности этих мыслей, а спрашивает у клиента: “Что это означает для вас?” Если он не понимает ответ, он повторяет свой вопрос несколько раз. Чаще всего клиент оказывается не в состоянии сразу же идентифицировать схему, обуславливающую его мысль, поэтому терапевт может задать дополнительные вопросы, позволяющие выявить эту схему. Поначалу он объясняет клиенту, что сочувствует его негативным мыслям и чувствам, но в то же время объясняет клиенту, что хотел бы задать ему еще ряд вопросов, чтобы еще лучше уяснить его проблему. Он может задать клиенту, например, такие вопросы:

- если это действительно так, то что из этого следует?
- что не так с ...?
- что самое плохое в ...?
- что это означает для вас (других)?

Терапевт может прекратить использование техники “стрелка вниз”, когда выявит у клиента какое-либо важное базовое представление на уровне схемы и/или клиент продемонстрирует какую-либо негативную перемену в аффекте.

Анкеты. Чтобы оценить схемы и режимы клиента, ему предлагается в течение нескольких первых сессий заполнить анкеты *Young Schema Questionnaire (YSQ)* [Young, 1999], *Schema Mode Inventory (SMI)* [Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2008] и другие опросники. Полученные результаты

нужно обсудить с клиентом. Анкетой *Young Parenting Inventory* можно воспользоваться, чтобы прояснить факторы, которые повлияли на формирование режимов клиента. *Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)* представляет собой структурированное интервью, задачей которого является оценивание серьезности и частоты симптомов и проявлений ППЛ, которые удовлетворяют критериям DSM-IV и наблюдались в течение предшествующего трехмесячного периода [Arntz et al., 2003; Giesen-Bloo et al., 2006; Giesen-Bloo, Wachters, Schouten, & Arntz, 2010].

С помощью перечня контрольных вопросов ППЛ клиент может определить, в какой степени его симптомы ППЛ были обременительны для него в прошлом месяце [Bloo, Arntz, & Schouten, 2017]. Анкета *Personality Disorder Beliefs Questionnaire (PDBQ)* включает перечень вопросов, относящихся непосредственно к ППЛ [Arntz, Dreessen, Schouten, & Weertman, 2004]. Из анкеты *Personality Beliefs Questionnaire (PBQ)* был заимствован ряд пунктов, специфических для ППЛ [Butler, Brown, Beck, & Grisham, 2002].

Когда клиент получает высокую сумму баллов по *YSQ* или *SMI*, можно быть уверенным в том, что вы имеете дело с серьезной проблемой. Но необходимо иметь в виду, что анкеты могут давать неполную или не вполне объективную информацию. Из-за проблем личности, у клиентов может не быть желания сообщать о себе какую-то конкретную информацию, они могут предоставлять о себе информацию, из которой складывается чересчур благостная картина, чтобы в нее можно было поверить, или могут, наоборот, сгущать краски. Клиенты могут даже не подозревать наличия у себя определенных режимов или схем, могут неправильно интерпретировать те или иные вопросы анкеты или отвечать на них так, как было бы желательно (по их мнению). Клиенты с сильными гиперкомпенсирующими режимами обычно не сообщают о режиме покинутого/обиженного ребенка (или любом режиме уязвимого ребенка), что в действительности прогнозируется теорией режимов схемы, поскольку гиперкомпенсирующие режимы несут в себе функцию заставляя клиента считать себя полной противоположностью [Bamelis, Renner, Heidkamp, & Arntz, 2011]. К счастью, анкеты являются не единственным способом сбора информации о схемах и режимах клиента. Поэтому терапевту рекомендуется использовать все виды информации при совместном формулировании модели режимов, включая просьбу клиента о помощи, описание им своих нынешних и прошлых проблем,

нынешние и прошлые отношения, историю учебы/работы, историю его развития, информацию из истории болезни клиента (включая сведения о прошлых методах лечения клиента), а также поведение клиента во время сессий. Какая-либо схема или режим могут также проявляться в процессе использования экспериенциальных техник, таких как создание мысленных образов, или во время “декомпенсации”, когда ситуационные триггеры настолько сильны, что их уже не удастся избежать или гиперкомпенсировать. Если клиент сообщает об исключительно большом числе режимов (или схем), терапевт должен попытаться — в сотрудничестве с клиентом — выбрать самые важные из них, чтобы модель режимов оставалась обозримой. Еще одна возможность заключается в том, чтобы объединить два режима, которые выполняют схожие функции, в один режим. “Режим покинутого/обиженного ребенка” и “режим сердитого/импульсивного ребенка” можно привести в качестве примеров таких слияний (рис. 3.1).

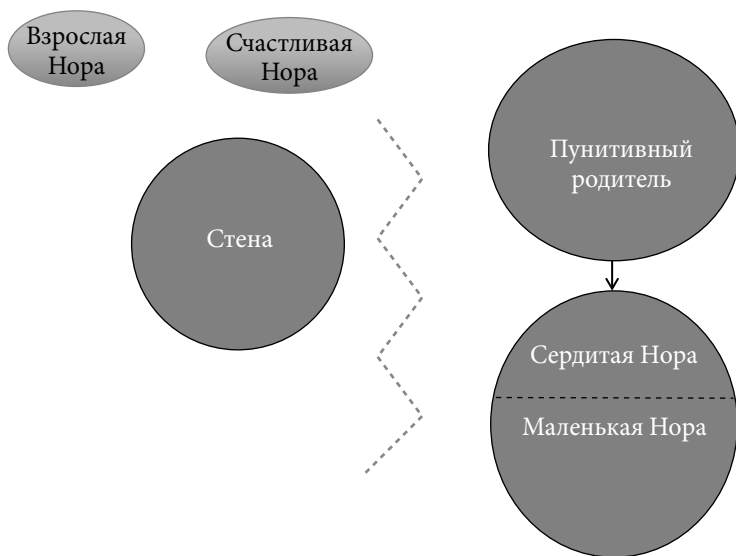


Рис. 3.1. Концептуализация кейса Норы

Информацию о результатах заполнения анкет лучше всего обсудить во время разговора о жалобах и экспириенсах. Изучая тот или иной экспириенс клиента, обсуждение схем и режимов можно сделать более увлекательным. Обсуждение схем должно включать не просто указание названий схем или режимов и баллов, “заработанных” клиентом. Рассказав клиенту,

как ощущается та или иная активизировавшаяся схема или режим, терапевт помогает ему распознавать соответствующую схему или режим, в результате чего у клиента создается впечатление, что терапевт понимает его.

Информация, извлекаемая из терапевтических отношений. Чтобы с самой первой сессии клиент поверил, что он в безопасности и его понимают, терапевт занимает дружественную, открытую и не отстраненную позицию (см. в главе 4 раздел “Ограниченное замещающее родительство”). Он затрачивает много времени на рассмотрение текущих проблем клиента и сопереживает его чувствам. Совместно с клиентом он анализирует, какие ситуации запускают у клиента интенсивные эмоции. Далее, он анализирует, как клиент справляется со своими проблемами и насколько это помогает клиенту решать свои проблемы. Он собирает информацию об ожиданиях клиента относительно предлагаемой ему терапии и самого терапевта и выясняет предыдущие экспириенсы, связанные с терапией. Зачастую клиент уже располагает опытом применения к нему разных видов терапии, которые приносили ограниченные результаты или даже причиняли вред клиенту, например в результате утраты доверия клиента к терапевту (а иногда даже в результате сексуального насилия терапевта в отношении клиента). Следовательно, терапевт должен понимать, что клиент может изначально испытывать недоверие к терапевту. Терапевт разъясняет клиенту, в какой мере его ожидания в отношении применяемой к нему терапии являются реалистичными и в чем заключаются общие правила этой терапии (см. обсуждение в главе 4).

Терапевт должен быть очень внимателен к тому, как клиент относится к нему. Наблюдая за поведением клиента, терапевт может собирать информацию о схемах, режимах и копинг-стратегиях этого клиента.

Процесс лечения клиента с ПРЛ лишь в редких случаях начинается со спокойного общения, целью которого является сбор информации и концептуализация кейса. Не следует удивляться, если вам скажут, что этот процесс сбора информации больше похож на катание на “американских горках”, чем спокойную езду по дороге в каком-нибудь “медвежьем углу”. Нередко с первого же дня становится ясно, что клиент чувствует себя весьма некомфортно и не настроен налаживать конструктивные отношения с терапевтом. Выработка терапевтических отношений и сбор информации будут обсуждаться в следующей главе.

Экспериментальные техники. Отображается личная история клиента, которая сопоставляется с появлением режимов схем. Терапевт анализирует, какие эксперименты в прошлом способствовали возникновению текущих проблем клиента. Зачастую это бывает не так-то легко выяснить более когнитивным способом. В таких случаях рекомендуется использовать небольшое упражнение на создание мысленных образов, чтобы исследовать связь между прошлым и настоящим (см. главу 5), или технику двух стульев (см. главу 6).

Мы рекомендуем использовать создание мысленных образов по меньшей мере один или два раза на фазе концептуализации кейса. Таким способом клиент может выявить связи между своими нынешними проблемами и своими режимами схем или между своим прошлым и своими режимами схем. Если клиенту не удастся нарисовать в своем воображении неприятные события из прошлого, терапевт может также предложить выполнить упражнение на создание мысленных образов со своим отцом и/или матерью. Речь вовсе необязательно должна идти о какой-либо неприятной ситуации; это может быть какая-либо нейтральная или типичная ситуация. Обычно упражнение на создание мысленных образов также позволяет получить релевантную информацию для концептуализации кейса.

Концептуализация кейса. Терапевт вместе с клиентом создают концептуализацию кейса, базирующуюся на модели режимов (см. главу 2). Разные режимы описываются клиенту в понятных для него терминах так, чтобы он мог идентифицировать себя с ними (см. рис. 3.1). Они увязывают разные режимы с релевантными экспериментами из прошлого и нынешними жалобами клиента.

Рекомендуется увязывать релевантные схемы с каждым режимом, чтобы понять, какие схемы запускаются, когда активен тот или иной режим. Особенно когда запускается режим покинутого/обиженного ребенка, важно знать, что у клиента X наиболее ярко выраженной является схема недоверия/обида, а у клиента Y центральной проблемой является схема дефективности/стыда. Это предоставляет терапевту дополнительную информацию о содержании ограниченного замещающего родительства.

Важно, что самые серьезные проблемы и ПРЛ-особенности клиента можно понять как проявления тех или иных режимов. Между конкретными симптомами ПРЛ и режимами нет однозначной связи. Прежде чем

какой-либо симптом можно будет увязать с определенным режимом, терапевт и клиент должны совместно поработать над выяснением, в чем именно заключается функция этого симптома. Например, у членовредительства или покушения на самоубийство могут быть разные функции. Такими функциями могут быть, например:

- наказание себя за определенное поведение или за наличие у себя определенной эмоциональной потребности (в этом случае мы имеем дело с проявлением режима пунитивного родителя);
- отвлечь себя от эмоциональной боли (в этом случае мы имеем дело с проявлением режима отстраненного защитника);
- подать сигнал об отчаянии и предупредить других, что им следует позаботиться об этом клиенте — “воплъ о помощи” (в этом случае мы имеем дело с проявлением режима покинутого/обиженного ребенка);
- заставить других почувствовать свою вину за свое плохое обращение с этим клиентом — акт мести (в этом случае мы имеем дело с проявлением режима сердитого ребенка).

Даже у одного и того же клиента один и тот же симптом может выполнять разные функции в зависимости от конкретного триггера и конкретного контекста, и, следовательно, должен увязываться с разными режимами. Помимо симптомов и других проблем, выполняющих какие-то определенные функции, симптомы и проблемы также могут быть следствиями. Например, плохое настроение может быть следствием столь частого пребывания клиента в режиме отстраненного защитника, что в жизни этого клиента есть слишком мало позитивных впечатлений; в этом случае плохое настроение следует связать с режимом отстраненного защитника.

У клиентов с ПРЛ обычно бывает много симптомов и проблем, а поэтому терапевту не следует пытаться учесть буквально все эти симптомы и проблемы. Достаточно учесть в модели режимов лишь самые важные из симптомов и проблем, не забывая о проблемах, которые воспринимаются клиентом как наиболее изнурительные.

Терапевт создает модель режимов вместе с Норой, придумывая для режимов названия, которые в наибольшей степени отвечают экспериенсу клиента (см. рис. 3.1). Они постепенно расширяют эту модель, дополняя

ее релевантными схемами и элементами из детства Норы, являющимися причиной нынешних проблем Норы (рис. 3.2).

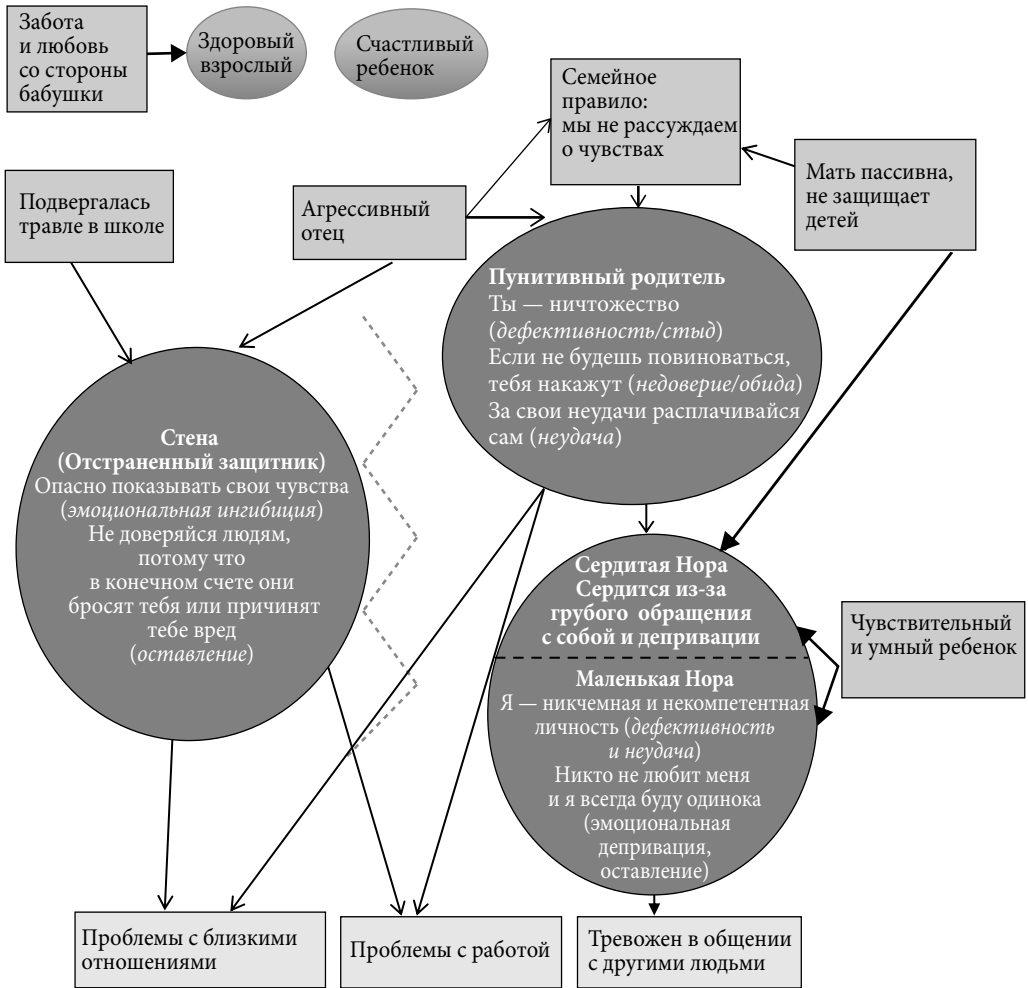


Рис. 3.2. Модель режимов со схемами и историческими корнями Норы

Объяснение причины лечения. После того как клиенту будет поставлен диагноз ПРЛ, терапевт начинает объяснять причину применения данного вида терапии, опираясь при этом на модель ПРЛ и ее режимы. Он объясняет, каким образом нынешние проблемы клиента связаны со схемами и режимами. Далее он объясняет, как каждый из режимов схемы влечет за собой определенные чувства, мысли и поступки (см. приложение А). За более подробным объяснением клиент может обратиться к ряду

соответствующих глав в книгах *Breaking Negative Thinking Patterns* [Jacob, van Genderen, & Seebauer, 2015] или *Reinventing Your Life* [Young & Klosko, 1994].

Большинство клиентов с ПРЛ находят опыт получения информации о модели пограничного расстройства личности весьма поучительным. Они получают подробное разъяснение, почему они испытывают внезапные колебания настроения и плохо контролируют собственное поведение (см. в главе 9 раздел “Сеанс одновременной игры в шахматы на нескольких досках в пинбол-машине”). Это также дает им надежду на возможность позитивных перемен и на то, что они не обречены до конца жизни испытывать проблемы с неконтролируемым поведением и постоянными колебаниями настроения.

Если клиент находит, что такая модель не подходит для его ситуации, обычно перед ним открываются три возможности, одна из которых заключается в том, что у него попросту нет ПРЛ. Вторая возможность заключается в том, что терапевт и клиент упустили из виду какие-то важные режимы; в таком случае эти режимы нужно добавить в концептуализацию режимов этого клиента. Последняя возможность заключается в том, что несмотря на наличие у этого человека ПРЛ, у него также действует некий очень сильный режим защитника. Из-за наличия такого защитника все, что говорит терапевт, считается сомнительным и не внушающим доверия. Вариантом такой возможности является признание клиентом каких-то частей модели и отрицание им других частей этой модели, например режима пунитивного родителя как, на взгляд клиента, слишком пугающего. В последнем случае терапевт должен потратить больше времени на выстраивание доверительных отношений с клиентом и не “зацикливаться” на попытках убедить клиента в правильности предлагаемой модели схем.

Кризисное управление

К кризисному управлению можно не прибегать, когда в начале терапии кризис у клиента отсутствует. Однако для клиентов с ПРЛ рекомендуется составить (совместно с клиентом) план кризисного управления и сопоставить этот план с режимами. При разных кризисах могут быть активны разные режимы, что может потребовать принятия разных мер.

С клиентом следует обсудить краткосрочные риски кризиса. К фактическому совладанию с кризисом терапевт возвращается на более поздних стадиях терапии (если такой кризис действительно случится). Если же кризис налицо, он действительно требует самого пристального внимания (см. в главе 8 раздел “Кризис”).

Фаза лечения: терапевтические интервенции с помощью режимов схем

Это центральная фаза терапии, а ее продолжительность составляет примерно один год (см. главы 5–10). Ниже перечислены общие цели этой фазы.

- Научиться распознавать, когда активен один из режимов.
- Подтверждать — и постепенно замещать — Отстраненного Защитника.
- Сочувствовать Покинутому/Обиженному Ребенку и защищать его, чтобы помочь этому Покинутому/Обиженному Ребенку получить любовь, и помогать этому режиму эмоционально обрабатывать воспоминания об оскорблениях, игнорировании и покидании его в трудные минуты его жизни.
- Бороться против Пунитивного Родителя и избавляться от него.
- Реканализировать Сердитого и Импульсивного Ребенка так, чтобы он выражал свои эмоции и потребности надлежащим образом, и подтверждать базовые права ребенка.
- Побуждать Счастливого Ребенка тратить больше времени на то, что доставляет ему удовольствие.
- Помогать клиенту задействовать режим Здорового Взрослого, используя терапевта в качестве модели.

Задача первой фазы терапии заключается в том, чтобы научить клиентов распознавать свои режимы. Клиента можно также научить распознавать свои режимы с помощью игры “угадай режим”. Терапевт объясняет, что он будет изображать, как ведет себя клиент, пребывая в определенном режиме, и предлагает клиенту угадать, какой режим изображает терапевт. Позаботьтесь о том, чтобы у клиента не создалось впечатление, будто вы

хотите посмеяться над ним. Преимущество этого упражнения заключается в том, что клиенту становятся более ясными не только тональности голоса, но и невербальные сигналы. После такой демонстрации терапевт и клиент обсуждают, как можно распознать данный режим. После этого терапевт может предложить клиенту изобразить один из своих режимов. Это дает возможность клиенту лучше понять свои режимы. Вместе с тем, на более поздней стадии лечения, желательно время от времени возвращаться в эту точку, чтобы пройти краткий “курс повторения” модели режимов. Однако в какой-то момент (после примерно шести сессий) терапевт должен прекратить сбор информации и разъяснения и перейти к дальнейшей работе с режимами схем. У многих терапевтов этот момент терапии вызывает чувство дискомфорта. Это напоминает боязнь перед прыжком в воду с большой высоты, особенно когда приходится начинать с какой-нибудь новой техники (например, экспериенциальных техник). Не раздумывайте — просто прыгайте! Разумеется, вы всегда можете обратиться за помощью к группе супервизии со стороны коллег и попросить у них совета.

Структура сессий в процессе активного лечения. Когда завершится фаза концептуализации кейса, терапевт приступает к работе с режимами. Чтобы выяснить, какой режим наиболее активен в начале сессии, он начинает с какого-нибудь общего вопроса, например: “Как прошла у вас неделя?”, “Как шли ваши дела с момента нашей последней встречи?”, или “Что вы хотели бы обсудить со мной сегодня?”. Не разговаривайте слишком долго о том, что случилось за последнюю неделю (примерно 5 минут), а попытайтесь выяснить, какой режим активен у клиента. Терапевт может составить представление о режиме, который “разговаривает” с ним, из тональности голоса клиента в сочетании с содержанием его речи (табл. 3.2).

Когда терапевт уверен в том, какой именно режим “разговаривает” с ним, он сообщает клиенту, какой режим, по его мнению, активен. Таким образом, не спрашивайте у клиента, какой режим у него активен, поскольку на первой фазе лечения клиент обычно не в состоянии определить, в каком режиме он пребывает. Он уверен, что не пребывает в каком-то режиме, и отвечает, что не имеет понятия, о каком режиме идет речь.

Таблица 3.2. Разные реакции, возможные в первые моменты сессии. Вопрос: “Как прошла у вас неделя?”

Тон голоса	Содержание	Режим
Ровный, без эмоций	Я в порядке. Ничего особенного не случилось. Я полагаю, сегодня мы можем провести короткую сессию.	Отстраненный защитник
Резкий, негативный	У меня была кошмарная неделя, все было просто из рук вон плохо. Я такой кретин!	Пунитивный родитель
Печальный, тревожный, панический голос, как у ребенка	У меня была ужасная неделя. Меня не покидали чувства грусти и одиночества. Боюсь, что мой приятель покинет меня.	Покинутый/обиженный ребенок
Сердитый, громкий, отрывистый	Дела мои совсем никудышные. Кажется, все настроены против меня. [Начинает приводить множество примеров негативных экспириенсов, когда по отношению к нему поступали несправедливо.]	Сердитый ребенок
Спокойный, демонстрирует эмоции в выдержанной манере	Что-то удавалось, а что-то не удавалось. Мне хотелось бы поговорить о ситуации, которая печалит меня. Мне хотелось бы понять, почему так случилось.	Здоровый взрослый

На следующем шаге терапевт использует технику, соответствующую режиму, в котором пребывает клиент. Речь может идти о какой угодно технике (см. главу 9). Учтите, что в ходе сессии клиент может неоднократно переключаться из одного режима в другой, поэтому вам придется несколько раз адаптировать свою стратегию. Конечная цель каждой сессии заключается в том, чтобы достичь режима уязвимого ребенка. Как только у клиента проявится режим уязвимого ребенка, терапевт делает все возможное, чтобы поддержать уязвимого ребенка и обеспечить ему комфорт, выявляя его потребности. Попытайтесь помочь уязвимому ребенку развиваться эмоционально путем такого удовлетворения его неудовлетворенных потребностей, чтобы это соответствовало фазе развития, на которой находится

клиент. Терапевт должен принимать во внимание тот факт, что в начале терапии практические решения в большинстве случаев не являются наилучшим способом поддержки уязвимого ребенка, поскольку клиент не способен выполнить предлагаемые действия. Лишь когда у уязвимого ребенка возникнет достаточное чувство комфорта, терапевт может сообщить ему о возможностях решения возникшей у него проблемы или принятии того факта, что эти проблемы невозможно решить тотчас же. На более поздней фазе терапии терапевт может стимулировать клиента к поиску своих собственных решений, обучая его разным способам решения проблем. Работа с режимом (режимами) может занимать от 15 до 30 минут.

Настоятельно рекомендуется не откладывать экспериенциальные техники на более поздние фазы терапии. Представление о том, что не следует использовать, например, техники пустого стула или имагинативную рескрипцию аверсивных детских воспоминаний на начальных стадиях лечения, оказалось неверным. Путем использования таких техник удается “обойти” режим отстраненного защитника, поддержать и исцелить режим покинутого/обиженного ребенка и ослабить режим пунитивного родителя. Итак, нынешняя модель лечения утверждает, что практически каждая сессия этой центральной фазы должна заключать в себе экспериенциальную работу и что именно с этого следует начинать буквально в первые минуты, чтобы предотвратить попытки избежать эмоциональной работы и чрезмерное затягивание сессии. Беседу и достижение понимания можно отложить на конец сессии.

Обязательно зарезервируйте 5–10 минут в конце каждой сессии, чтобы сделать выводы по изменению схем и режимов и укрепить режим здорового взрослого.

Финальная фаза терапии

На последней фазе терапии акцент переносится с обработки прошлого на изменение поведенческих паттернов. Изменяется сама природа экспериенциальных техник, поскольку клиент теперь все больше берет на себя роль здорового взрослого. Экспириенсы все больше фокусируются на будущих ситуациях. На последней фазе терапии также появится возможность использовать больше когнитивных техник, которыми клиент может пользоваться в несессионное время. В последующих главах каждая техника

будет обсуждаться подробнее — со смещением акцента с детского режима на здоровый режим.

Изменение поведенческих паттернов. Авторы работы [Young, Klosko, and Weishaar, 2003] считали эту фазу стимулирования большей автономии и изменения поведения критически важной (см. в главе 11 раздел “Разрушение поведенческих паттернов”). Даже когда клиент уже не является беспомощной игрушкой в руках постоянно меняющихся режимов и у него уже сформировался его здоровый взрослый, ввод в действие этих новых моделей поведения далеко не всегда оказывается простым и легким делом. Клиент начинает применять то, чему он научился в ходе терапии, за пределами безопасной среды терапии и уже способен выполнять более сложные домашние задания. В большинстве случаев эта фаза начинается на втором году лечения, с менее частыми сессиями и с переходом терапевта к исполнению роли наставника; клиент вырабатывает у себя привычку к новому, более здоровому поведению.

Завершение терапии. Согласно Янгу, завершением терапии считается момент, когда клиент перестал удовлетворять критериям диагностирования ПРЛ, сформировал относительно устойчивую социальную сеть и нашел приемлемый для себя способ ведения содержательной жизни. Таким образом, поначалу схема-терапия ПРЛ носила “открытый” характер: лечение заканчивалось, когда клиент и терапевт принимали совместное решение о его завершении. Однако недавно полученные результаты показали, что схема-терапия ПРЛ, ограниченная четкими временными рамками, вообще говоря, не менее успешна, чем схема-терапия, момент завершения которой заранее не оговаривается (см. в главе 11 раздел “Завершение терапии”). Когда по окончании по меньшей мере одного года СТ какой-либо прогресс не наблюдается, рекомендуется всерьез задуматься над прекращением лечения, поскольку, как показывают результаты исследований, дальнейшее лечение вряд ли приведет к заметному улучшению состояния клиента.

Часто задаваемые вопросы о лечении

Следует ли мне использовать какую-либо модель режимов или я могу также использовать какую-либо модель схем?

С учетом того, что большинство клиентов с ПРЛ, сильно страдают практически по всем схемам, мы рекомендуем использовать модель

режимов. Вы можете добавить информацию о схемах, объяснив, какая схема присутствует в каждом режиме (см. рис. 3.2).

Сколько времени вы затрачиваете на создание концептуализации кейса?

Создание концептуализации кейса обычно занимает примерно пять сессий. В исключительных случаях, особенно если клиент очень недоверчив и подозрителен, это может занимать больше времени. В случае сильного сердитого защитника, который отказывается работать с моделью режимов, концептуализация кейса также может занимать больше времени.

Прежде всего может понадобиться завоевать доверие клиента. Бывает полезно объяснить клиенту, что его поведение представляет собой некую стратегию выживания, которая затрудняет работу над проблемами клиента. Подчас бывает весьма поучительна ролевая игра с взаимобменом ролями.

Вы можете прийти к выводу, что концептуализация кейса всегда является некой рабочей моделью. Если в ходе терапии появляется какая-то новая релевантная информация, концептуализация кейса может быть скорректирована.

Что можно сделать, когда в конце сессии клиент все еще пребывает в панике или отчаянии?

Вы можете предложить клиенту какую-то поддержку в несессионное время (например, вы можете позвонить ему позже в тот же день или предложить ему посидеть в приемной вашего офиса). Интересное наблюдение: большинство клиентов, покидая кабинет терапевта в конце сессии, автоматически переходят в свой режим отстраненного защитника, пытаясь таким образом избавиться от неприятных чувств.