

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 удастся 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. Соппротивление 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 д-ром Янгом. На момент этого разговора, Марика уже восемь месяцев проходила схема-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 следствие 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

о том, что у нее присутствуют схемы из домена Нарушение связи и отвержение — возможно, схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения, — и спрашивает о ее реакции на мужчин, которые хорошо относились к ней.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Как вы вели себя с теми, кто хорошо относился к вам? Как насчет “хороших парней”? Наверняка ведь кто-то обращался с вами хорошо.

МАРИКА: Отношения с ними длились недолго. Я бросала их. Эти отношения были просто ужасны.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Они были слишком добры к вам?

МАРИКА: Один парень был очень милым; он заботился обо мне и дарил мне подарки.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Он критиковал вас?

МАРИКА: Нет, он ловил каждое мое слово. Мы с ним вели глубокие беседы.

ПСИХОТЕРАПЕВТ: Что было не так с этими отношениями?

МАРИКА: Он был из Европы и придерживался чересчур “старорежимных” взглядов.

Ответ Марики подтверждает гипотезу о том, что ее проблемы с Джеймсом обусловлены схемой, а не ситуацией. В ее истории появляется паттерн, означающий, что ее привлекают мужчины, которые плохо к ней относятся, и не интересуют те мужчины, которые проявляли заботу и хорошее отношение к ней. Этот паттерн хорошо согласуется с нашей моделью: мы считаем, что запуск схем влияет на “химию” привлекательности в романтических отношениях. Объяснение Марики, почему ее не привлек “хороший парень”, не выглядит правдоподобным, а скорее похоже на рационализацию отсутствия такой “химии”, влечения в отношениях с ним. При выборе мужчин для построения романтических отношений проявляется ее копинговая стратегия, которая, по-видимому, заключается в капитуляции перед схемой. В отношениях Марики с Джеймсом очевидны и другие копинговые стратегии. Чтобы гиперкомпенсировать свое ощущение эмоциональной депривированности, она становится злой и требовательной. Это провоцирует споры с Джеймсом — таким же образом, как провоцировало негативные реакции ее отца, когда она была ребенком. Результатом гиперкомпенсации, таким образом, является то, что в конечном итоге она чувствует себя еще более обделенной вниманием и заботой. Ее попытка гиперкомпенсировать схему в результате лишь способствует подкреплению схемы. Это почти всегда бывает так: конечным результатом избегания и гиперкомпенсации схемы становится укрепление схемы.

Разрабатывая гипотезы о схемах и копинговых стратегиях, психотерапевт отмечает возможные связи между схемами. Существуют ли какие-то схемы, которые запускаются вместе? Мы называем это связанными схемами. Например, у Марики связаны схемы Эмоциональной депривированности и Дефективности/Стыдливости. Когда она чувствует себя лишенной любви, она винит себя. Она приписывает пренебрежительное отношение Джеймса своим недостаткам. Она “недостаточно хороша”, чтобы быть безусловно любимой. Ее ощущение депривированности неразрывно связано с чувством Неполноценности/Дефективности.

ИНСТРУМЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ В СХЕМА-ТЕРАПИИ

Мультимодальный опросник жизненной истории

Мультимодальный опросник жизненной истории позволяет провести комплексную оценку текущих проблем пациента, симптомов, семейной истории, образов, когнитивных, отношений, биологических факторов, а также значимых воспоминаний и переживаний. Заполнение опросника занимает довольно много времени, поэтому данный инструмент может быть предложен в качестве домашнего задания. Если пациент заполнит опросник вне сеанса психотерапии, это может сэкономить много времени для работы с психотерапевтом. Например, в опроснике пациенту предлагается перечислить воспоминания детства, и эти воспоминания являются ключом к его ранним дезадаптивным схемам. (Иногда пациенты, которые не сообщают о жестоком обращении в беседе, делают это в опроснике. Они не могут заставить себя рассказать об этом психотерапевту напрямую, но могут изложить эту информацию в письменном виде после сеанса.) Психотерапевт использует полученный материал для формулирования гипотез о жизненных паттернах, схемах и копинговых стратегиях пациента.

Методика диагностики ранних дезадаптивных схем Янга (*Young Schema Questionnaire — YSQ-L2; Young & Brown, 1990, 2001*) — это тест, который применяется для диагностики схем². Пациенты оценивают утверждения по шестибальной шкале Лайкерта, выбирая, насколько каждое из них подходит самому пациенту. Психотерапевт обычно предлагает пациенту заполнить этот опросник дома после первого или второго сеанса психотерапии.

Утверждения в опроснике сгруппированы по схемам. После каждого набора утверждений проставлен код, состоящий из двух букв и указывающий психотерапевту на то, какая схема здесь оценивается. Однако само название схемы в опроснике отсутствует. Ключ к аббревиатурам кодов приведен в бланке обработки результатов.

Психотерапевт обычно не вычисляет общий или средний балл для каждой схемы пациента, чтобы интерпретировать результаты. Скорее, он смотрит на утверждения по каждой схеме в отдельности, отмечая высокие значения (обычно 5 и 6) и обращая внимание на паттерны. Психотерапевт затем просматривает заполненный опросник вместе с пациентом, задавая вопросы о тех утверждениях, которым пациент поставил высокие оценки. По нашим наблюдениям, если у пациента есть три или более высоких

² Опросник доступен как в полной, так и в краткой формах. Полная версия (YSQ-L2) содержит 205 утверждений и оценивает 16 ранних дезадаптивных схем, которые мы определили во время создания опросника. В новой редакции мы добавили дополнительные утверждения, чтобы можно было охватить все 18 схем. Для клинического использования более предпочтительна полная форма, поскольку она раскрывает больше тонкостей каждой схемы и, таким образом, предоставляет более подробную информацию.

Краткая форма опросника содержит 75 утверждений, которые объединены в пять общих групп, выделенных посредством факторного анализа (*Schmidt et al., 1995*). Мы будем добавлять новые утверждения и в эту форму, чтобы она также позволяла охватить все 18 схем. Краткая форма часто применяется для научных исследований, поскольку для ее заполнения требуется гораздо меньше времени.

оценок (5 или 6 баллов) по той или иной схеме, скорее всего, у него имеется данная схема, и она требует дальнейшего изучения.

Психотерапевт использует утверждения с высокими оценками, чтобы побудить пациента к рассказу о каждой имеющейся схеме, задавая вопрос “Можете ли вы рассказать мне больше о том, как это утверждение относится к вашей жизни?” Как правило, достаточно проработать вместе с пациентом два утверждения с высокими оценками для каждой из актуальных схем, чтобы передать суть этой схемы. Психотерапевт рассказывает пациенту о названии и сути каждой из схем, утверждения которой получили высокие оценки, и предлагает ему прочесть книгу “Прочь из замкнутого круга” Янга и Клоско, чтобы узнать о схемах больше.

К данному моменту этапа диагностики психотерапевт уже определил, какие проблемы актуальны для пациента сегодня, и проанализировал историю его жизни. Психотерапевт уже сформулировал гипотезы о схемах пациента. Результаты заполнения пациентом методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга могут подтвердить или опровергнуть эти гипотезы. Эти результаты также могут противоречить полученной ранее информации, и тогда психотерапевт задает вопросы о выявленных несоответствиях. Иногда пациенты неправильно понимают вопросы, своеобразно интерпретируют их или пытаются радикально переписать их в соответствии со своими взглядами. Психотерапевт уточняет такие расхождения, чтобы точно идентифицировать схему.

Некоторые пациенты обнаруживают, что даже сам по себе процесс заполнения опросника становится триггером их схем. Неустойчивые пациенты, такие как пациенты с ПРЛ, перенесшие тяжелую травму, могут испытывать сильные эмоции при оценке утверждений, поэтому им может потребоваться больше времени для заполнения опросника. Психотерапевт может попросить такого пациента еженедельно оценивать определенное количество утверждений, либо же они могут вместе работать над опросником на сеансе психотерапии. Некоторые пациенты могут реагировать на расстраивающие их вопросы избеганием. Они пропускают неприятные для себя утверждения, “забывают” заполнить опросник или оценивают все без исключения утверждения низкими баллами, даже не вчитываясь в них. Они избегают опросника, чтобы не встретиться со своими схемами. Ответы такого типа указывают на избегающую копинговую стратегию. Если у пациента постоянно возникают трудности при заполнении опросника, психотерапевт не настаивает на его заполнении. В таком случае психотерапевт вместе с пациентом исследуют причины, по которым пациент не заполняет опросник. Если мы не можем преодолеть эти препятствия относительно быстро, то обычно рассматриваем это как признак наличия у пациента существенных проблем с избеганием и в большей степени полагаемся на другие стороны оценочного процесса, чтобы определить, какие именно схемы присутствуют у пациента.

Обычно мы посвящаем тому, чтобы просмотреть вместе с пациентом заполненный им опросник, один-два сеанса — в зависимости от количества схем с высокими оценками. Поскольку пациентам разрешается изменять формулировку утверждений, психотерапевт и пациент могут многое обсудить в этом контексте. Разговоры об утверждениях опросника обычно побуждают пациентов приступить к изучению важной для них информации. Когда Психотерапевт, вместе с пациентом просматривая опросник,

постоянно формулирует и пересматривает гипотезы о схемах пациента, связывая их с имеющимися у пациента проблемами и его историей жизни.

Опросник родительского стиля Янга

Опросник родительского стиля Янга (*Young Parenting Inventory — YPI; Young, 1994*) — один из основных инструментов выявления источников происхождения схем в детстве. Он содержит 72 вопроса, с помощью которых респонденты оценивают разные параметры поведения своих отца и матери (по отдельности), которые, как предполагается, способствовали развитию схем у пациента. Как и в методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга, в Опроснике родительского стиля Янга используется шестибальная шкала Лайкерта, а вопросы сгруппированы по схемам. Обычно мы предлагаем пациентам Опросник родительского стиля Янга в качестве домашнего задания спустя несколько недель после заполнения методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга — обычно на пятом-шестом сеансе, когда обсуждаем происхождение схем.

Если пациентов воспитывали мачехи или отчимы, бабушка с дедушкой или другие люди, заменяющие родителей, они могут видоизменить опросник, добавив столбцы для дополнительных родителей или тех, кто их заменял. Например, пациентка жила с матерью и отцом, а затем, когда ее отец умер (ей тогда было пять лет), — с матерью и отчимом. Она добавила колонку и оценила утверждения Опросника родительского стиля Янга для своей матери, отца и отчима.

Данная методика позволяет оценить наиболее распространенные источники происхождения ранних дезадаптивных схем. Она отражает окружающую среду ребенка, которая, по нашим наблюдениям, может формировать те или иные схемы. Однако возможна ситуация, когда пациента окружала среда, связанная с определенной схемой, но, тем не менее, у него не развилась соответствующая схема. Это может произойти по ряду причин: 1) темперамент пациента препятствовал развитию схемы; 2) один из родителей или значимый человек в жизни ребенка компенсировал воздействие других; 3) сам пациент, значимый взрослый или событие в его жизни в более позднем возрасте излечили схему.

Психотерапевт обрабатывает результаты по Опроснику родительского стиля Янга аналогичным образом, как и по методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга. Он отмечает все пункты с оценкой 5 или 6 для каждого из родителей. (Мы предполагаем, что оценка в 5–6 баллов с высокой степенью вероятности может быть клинически значимой для конкретной схемы). Единственным исключением являются вопросы 1–5, которые оценивают источники происхождения схемы Эмоциональной депривированности. Баллы для них присваиваются в обратном порядке: *низкие* значения указывают на значимость соответствующего вопроса для происхождения схемы Эмоциональной депривированности. В отличие от методики диагностики ранних дезадаптивных схем Янга, для подтверждения значимости той или иной схемы в данном случае не требуется, чтобы высокие оценки получили как минимум два относящихся к ней вопроса. Хотя верно и то, что чем выше оценки по данной схеме, тем выше вероятность того, что она будет релевантной для пациента; любое утверждение, получившее высокие оценки, может иметь значение в контексте вопроса о происхождении схемы.

Например, если пациент ставит высокий балл утверждению о том, подвергался ли он сексуальному насилию со стороны родителя, очень вероятно, что у него присутствует схема Недоверия/Ожидания жестокого обращения, даже если другим вопросам этой схемы были присвоены низкие значения.

На следующем сеансе, после просмотра психотерапевтом результатов заполненного опросника, они вместе с пациентом обсуждают утверждения с высокими оценками. Психотерапевт поощряет пациента предоставить больше информации о каждом источнике, приведя примеры из детства или юности, которые иллюстрируют практические проявления поведения родителя. Это обсуждение продолжается до тех пор, пока психотерапевт не получит полную и точную картину вклада каждого из родителей в возникновение схемы пациента. Психотерапевт объясняет пациенту взаимосвязь между каждым источником и соответствующей схемой, а также то, каким образом источник возникновения схемы в детстве и сама схема могут быть связаны с имеющимися у пациента проблемами.

Хотя Опросник родительского стиля Янга был разработан не для идентификации схем пациентов, а для определения вероятных источников происхождения тех из схем, которым были присвоены высокие оценки в методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга, он, тем не менее, оказался ценным *косвенным* инструментом для выявления схем. Если пациент решительно соглашается с теми утверждениями Опросника родительского стиля Янга, которые отражают типичный источник происхождения схемы, мы зачастую наблюдаем наличие такой схемы, даже если пациент поставил низкие оценки соответствующим ей утверждениям в методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга. Наиболее вероятным объяснением этого парадокса является то, что пациенты зачастую могут точно определить, как обращались с ними родители, даже если им трудно осознать собственные эмоции. Таким образом, для пациентов с ярко выраженным избеганием схем Опросник родительского стиля Янга может оказаться более эффективным инструментом диагностики, чем методика ранних дезадаптивных схем Янга.

Психотерапевт сравнивает ответы по Опроснику родительского стиля Янга с ответами по методике диагностики ранних дезадаптивных схем Янга. Если схемы с высокими значениями по одному опроснику соответствуют схемам с высокими значениями по другому, это повышает вероятность их значимости. Несоответствия также предоставляют психотерапевту важную информацию. Как и в случае методикой диагностики ранних дезадаптивных схем Янга, баллы по Опроснику родительского стиля Янга также могут быть низкими в результате избегания или гиперкомпенсации схемы. Если пациент поставил утверждению неожиданно низкую оценку, психотерапевт может сказать следующее: “В методике диагностики ранних дезадаптивных схем вы отметили, что на протяжении всей вашей жизни люди пытались вас контролировать, но в Опроснике родительского стиля вы указали, что ваши отец и мать не пытались управлять вашей жизнью. Не могли бы вы помочь мне понять, как эти два утверждения согласуются друг с другом?” Попытки устранить очевидные несоответствия, подобные этому, бывают очень полезными как для уточнения схем пациента и источников их происхождения, так и для помощи пациентам в осознании чувств, которые они подавляли, и событий, которых они ранее избегали.

Опросник избегания Янга–Рай

Опросник избегания Янга–Рай (*Young & Rygh, 1994*) состоит из 41 утверждения, которые оценивают избегание схемы. Он включает в себя такие утверждения, как “Когда я один, то провожу много времени у телевизора”, “Я стараюсь не думать о вещах, которые меня расстраивают”, “Я начинаю себя чувствовать физически плохо, когда дела не ладятся”. Респонденты оценивают свое согласие с утверждениями по 6-балльной шкале.

Как и в других методиках, психотерапевт не столько ориентируется на итоговый общий балл, сколько обсуждает с пациентом утверждения, получившие высокие оценки. Тем не менее, высокая общая оценка указывает на общий паттерн избегания схемы. Методика не является специфичной для той или иной схемы: эта копинговая стратегия может применяться для избегания любой схемы.

Опросник компенсации схемы Янга

Опросник компенсации схемы Янга (*Young, 1995*) состоит из 48 утверждений и оценивает гиперкомпенсацию схемы. Среди утверждений есть следующие: “Я часто обвиняю других, когда что-то идет не так”, “Я мучаюсь при необходимости принять решение, потому что боюсь совершить ошибку”, “Я не люблю правила и получаю удовольствие от их нарушения”. В методике оценивания используется шестибальная шкала Лайкерта.

Психотерапевт использует Опросник компенсации схемы в качестве клинического инструмента, обсуждая с пациентом утверждения с высокими оценками. Например, если пациент присваивает высокий балл обвинению как копинговой стратегии, психотерапевт просит привести пример. Психотерапевт исследует, не является ли обвинение гиперкомпенсацией других, более болезненных чувств — например, чувства стыда. Психотерапевт может спросить: “Возможно ли, что обвинение является вашим способом совладать с чувством стыда?” Со временем, пациенты учатся самостоятельно отслеживать свое использование копинговых стратегий, выявленных с помощью этих двух методик.

ДИАГНОСТИКА С ПОМОЩЬЮ ВООБРАЖЕНИЯ

К этому этапу диагностики психотерапевт уже выяснил историю жизни пациента и проанализировал вместе с пациентом заполненные им опросники. Психотерапевт и пациент выстраивают рациональные определения схем пациента и его копинговых стратегий.

Следующим шагом является намеренный запуск схем пациента на сеансе психотерапии, чтобы как психотерапевт, так и сам пациент могли их прочувствовать. Психотерапевт обычно достигает этой цели в процессе работы с воображением. Воображение является мощным инструментом диагностики для большинства паци-

ентов. Благодаря быстрой и наглядности, с которыми они “вскрывают” базовые ощущения и воспоминания пациента, образы представляют собой наиболее эффективное средство идентификации схем. Подробное описание работы с воображением пациентов представлено в главе 4. Здесь мы приводим краткий обзор методики использования воображения (визуализации) при оценке ситуации.

Использование воображения для диагностики схемы имеет следующие цели.

1. Определить и запустить схемы пациента.
2. Понять источники возникновения схем в детстве пациента.
3. Установить связь схем с текущими проблемами пациента.
4. Помочь пациенту испытать эмоции, связанные со схемами.

Мы начинаем с представления пациентам убедительного обоснования в пользу работы с воображением — это позволит им почувствовать свои схемы, понять источники происхождения схем в детстве и связать схемы с текущими проблемами.

Предоставив пациентам такое краткое обоснование, мы попросим их закрыть глаза и позволить образу появиться в их сознании. Мы просим их не навязывать себе образ, а позволить ему появиться самостоятельно. Как только пациенты видят какой-то образ, мы просим описать его нам вслух, используя предложения в настоящем времени. Мы помогаем им сделать образ ярким и эмоционально реалистичным.

Следующее упражнение представляет собой, так сказать, введение в технику визуализации. Читатели могут попробовать выполнить это упражнение самостоятельно. Оно основано на упражнении для групповых тренингов, которое мы изначально разработали для психотерапевтов, посещающих семинары по схема-терапии (*Young, 1995*).

1. Закройте глаза. Представьте себя в безопасном месте. Используйте визуальное изображение, а не слова или мысли. Пусть образ придет сам по себе. Обратите внимание на детали. Скажите мне, что вы представляете. Что вы чувствуете? Есть ли с вами кто-нибудь еще или вы один? Наслаждайтесь расслаблением, чувством безмятежности в вашем безопасном месте.
2. Продолжая держать глаза закрытыми, сотрите этот образ. Теперь представьте себя ребенком, рядом с одним из своих родителей, в неприятной для вас ситуации. Что вы видите? Где вы находитесь? Обратите внимание на детали. Сколько вам лет? Что происходит в образе, который вы видите?
3. Что вы чувствуете? О чем думаете? Что чувствует ваш родитель? О чем он думает?
4. Ведите диалог между вами и родителем. Что вы говорите? Что говорит родитель? (Продолжайте, пока диалог не придет к естественному завершению.)
5. Подумайте, какие изменения вы хотели бы увидеть в своем родителе в этой визуализации, даже если это кажется невозможным. Например, вы хотите, чтобы родитель давал вам больше свободы? Больше любви? Больше понимания? Больше признания? Был менее критичен? Был лучшим примером для подражания? Теперь скажите своему родителю — словами ребенка, — какие вы хотели бы видеть изменения в нем.
6. Как реагирует родитель? Что дальше происходит в образе? Удерживайте образ до конца этой сцены. Как вы себя чувствуете в конце сцены?

7. По-прежнему не открывайте глаза. Теперь усилите чувство, которое испытываете в этом образе. Сделайте эмоцию сильнее. Теперь, удерживая эмоции в своем теле, сотрите образ себя как ребенка и представьте ситуацию в вашей *текущей* жизни, в которой вы испытываете такое же или подобное чувство. Не пытайтесь его форсировать; пусть он придет сам по себе. Что происходит с образом? О чем вы думаете? Что вы чувствуете? Скажите вслух. Если на воображаемой картинке есть кто-то еще, скажите ему, какие перемены в нем вы хотели бы видеть. Как реагирует этот человек?
8. Сотрите этот образ и вернитесь в свое безопасное место. Наслаждайтесь чувством расслабленности и спокойствия. Откройте глаза.

Диагностика с помощью воображения, которую мы проводим с пациентами, похожа на это упражнение. Мы начинаем визуализацию с безопасного места и им же заканчиваем. Мы просим пациентов представить отдельные образы неприятных ситуаций из детства с каждым из родителей и с любыми другими значимыми фигурами из их детства или подросткового возраста. Затем мы объясняем пациентам, как говорить с людьми из этих образов, как выражать свои мысли, чувства и желания. Затем мы просим пациентов переключиться на образ из их *нынешней* жизни, который ощущается так же, как ситуация в детстве. Пациенты снова проводят диалог — на этот раз с персонажем из своей взрослой жизни, — проговаривая вслух, что они думают, чувствуют и чего хотят от него. Мы повторяем этот процесс до тех пор, пока не охватим все значимые в детстве моменты, которые внесли свой вклад в формирование схем пациента (в главе 4, посвященной техникам переживания, приведен фрагмент стенограммы проведения этого упражнения д-ром Янгом).

При работе с воображением важно приступить к выполнению упражнения в начале сеанса, чтобы после его завершения осталось достаточно времени для обсуждения результатов. В ходе обсуждения психотерапевт помогает пациентам исследовать их образы, чтобы выявить схемы, понять источники их возникновения в детстве и связать их с текущими проблемами. Кроме того, психотерапевт помогает пациенту интегрировать работу над образами с информацией, полученной с помощью других инструментов диагностики схемы.

Иногда сеанс работы с воображением оставляет пациента в расстроенных чувствах. Если провести работу с образами в начале сеанса психотерапии, у пациента будет достаточно времени для восстановления душевного равновесия перед уходом из кабинета психотерапевта. Если пациент боится работать над образами, психотерапевт пытается успокоить его. Психотерапевт говорит пациенту, что тот контролирует собственные образы, и, хотя психотерапевт просит закрыть глаза, чтобы повысить концентрацию, пациент может открыть их, если чувствует, что ему тяжело. Вследствие травматичности историй, чувства недоверия или беспокойства, некоторые пациенты работают над образами, опустив глаза, но не закрывая их полностью. Некоторые просят, чтобы психотерапевт не наблюдал за ними во время упражнения. Психотерапевт выполняет эту просьбу. По окончании работы с визуализацией психотерапевту следует вернуть пациента в настоящий момент, в “здесь и сейчас”, используя упражнение на осознанность.

Обычно мы начинаем с неприятного образа из детства пациента, а затем стараемся связать это изображение с его текущей жизнью. Тем не менее, упражнения на визуализацию могут проводиться и по-другому. Например, если пациент приходит на сеанс, будучи уже расстроенным какими-либо текущими событиями, мы можем использовать образ этой ситуации в качестве отправной точки: попросить пациента представить ее себе, а затем вернуться в прошлое, представив образ из детства, когда он испытывал то же самое. Мы можем использовать образ конкретного симптома в теле пациента в качестве отправной точки. Например, мы можем сказать: “Можете ли вы представить себе свою спину, когда вам больно? Как она выглядит? О чем говорит эта боль?” Мы можем использовать сильные эмоции, которые пациент испытывает, но не осознает в качестве отправной точки. Далее приведены несколько примеров.

Клинические случаи

Образы детства

Надин 25 лет. Она обратилась к психотерапевту, чтобы избавиться от депрессии. Надин работает офис-менеджером в крупной компании. Ее постоянно повышают на работе, поскольку она отлично умеет улаживать разногласия в коллективе и часто берет на себя выполнение заданий, которых сторонятся другие сотрудники. Хотя Надин работает весьма эффективно, психотерапевт установил, что ее депрессия является признаком того, что ее поведение на работе обусловлено схемой и наносит ей ущерб.

Рассказывая свою жизненную историю, Надин сообщила, что выросла в религиозной семье, в которой всем, кроме отца, было запрещено выражать гнев. Надин была старшей из пяти детей. Поскольку ее мать была больна, Надин несла ответственность за своих младших братьев и сестер, — и ей не разрешалось жаловаться. Она была обязана жертвовать всем ради своих родителей, братьев и сестер, которые нуждались в заботе, чем она.

Проводя работу над образами детства, Надин рассказала о случае, когда отец несправедливо обвинил ее в том, что она якобы дала матери неправильное лекарство. На самом деле лекарство дала младшая сестра, но Надин чувствовала, что было бы неправильно вовлекать ее в конфликт, поэтому взяла вину на себя. Она стояла перед разгневанным отцом, подавляя злость, вызванную несправедливостью ситуации и своим актом самопожертвования. Когда психотерапевт попросил ее представить картину текущей ситуации, которая ощущалась бы точно таким же образом, Надин вспомнила, как взяла на себя вину за ошибку своего подчиненного.

Схема Самопожертвования Надин делает ее идеальным объектом для эксплуатации на работе. Как и в своей родной семье, Надин выступает в роли посредника в спорах, берет на себя чужую вину и добровольно выполняет неприятные задания. Она подавляет свой гнев, но ее депрессия от этого лишь усиливается. Движимая своей готовностью к самопожертвованию, она запечатлевает схему Эмоциональной депривированности. (Очень часто пациенты со схемой Самопожертвования также имеют схему Эмоциональной депривированности, поскольку они сосредоточены на удовлетворении потребностей других людей, а не на собственных нуждах). Дома и на работе Надин заботится о других, но никто не заботится о ней самой. Визуализация помогает Надин

распознать источник происхождения схемы Самопожертвования в детстве и связать ее с депрессией.

Образ, связанный с эмоцией

Дайана — 50-летняя разведенная женщина, которая ведет собственный успешный бизнес. Она сообщает о своей истории повышенной тревожности, которую не удалось снизить с помощью предыдущего курса психотерапии. Она пришла на свой третий сеанс схема-терапии, испытывая тревогу и заявляя, что не знает причины ее возникновения. Вспоминая события за неделю, она сказала, что накануне вечером ее 17-летняя дочь опоздала, забирая мать с работы домой. Умом она осознавала, что поводов для тревоги нет, но на уровне эмоций была напугана, и ее тревога не исчезла до сих пор.

Психотерапевт попросил Дайану закрыть глаза и представить картину предыдущего вечера, когда она ждала приезда дочери. Как только у Дайаны появился яркий образ, и она смогла вспомнить свое чувство страха, психотерапевт попросил ее представить образ ситуации, когда она испытывала то же самое в детстве. Дайана увидела себя в детстве, в последний день летнего лагеря, когда родители должны были забрать ее домой. Поскольку ее мать страдала биполярным расстройством и не могла заботиться о ней постоянно, а отец был продавцом и по работе часто уезжал далеко от дома, Дайана боялась, что никто за ней не придет. Увидев, как другие дети уходят со своими родителями, она начала паниковать, ходить туда-сюда. В конце концов, она осталась единственным ребенком в лагере. Этот образ продемонстрировал схему Покинутости/Нестабильности Дайаны.

Затем психотерапевт попросил Дайану продолжить упражнение, вернувшись к текущему образу, в котором она ждала дочь, чтобы та отвезла ее домой. Теперь Дайана понимает, почему она была так напугана: ее схема Покинутости/Нестабильности была спровоцирована опозданием дочери. Работа над образами помогла ей определить схему, лежащую в основе тревоги. Когда пациенты испытывают сильные эмоции, которые не могут понять, образы часто помогают обнаружить схему, которая скрыта за ними.

Образ, связанный с соматическим симптомом

Соматические симптомы часто являются признаками избегания схемы. Когда у пациентов присутствуют соматические симптомы, образы часто могут помочь им преодолеть когнитивное и эмоциональное избегание, чтобы выявить базовые схемы. Полу 46 лет, по профессии он врач. В общей сложности, он посещал сеансы психотерапии на протяжении 20 лет, пытаясь избавиться от страха, что у него “мигрирующая опухоль” в теле. Несмотря на все его познания в области медицины, которые говорят, что это невозможно, несмотря на бесконечные медицинские обследования, которые не смогли обнаружить аномалии, Пол продолжает опасаться, что он смертельно болен и может умереть в любой момент.

Работая с воображением, психотерапевт просит Пола определить, где сейчас в теле находится опухоль. Психотерапевт просит его представить образ опухоли и описать ее размер, текстуру, форму и цвет. Психотерапевт инструктирует его, как говорить с опухолью, и велит спросить, почему она находится в теле, а затем взять на себя роль

опухоли и ответить. Говоря от имени опухоли, Пол отвечает, что работает не на максимуме своих возможностей, что он очень плохой. Опухоль находится в его теле, чтобы его наказать. Полу нужно работать более добросовестно, иначе опухоль погубит его.

Затем психотерапевт просит Пола представить образ человека, с которым он чувствовал себя точно так же в детстве. Пол представляет себя ребенком со своим требовательным отцом. Отец говорит, что его школьные оценки неприемлемы, и что он должен работать усерднее. Как и опухоль, отец отображает схему Жестких стандартов/Придирчивости Пола. Работа с воображением помогает Полу получить доступ к схеме, лежащей в основе его соматического симптома, и найти источник происхождения схемы в его отношениях с отцом в детстве.

Преодоление поведения избегания схемы

Избегание схемы является наиболее распространенным препятствием на пути эффективной работы над образами. Избегание схемы может проявляться несколькими способами. Пациенты могут отказаться выполнять упражнение, презрительно заявив, что оно будет для них бесполезным. (Это классический ответ нарциссического пациента.) Пациенты могут тормозить процесс, задавая вопросы или поднимая несущественные темы, чтобы отвлечь психотерапевта. Пациенты могут постоянно открывать глаза вместо сосредоточения на визуализации или настаивать на том, что они видят лишь “пустой экран”. Их образы могут быть слишком расплывчатыми, или они могут видеть только “непонятные фигурки”.

Есть много возможных причин избегания схемы. Некоторые можно легко преодолеть: пациент может стесняться того, что ему не удастся справиться с заданием, беспокоиться о правильности его выполнения или слишком нервничать, пытаясь сосредоточиться. Зачастую психотерапевт может разрешить эти трудности, просто повторив обоснование для работы над образами и убедив пациента, что трудности можно преодолеть. Психотерапевт также может начать с менее пугающих тем, например, с приятных или нейтральных образов, а затем постепенно переходить к более неприятным.

У нас есть несколько способов преодоления поведения избегания схемы при работе с воображением. Мы опишем их более подробно в главе об экспериенциальных стратегиях (глава 4) и вкратце перечислим здесь.

1. Предоставление пациенту рационального обоснования необходимости работы над образами.
2. Анализ преимуществ и недостатков выполнения упражнения.
3. Начинаем с успокаивающих образов, с постепенным переходом к образам, вызывающим тревогу.
4. Диалог с избегающей стороной личности пациента (работа с режимами).
5. Использование техник управления эмоциями, таких как осознание или релаксация.
6. Начало лечения психотропными препаратами.

У некоторых пациентов возникают проблемы с визуализацией себя в детстве. В таком случае пациенту будет полезно представить себя в настоящем, а затем двигаться в

обратном направлении — к раннему взрослому возрасту, юности и, наконец, к детству. Также будет полезно попросить пациента представить своих родителей или братьев/сестер такими, какими они выглядели в детстве. Иногда пациенты не могут визуализировать себя, но могут визуализировать других людей и места из своего детства. Кроме того, пациенты могут принести свои детские фотографии, чтобы стимулировать воображение. Психотерапевт и пациент могут вместе просмотреть фотографии, а психотерапевт может задавать вопросы наподобие: “О чем может думать этот ребенок? Что он может чувствовать? Чего он может хотеть? Что произойдет дальше в этой сцене?”

Другой техникой преодоления избегания схемы является ведение диалога с избегающей стороной личности пациента. Мы называем ее режимом Отстраненного защитника (см. главу 8). Отстраненный защитник защищает пациента, “отсекая” его чувства. Психотерапевт договаривается с Отстраненным защитником, чтобы получить доступ к уязвимой части пациента, которая содержит его базовые схемы, — к режиму Уязвимого ребенка.

Однако иногда психотерапевту нелегко справиться с поведением избегания схемы. Постоянное избегание схемы может указывать на то, что схемы пациента весьма серьезны. Например, пациенты, подвергшиеся жестокому обращению, могут быть слишком недоверчивыми, чтобы позволить себе раскрыться и допустить возможность эмоциональной уязвимости. Излишне сенситивные пациенты могут быть слишком напуганы, чтобы испытывать связанный с их схемами аффект, поскольку боятся декомпенсации. Те, кто излишне склонен к избеганию и гиперкомпенсации своих схем, имеют проблемы с визуализацией, поскольку для них непереносимо негативное воздействие. Прежде чем пытаться работать над образами, таким пациентам может понадобиться установить более стабильную и доверительную связь с психотерапевтом. Работа над образами становится возможной по мере роста степени доверия в терапевтических отношениях.

Некоторые пациенты испытывают большие трудности с детскими образами, потому что с ними произошло некое травмирующее событие, воспоминание о котором блокируется ими; или же, возможно, они испытывали настолько сильные отвержение и депривацию, что в атмосфере детства преобладают пустота и холод, да и самих воспоминаний о детстве мало. В этих случаях психотерапевт должен получить информацию о схемах с помощью других методов диагностики. Тем не менее травмированные или отверженные пациенты могут сообщать об ощущениях и эмоциях, которые дают ключи к их схемам. Например, пациенты могут чувствовать себя в ловушке, когда закрывают глаза, или сообщать о чувстве одиночества. Эти ощущения и эмоции могут помочь терапевту в построении гипотез о схемах пациента.

Оценка терапевтических отношений

Схемы пациента проявляются и в терапевтических отношениях. (Конечно, это относится и к схемам психотерапевта: запускаются его собственные схемы. Мы обсуждаем вопросы контрпереноса в главе 6, посвященной терапевтическим отношениям.) Запуск схем пациента в терапевтических отношениях предоставляет терапевту возможность собрать больше информации для оценки. Психотерапевт и пациент могут

обсудить, что произошло во время работы над выявлением схем, триггеров или связанных с ними мыслей и чувств, включая и текущие обстоятельства, и связанные с ними события в прошлом. Психотерапевт просит пациентов вспомнить о людях, которые заставляют его чувствовать то же самое.

Ранние дезадаптивные схемы провоцируют характерное поведение в ходе психотерапии. Например, пациент со схемой Зависимости/Беспомощности может неоднократно обращаться за помощью в отношении заполнения опросников и выполнения домашних заданий; пациент со схемой Самопожертвования может быть излишне заботлив по отношению к психотерапевту и часто спрашивать о его здоровье и настроении; пациент со схемой Привилегированности/Грандиозности может претендовать на особое к себе отношение (изменения в расписании сеансов или выделение дополнительного времени); пациент со схемой Покинутости/Нестабильности может опасаться довериться психотерапевту из-за страха быть оставленным; пациент со схемой Недоверия/Ожидания жестокого обращения может с подозрением расспрашивать о том, что записывает психотерапевт во время сеанса, и о том, соблюдает ли он конфиденциальность; пациент со схемой Дефективности/Стыдливости может избегать зрительного контакта или испытывать трудности с принятием комплиментов; пациенты со схемой Запутанности/Неразвитой идентичности могут копировать те или иные особенности внешнего вида или стиля поведения психотерапевта. Психотерапевт может узнать о схемах пациента, наблюдая за тем, как тот ведет себя в терапевтических отношениях. Психотерапевт делится этой информацией с пациентом, ведя беседу с эмпатией и с применением терминов схема-терапии.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ТЕМПЕРАМЕНТА

Как мы уже отмечали в главе 1, мы определили семь гипотетических измерений эмоционального темперамента, взятых из научной литературы и из наших собственных клинических наблюдений.

Лабильность ↔ Нереактивность
Дистимичность ↔ Оптимизм
Тревожность ↔ Спокойствие
Обсессивность ↔ Отвлекаемость
Пассивность ↔ Агрессивность
Раздражительность ↔ Веселость
Застенчивость ↔ Общительность

Под темпераментом мы понимаем определенный набор точек в этой системе координат. Темперамент влияет на то, какие копинговые стратегии применяет человек, чтобы справляться со своими схемами.

Существует несколько причин для проведения оценки темперамента пациента. Во-первых, темперамент является врожденным и всегда существенно влияет на то,

каким образом пациент реагирует на факторы окружающей среды. Хотя каждый вид темперамента несет с собой некоторые недостатки, он также предоставляет и определенные преимущества. Пациенты могут научиться принимать и ценить свою природу, преодолевая с ее помощью возникающие проблемы. Понимание своего темперамента может оказывать огромное влияние на действия человека. Люди не выбирают свой темперамент — ни эмоциональность, ни агрессивность, ни застенчивость. Это не хорошо и не плохо; это просто данность. Например, признание чрезвычайной эмоциональности своей натуры может помочь пациентам с ПРЛ развить чувство собственного достоинства. Они могут увидеть, что вовсе не являются “плохими” вследствие переживания интенсивных чувств, даже если эта интенсивность была проблемой для их родителей. Просто такова их природа — быть страстными людьми. Пациенты также могут обучиться стратегиям изменения своего темперамента и научиться вести себя адекватным образом, несмотря на свою эмоциональность.

Мы должны отметить, что у нас пока что нет достаточно надежного оценочного инструментария, чтобы с уверенностью определить врожденный темперамент человека. Лучшее, на что мы способны, — сделать обоснованное предположение на основе детальной истории жизни пациента. Однако для клинических целей не суть важно, является ли преобладающее настроение пациента врожденным или же оно стало последствием каких-то ситуаций в его детстве. Если определенный темперамент сопутствовал пациенту на протяжении всей его жизни, он обычно чрезвычайно устойчив к терапевтическим изменениям и поэтому может рассматриваться как врожденный.

Психотерапевт начинает оценивать темперамент пациента, задавая ряд вопросов, связанных с аффективными состояниями. Некоторые пациенты способны определить свое базовое, или преобладающее, настроение. Психотерапевт задает такие вопросы, как “Что говорят члены семьи о том, каким вы были в детстве (в эмоциональном плане и в межличностных отношениях)?”, “Обычно вы человек с высоким уровнем энергии или с низким?”, “Каков ваш общий взгляд на жизнь? Вы в целом оптимистичны или пессимистичны?”, “Как вы обычно себя чувствуете, когда остаетесь один?”, “Как часто вы плачете?”, “Как часто вы выходите из себя?”, “Часто ли вы волнуетесь?”

Черты, устойчивые на протяжении жизни, вероятно, будут относиться к темпераменту. Таким образом, для каждого из этих вопросов психотерапевт уточняет, всегда ли это было так для пациента или же это актуально лишь для определенных периодов в его жизни. Чем более стабильны и долговременны чувства, и чем раньше они возникли, тем выше вероятность того, что они являются частью врожденного темперамента пациента, а не реакцией на жизненные события.

В дополнение к вопросам, обращенным к пациенту, психотерапевт наблюдает за его эмоциональными реакциями на сеансах и спрашивает об их проявлении в реальной жизни. Наконец, психотерапевт оценивает, как он сам чувствует себя на сеансах, в обществе этого пациента. Аффективный тон встреч может многое рассказать о темпераменте пациента.

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Схемы часто запускаются естественным образом в течение жизни пациента. Текущие события могут выступать триггерами схем пациента. Психотерапевт и пациент могут наблюдать за случаями сильных эмоциональных реакций пациента на текущие события и обсуждать это на сеансах. Групповая терапия — еще один контекст, в котором схемы пациента могут становиться очевидными. То, как пациент реагирует на других членов группы и на обсуждаемые темы, может предоставить ценный материал для дальнейших индивидуальных сеансов. Схемы также проявляются в снах. Пациенты могут записывать свои сны, особенно повторяющиеся и те, которые связаны с сильной эмоцией, а затем обсуждать их с психотерапевтом на сеансах. Такой материал может стать отправной точкой для работы над образами. Книги и фильмы также могут провоцировать запуск схемы. Ввиду этого, психотерапевты могут назначать пациенту определенные книги и фильмы, основываясь на своих гипотезах о схемах пациента. Реакции пациента могут послужить подтверждением гипотезы психотерапевта или опровергнуть ее.

ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ О СХЕМАХ

На протяжении всего этапа диагностики психотерапевт информирует пациента о концепции схемы. Пациенты получают знания главным образом благодаря обсуждениям, рекомендуемым к прочтению книгам и самонаблюдению. По мере того как пациенты узнают все больше о схемах, они получают возможность более полно участвовать в процессе концептуализации своих случаев.

Прочь из замкнутого круга

Мы рекомендуем пациентам книгу “Прочь из замкнутого круга” (Янг, Клоско, 1994), чтобы помочь им узнать о схемах, которые в книге называются “жизненными ловушками”. В книге приведено много примеров из практики. Мы обнаружили, что пациенты ассоциируют себя с персонажами в этих примерах и, таким образом, эмоционально взаимодействуют с материалами книги. Книга объясняет природу “жизненных ловушек” и описывает три копинговых стратегии: капитуляция, избегание и гиперкомпенсация (так называемые “замирание”, “бегство” и “нападение”). В главах книги описывается каждая из 11 жизненных ловушек. В этих главах есть опросники, которые пациенты могут заполнить, чтобы выяснить, может ли у них иметься та или иная жизненная ловушка. Также в главах описываются типичные источники происхождения ловушек в детстве; сигналы опасности при выборе неподходящих партнеров (которые подкрепляют ловушки, а не излечивают от них); проявление ловушек в отношениях, особенно в романтических; и конкретные стратегии для их изменения.

Мы рекомендуем пациентам прочитать первые пять коротких вводных глав, а затем одну-две главы об их основных схемах. Даже если у пациента гораздо больше схем,

сначала мы работаем только с одной или двумя основными. В дальнейшем мы можем порекомендовать другие главы, по мере естественного возникновения тем в повседневной жизни пациента или на психотерапевтических сеансах.

Самостоятельное наблюдение за схемами и копинговыми стратегиями

Когда пациенты узнают больше о своих схемах, они начинают самостоятельно наблюдать за их проявлениями в своей жизни. Они самостоятельно следят за схемами и копинговыми стратегиями, используя форму “Дневник схемы”. Мы будем говорить больше о самостоятельном наблюдении за схемами и копинговыми стратегиями в главе 3. Самонаблюдение помогает пациентам увидеть, когда их схемы запускаются автоматически, и насколько они распространены в их жизни. Пациенты могут наблюдать за тем, что происходит, и часто способны осознать, что они ведут себя саморазрушительным образом, даже если они пока еще не могут изменить свои паттерны поведения.

ЗАВЕРШЕНИЕ СХЕМА-ОРИЕНТИРОВАННОЙ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ СЛУЧАЯ

В качестве последнего шага перед началом этапа изменения, психотерапевт подводит итоги концептуализации случая пациента, используя форму схема-ориентированной концептуализации случая. Эта исходная концептуализация может уточняться и дополняться по мере продвижения процесса лечения (см. рис. 2.1).

ИТОГИ

В этой главе обсуждается этап диагностики схемы и информирования пациента в схема-терапии. Этот этап имеет шесть основных целей: 1) определение дисфункциональных жизненных паттернов; 2) определение и запуск ранних дезадаптивных схем; 3) понимание источников происхождения схем в детстве и подростковом возрасте; 4) определение копинговых стратегий и реакций; 5) оценка темперамента; 6) формулировка концептуализации случая.

Процесс диагностики является многогранным — он предусматривает заполнение опросников и анализ эмоциональных, поведенческих и межличностных показателей. Он начинается с первоначальной оценки, в ходе которой психотерапевт определяет текущие проблемы пациента и его терапевтические цели, а также выясняет, подходит ли пациенту схема-терапия. Затем психотерапевт переходит к истории жизни пациента, выявляя дезадаптивные жизненные модели, схемы или копинговые стратегии. В качестве домашних заданий пациент последовательно заполняет следующие опросники: 1) Мультимодальный опросник жизненной истории; 2) Методику диагностики ранних

дезадаптивных схем Янга); 3) Опросник родительского стиля Янга; 4) Опросник избегания Янга–Рай; 5) Опросник компенсации схемы Янга. Психотерапевт и пациент обсуждают полученные данные на сеансах, в ходе которых психотерапевт информирует пациента о концепции схемы. Затем психотерапевт использует экспериенциальные техники, в частности визуализацию, чтобы получить доступ к схемам пациента и запустить их, а также чтобы связать схемы с источниками их происхождения в детстве и с текущими проблемами пациента. Психотерапевт все время наблюдает за схемами пациента и за его копинговыми стратегиями, по мере их проявления в терапевтических отношениях. Наконец, психотерапевт оценивает эмоциональный темперамент пациента. По мере совместного формулирования и уточнения гипотез оценка постепенно преобразуется в концептуализацию случая.

Избегание схемы — наиболее распространенное препятствие в работе с воображением. Мы предлагаем методы преодоления избегания схемы при работе с воображением, включая информирование пациента об обоснованности такого вида работы; анализ преимуществ и недостатков выполнения упражнения; начало со спокойных образов и постепенный переход к эмоционально неприятным образам; диалог с избегающей стороной личности пациента (работа с режимами); применение техник управления эмоциями, таких как осознанность или релаксация; прием психотропных препаратов.