

Содержание

Об авторах	21
Список аббревиатур	28
Предисловие	29
Предисловие к русскоязычному изданию	31
От издательства	32
Благодарности	33
Часть I. Введение в схема-терапию	35
Глава 1. Введение в схема-терапию в лечении расстройств пищевого поведения	37
Краткий обзор	37
Введение в схема-терапию	40
Обоснование использования схема-терапии для взрослых с РПП	43
Структура книги	44
Глава 2. Обзор модели схем и ее терапевтического применения для клиентов с расстройствами пищевого поведения	45
Краткий обзор	45
Доказательства модели схема-режимов для РПП	45
Ранние дезадаптивные схемы в РПП и расстройствах питания	46
Дезадаптивные копинг-режимы и расстройство питания	47
Схема-режимы и патология РПП	48
Взаимосвязь между окружающей средой в детстве, расстройством питания и ранними дезадаптивными схемами/режимами	49
Исследования результатов применения схема-терапии в лечении РПП	50
Подведение итогов и ограничения исследований	53
Резюме	54
Глава 3. Применение схема-терапии для лечения расстройств приступообразного переедания: трансдиагностический подход	55
Краткий обзор	55
Модель схемы для расстройств приступообразного переедания	56
Роль неблагоприятных детских переживаний и дезадаптивных схем в расстройствах пищевого поведения	56

Результаты лечения с применением КПТ у пациентов с патологическим глубинными убеждениями	57
Схема как посредник между ранними переживаниями и перееданием	58
Применение схема-терапии при приступообразном переедании	58
Руководство по лечению	59
Терапевтический альянс	59
Ориентация на схема-терапию	59
Оценка и концептуализация	60
Стратегии схема-терапии	61
Когнитивные и поведенческие стратегии	61
Формат и структура сессии	62
Описание примера случая	63
Описание расстройства питания	63
Психосоциальная история	63
Концептуализация схемы	65
Терапия	66
Рескриптинг образов схемы	67
Диалоги схема-режимов	68
Прогресс и результаты	69
Результаты схема-терапии	69
Результаты в симптоматике	69
Резюме	70

Часть II. Оценка и концептуализация в схема-терапии

71

Глава 4. Оценка расстройств пищевого поведения с точки зрения схема-терапии	73
Краткий обзор	73
Множество путей к расстройствам пищевого поведения	73
Оценка в схема-терапии при лечении расстройств пищевого поведения	75
Оценка пищевой психопатологии и сопутствующих заболеваний	76
Оценка жизненной истории	77
Резюме	97

Глава 5. Концептуализация расстройств пищевого поведения с точки зрения схема-терапии	99
Краткий обзор	99
Разработка концептуализации случая расстройства пищевого поведения	100
Основные копинг-режимы при расстройствах пищевого поведения	100
Дифференциация режимов	104
Подведение итогов	105
Резюме	112
Часть III. Применение схема-терапии в лечении расстройств пищевого поведения	113
Глава 6. Повторяющееся негативное мышление при расстройстве пищевого поведения: выявление и устранение чрезмерного анализа дезадаптивных копинг-режимов, построение и сонастройка схемы	115
Краткий обзор	115
Повторяющееся негативное мышление и обработка эмоций	118
Повторяющееся негативное мышление с точки зрения схема-терапии	119
Стратегии обхода ПНМ и копинг-режима “чрезмерного анализа” в схема-терапии	120
Обучение и эмпатия к функциональной роли копинг-режима “чрезмерного анализа”	121
Использование техники плюсов и минусов	121
Обозначение копинг-режима во время сеанса	122
Сонастройка схемы: построение здоровых взрослых отношений с эмоциями с помощью терапевтических отношений	123
Подход к построению и сонастройке схемы, основанный на процессе	124
Сосредоточиться на конкретных эпизодах дистресса	124
1. Настроиться на эмоциональный отклик	125
2. Раскрыть основные схемы и потребности	126
3. Обобщить понимание, эмпатию и связь с источником из жизненной истории	127
4. Усилить сонастройку	127
5. Перейти к экспериенциальным техникам	128
Методы разрушения поведенческих паттернов	129
Резюме	130

Глава 7. Экспериментальный режим работы с расстройствами пищевого поведения	131
Краткий обзор	131
Экспериментальная работа с амбивалентными клиентами или теми, кто неохотно принимает участие в терапии	132
Работа со стульями и рескриптинг образов (РО) для обхода копинг-режимов	134
Эмпатичная конфронтация для обхода <i>Гиперконтролера</i>	135
Мультирежимная работа со стульями	137
Вариации работы со стульями для решения распространенных проблем	141
“Стул адвоката дьявола” с режимом <i>Гиперконтролера</i>	142
Рескриптинг образов	145
Рескриптинг образа из детства	147
Варианты рескриптинга образов для решения распространенных проблем	149
Работа с режимом <i>Импульсивного Ребенка</i>	156
Создание режимов <i>Здорового Взрослого</i> и <i>Счастливого Ребенка</i>	157
Резюме	159
Глава 8. Работа со стульями в схема-терапии: применение и обоснование в лечении расстройств пищевого поведения	161
Краткий обзор	161
Введение	161
Навыки, связанные с процессом лечения	162
Работа со стульями и расстройства пищевого поведения	162
Работа со стульями, ориентированная на схемы	165
Работа со стульями, ориентированная на режим	171
Особенности схема-терапии в лечении расстройств пищевого поведения	179
Чрезмерная регуляция эмоций (подавление эмоций и запрет на них)	181
Недостаточная регуляция эмоций (непереносимость дистресса)	181
Резюме	183

Глава 9. Разрушение поведенческих паттернов в схема-терапии для расстройств пищевого поведения: изучение других научно обоснованных подходов	185
Краткий обзор	185
Введение	186
Обзор этапов терапии: поведенческие техники при нервной анорексии	187
Этап 1. Разработка иерархии поведенческих экспериментов	188
Этап 2. Экспериментальная работа со стульями и рескриптинг образов	194
Этап 3. Межсессионная поведенческая работа — перенос в повседневную жизнь	196
Разрушение поведенческих паттернов у людей, которые переедают	196
Интеграция стратегий изменения поведения когнитивно-поведенческой терапии со схема-терапией при приступообразном переедании	197
Поведенческие эксперименты	198
Интеграция стратегий изменения поведения в рамках краткосрочной стратегической терапии при приступообразном переедании	199
Первая фаза лечения	199
Вторая фаза лечения	202
Третья фаза лечения	203
Резюме	205
Глава 10. Руководство по групповой схема-терапии для лечения расстройств пищевого поведения	207
Краткий обзор	207
Обзор руководства по групповой схема-терапии (ГСТ) в лечении расстройств пищевого поведения (STE-g)	208
Цели групповой схема-терапии — смена режимов	209
Практические вопросы	209
Содержание руководства по групповой схема-терапии для лечения расстройств пищевого поведения	213
Сессии 1–5	213
Установление групповой безопасности и связи (C1)	215
Психообразование по вопросам РДС и схема-режимов	216
Обучение модели схемы	217
Связь детских потребностей с РДС	219
Вводные упражнения	219

Сессии 6–21	225
Конфронтация с <i>Внутренним Критиком</i>	250
Упражнения, предназначенные для того, чтобы бросить вызов <i>Внутреннему Критику</i>	253
Разрушение поведенческих паттернов	259
Создание и усиление мудрого “я” режима <i>Здорового Взрослого</i>	260
Устранение искажений образа тела	265
Сессии 22–25	270
Работа со стульями для схема-режимов, которые саботируют лечение	271
Профилактика рецидивов и поддержание поведения	274
Рескриптинг образов, ориентированных на будущее	274
Резюме	275
Часть IV. Сложности, возникающие при использовании схема-терапии	277
Глава 11. Разрешение амбивалентности и преодоление блоков на пути к изменениям: мультимодальный подход, основанный на схемах	279
Краткий обзор	279
Введение	279
Современные подходы к разрешению амбивалентности в схема-терапии	281
Концептуализация амбивалентности: точка зрения, основанная на схеме	281
Мультимодальный подход к разрешению амбивалентности	283
Терапевтические отношения	284
Ограниченное повторное родительство	284
Эмпатичная конфронтация	287
Когнитивные техники	287
Психообразование	287
Баланс принятия решений	288
Планирование жизни	288
“Точка против точки” или “когнитивная реструктуризация”	288
Ценности	289
Экспериментальные вмешательства	289
Экспрессивное письмо	289
Письма другу и врагу	290

Письмо “в” схема-режим и “из” него	290
Письма из будущего	291
Работа со стульями	291
Работа со стульями для оценки ситуации	291
Диалоги схема-режимов	292
Баланс принятия решений на двух стульях	293
Диалог с “собой из будущего”	294
Диагностическое интервьюирование или внутриличностная ролевая игра	295
Векторные диалоги	295
Адвокат дьявола	296
Образы	297
Визуализация для оценки ситуации	297
Негативные образы	297
Позитивные образы	298
Метафорические образы	298
Истории и аналогии	299
Изменение поведения и разрушение шаблонов	299
Дополнительные соображения	301
Укрепление мотивации	301
Реакции схема-режима	302
Супервизия клинициста	302
Резюме	303
Глава 12. Преодоление сложностей и точек “застревания” в лечении расстройств пищевого поведения	305
Краткий обзор	305
Пример 1: индивидуальная схема-терапия в амбулаторных условиях	306
Часть 1. Описание проблемы	306
Часть 2. Точки “застревания” и решения	308
Часть 3. Терапевтические ловушки и ошибки	311
Пример 2: групповая схема-терапия в амбулаторных условиях	313
Часть 1. Описание проблемы	313
Часть 2. Точки “застревания” и решения	314
Часть 3. Терапевтические ловушки и ошибки	317
Пример 3: схема-терапия во время стационарного лечения	318
Часть 1. Описание проблемы	318
Часть 2. Точки “застревания” и решения	320
Часть 3. Терапевтические ловушки и ошибки	322

Информация для преодоления препятствий в лечении РПП	323
Обучающие советы, полученные во время тематических исследований	324
Глава 13. Терапевтический перенос (химия схемы “терапевт — клиент”) в лечении расстройств пищевого поведения	325
Краткий обзор	325
Влияние терапевтических отношений	326
Схемы терапевта и как с ними работать	326
Работа с терапевтическими отношениями	327
Балансировка уровня эмоциональной активации	329
Окно эмоциональной толерантности	329
Родительский полюс	331
Эмпатичная конфронтация	332
Типичные проблемы терапевтических отношений при лечении РПП	334
Как справиться с импульсивностью в виде переедания — обычного или приступообразного	334
Как справляться с эмоциональной нестабильностью и переключением режимов, вызванными амбивалентными детскими режимами	337
Работа с враждебностью и гиперкомпенсаторными копинг-режимами	340
Специальные приемы обхода <i>Отстраненного Защитника</i> и доступа к скрытым детским режимам	345
1. Самораскрытие терапевтом своих чувств по отношению к <i>Внутреннему Критику-диктатору</i>	345
2. Стимулирование изменения точки зрения с помощью “метода замещения”	347
3. Обращение к ребенку, “спрятавшемуся” за <i>Отстраненным</i> <i>Защитником</i>	348
Резюме	349
Глава 14. Схема-терапия в лечении расстройств пищевого поведения: забота терапевта о себе	351
Краткий обзор	351
Введение	351
Идеи для заботы о себе и персональной терапии	356
Случай первый: Энн	356
Случай второй: Фрэнк	356
Случай первый: Энн	357
Случай второй: Фрэнк	358

Подводные камни и решения	360
Случай первый: Энн	360
Случай второй: Фрэнк	360
Резюме	361
Глава 15. Схема-терапия в лечении расстройств пищевого поведения: размышления терапевта о проведении многоцентрового исследования	363
Краткий обзор	363
Предпосылки	363
Размышления	364
Скрининг	364
Оценка	366
Участники	366
Терапевты	367
Руководство	369
Лечение	370
Сессии	371
Дозировка имеет значение	374
Глава 16. Обнаружение и ограниченное повторное родительство <i>Одинокого Ребенка</i>, скрытого за <i>Анорексичным Гиперконтролером</i>	377
Краткий обзор	377
Линда. Истоки развития и диагностические признаки	378
Терапия, фаза 1 (C1–C22 и стационарное лечение): закладка фундамента	379
Терапия, фаза 2 (C23–C31): когнитивно-поведенческая терапия и концептуализация случая	381
Терапевтическая фаза 3 (C32–C35): обнаружение и ограниченное повторное родительство <i>Одинокого Ребенка</i>	386
Терапевтическая фаза 4 (C36–C40): борьба с <i>Гиперконтролером</i>	391
Прекращение терапии (C41–C42) и последующие действия	393
Важные выводы для теории и практики схема-терапии	394
Примечания	395

Часть V. Будущее схема-терапии	397
Глава 17. Схема-терапия в лечении расстройств пищевого поведения: направления будущей деятельности	399
Краткий обзор	399
Приложение	403
Список литературы	405

Введение в схема-терапию в лечении расстройств пищевого поведения

*Эвелин Смит, Сьюзан Симпсон,
Вирджиния Макинтош*

Краткий обзор

Учитывая ограниченную эффективность используемых моделей — таких как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — в лечении расстройств пищевого поведения, в литературе по РПП уделяется повышенное внимание изучению роли более глубоких факторов, таких как основные убеждения и схемы. Одной из моделей, объединяющей как факторы развития, так и более глубокие личностные факторы, является модель схем, разработанная Джефффри Янгом [Young, 1990; Young, Klosko, & Weishaar, 2003]. Схема-терапия показала многообещающие результаты в недавних рандомизированных исследованиях ряда расстройств личности и других комплексных психологических проблем. Исходя из этого, СТ идеально подходит для работы с пациентами с РПП. В этой главе читатель познакомится с тем, что такое схема-терапия. Здесь выделены наиболее распространенные категории пациентов и приведены объяснения того, почему это лечение следует рассматривать в качестве вспомогательного для взрослых пациентов с РПП, которые не отвечают на КПТ либо перестали добиваться прогресса. Цель книги — поощрить дальнейшие клинические исследования модели схема-режимов и научить читателей уверенно и успешно применять СТ в лечении расстройств пищевого поведения.

РПП характеризуются самым высоким уровнем смертности среди всех психических заболеваний, однако при лечении выздоровление возможно. Доказательная база, поддерживающая психологическое лечение РПП, экспоненциально выросла за последнее десятилетие, и у значительной части пациентов наблюдаются явные улучшения. Тем не менее в клинических условиях мы часто сталкиваемся с проявлениями РПП, которые не вписываются в стандартные протоколы, и с пациентами, которые не принимают участия в лучших методах лечения или не реагируют на них. Действительно, хорошо известно, что лечение РПП может быть сопряжено со сложностями, и что у части пациентов формируется картина заболевания, характеризующаяся хроническим характером и эгосинтонностью (т.е. “моя анорексия определяет, кем я являюсь”) [Bardone-Cone, Thompson, & Miller, 2018].

Существует значительное количество пациентов с РПП, которые не реагируют на лечение первого выбора, а именно когнитивно-поведенческую терапию. Действительно, частота случаев истощения [Fassino, Pierò, Tomba, & Abbate-Daga, 2009] и рецидивов относительно высока [Grilo et al., 2012], при этом значительная часть РПП протекают как хронические, инвалидизирующие и резистентные к лечению [Steinhausen, & Weber, 2009; Abbate-Daga, Amianto, Delsedime, De-Bacco, & Fassino, 2013]. В то время как усиленная КПТ (КПТ-Е) привела к улучшению результатов у пациентов с нервной булимией (НБ) и синдромом приступообразного переедания (СПП), примерно 40–50% пациентов по-прежнему не реагируют на лечение [Fairburn et al., 2009; Byrne, Fursland, Allen, & Watson, 2011]. В одном недавнем исследовании, проведенном спустя 2 года после применения КПТ-Е, было обнаружено, что 44% пациентов с НБ воздерживались от поведения, свойственного РПП, в то время как более чем у половины пациентов симптомы сохранялись [Poulson et al., 2014]. В частности, нервная анорексия (НА) по-прежнему с трудом поддается лечению, поскольку в исследованиях результатов применения КПТ (и КПТ-Е) сообщается о высоких показателях отсева и ограниченной эффективности [Hay, 2013]. В то время как многие клиенты становятся экспертами в выявлении ошибок мышления и борьбе со своими негативными мыслями и убеждениями, они часто описывают ограниченные изменения своих глубоко укоренившихся основных убеждений [Leung, Thomas, & Waller, 2000; Jones, Leung, & Harris, 2007], которые преимущественно переживаются на интуитивном или “чувственном” уровне [Simpson, 2012].

Среди лиц с РПП наблюдается относительно высокая распространенность суицидального поведения, как минимум 25% прибегают к нанесению себе повреждений [Sansone, & Levitt, 2002]. Было обнаружено, что сопутствующие заболевания играют важную роль в прогнозировании вовлеченности в лечение и его эффективности. Подсчитано, что у 58–69% пациентов с РПП диагностируют расстройства личности, при этом до 93% страдают другими расстройствами, включая аффективные и тревожные расстройства и злоупотребление психоактивными веществами [Rosenvinge, Martinussen, & Ostensen, 2000; Blinder, Cumella, & Santhara, 2006; Farstad, McGeown, & von Ranson, 2016]. Предварительные данные свидетельствуют о том, что наличие ригидной патологии личности (например, перфекционизм, нарциссическая защита) и расстройства личности (РЛ) — особенно избегающего и обсессивно-компульсивного РЛ — может неблагоприятно влиять на результаты лечения [Masheb, & Grilo, 2008; Pham-Scottez et al., 2012; Zerwas et al., 2013]. Кроме того, было обнаружено, что ряд личностных черт, включая импульсивность, компульсивность, мотивацию избегания и аффективную нестабильность, сильно коррелирует с тяжестью симптомов РПП и негативными результатами лечения [Farstad et al., 2016]. Особо следует отметить высокий уровень перфекционизма в диагностических группах РПП [Bardone-Cone et al., 2007], который положительно коррелирует с симптомами РПП. Большинство исследований показывают, что стандартные методы лечения не всегда эффективны в борьбе с перфекционизмом как у пациентов с НА, так и с НБ [Aguera et al., 2012; Segura-Garcia et al., 2013].

Существует очевидная потребность в инновационных трансдиагностических моделях лечения, которые были бы достаточно комплексными для целенаправленного, интегративного и интенсивного воздействия на пищевую патологию наряду с чертами характера, аффективной нестабильностью и другими сопутствующими заболеваниями [Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007; Cooper, & Kelland, 2015]. Предварительные данные свидетельствуют о том, что схема-терапия может хорошо подходить для лечения РПП, особенно тех, которые характеризуются высокой степенью сложности, сопутствующими заболеваниями или симптомами, которые не поддаются лечению первого выбора [Simpson, Morrow, van Vreeswijk, & Reid, 2010; Simpson, & Slowey, 2011; McIntosh et al., 2016]. Ряд исследований продемонстрировал, что СТ является эффективным и экономичным методом лечения пограничного расстройства личности (ПРЛ) [Giesen-Bloo

et al., 2006; van Asselt et al., 2008; Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Nadort et al., 2009; Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012], расстройств личности кластера С [Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014], а также ряда других расстройств, включая злоупотребление психоактивными веществами [Ball, Maccarelli, LaPaglia, & Ostrowski, 2011], депрессию [Carter et al., 2013], посттравматическое стрессовое расстройство [Cockram, Drummond, & Lee, 2010], паническое расстройство и агорафобию [Gude, & Hoffart, 2008].

Введение в схема-терапию

СТ представляет собой интегративную модель, основанную на когнитивно-поведенческой терапии, психодинамической модели, гештальт-терапии, конструктивизме и теории привязанности. Первоначально она была разработана для хронических личностных проблем и отходит от КПТ, концептуализируя детский и подростковый опыт как источник психологических проблем. СТ также отличается от традиционной когнитивно-поведенческой терапии акцентом, который делается на терапевтических отношениях и дезадаптивных стилях копинга, управляемых схемами, а также использованием терапевтических стратегий, связанных с эмоциями. Модель схема-терапии включает четыре конструкции: ранние дезадаптивные схемы (РДС), домены схем, дезадаптивные копинговые режимы (или дезадаптивные копинг-стратегии) и схема-режимы [Young, Klosko, & Weishaar, 2003], которые кратко описаны ниже.

Концептуализация схем Янгом отличается от концепции более ранних теоретиков когнитивной концепции [Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979]. Концепция схемы Янга представляет собой организующую систему или паттерн, который включает в себя мысли, воспоминания, эмоции, физические ощущения и побуждения. РДС создает саморазрушительные паттерны и занимает центральное место в основной психопатологии человека [Young et al., 2003]. Список и краткое описание всех 18 РДС указаны в приложении.

Предполагается, что схемы развиваются, когда не удовлетворяются основные эмоциональные потребности детства: потребность в надежной привязанности; независимость, компетентность и чувство идентичности; свобода выражения потребностей и эмоций; спонтанность и игра; реалистичные ограничения и самоконтроль. Основные потребности могут оставаться неудовлетворенными, когда окружающая среда в раннем

возрасте токсична или когда существует несоответствие окружающей среды и темперамента ребенка. Природа невзгод, пережитых в детстве, напрямую связана с типами РДС, которые могут развиваться. Например, когда ребенок переживает травму или подвергается жестокому или несправедливому обращению, могут развиваться такие схемы, как *недоверие/ожидание жестокого обращения* или *дефективность/стыд*. Если в окружающей среде ребенка недостаточно тепла, заботы, понимания, любви или стабильности, у него могут развиваться такие схемы, как *эмоциональная депривация* или *покинутость*. С другой стороны, если ребенка чрезмерно балуют или защищают, предоставляя слишком много того, что было бы более здоровым предоставлять в умеренных количествах, могут развиваться такие схемы, как *привилегированность/грандиозность* или *зависимость/беспомощность*. Предполагается, что такой ранний опыт способствует развитию схем, которые, в свою очередь, приводят к проблемам в дальнейшей жизни, включая переедание и ограничения.

Основная цель СТ состоит в том, чтобы излечить РДС. Это включает в себя ослабление эмоций, мыслей, телесных ощущений и воспоминаний, связанных со схемой, уменьшение неадекватных стилей копинга, которые человек использует, чтобы избежать или справиться с РДС, и развитие новых стилей поведения копинга, которые являются адаптивными и позволяют удовлетворять текущие потребности [Young et al., 2003].

Предполагается, что РДС — это чрезвычайно стабильные и устойчивые темы, которые возникают в детстве и развиваются на протяжении всей жизни человека. Схемы служат шаблонами для обработки последующего опыта. Они являются безусловными, самовоспроизводятся и очень сопротивляются изменению. Созданные в раннем возрасте как относительно адаптивная реакция человека на окружающую среду, схемы могут стать неадаптивными с течением времени, в различных контекстах или при изменившихся обстоятельствах. Когда РДС запускается, в действие вступают *дезадаптивные копинг-режимы* (*дезадаптивные копинговые стратегии*), цель которых — избежать негативного эффекта, связанного с активацией схемы, или уменьшить его [Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray, & Meyer, 2009]. Три копинг-режима включают в себя *капитуляцию* (пассивное принятие схемы); *избегание* (блокировка и избегание схем и связанных с ними эмоций и ситуаций); *гиперкомпенсацию* (борьба со схемами путем выполнения противоположных действий) [Luck, Waller, Meyer, Ussher, & Lacey, 2005].

Схема-режимы определяются как “те схемы или операции со схемой — адаптивные или дезадаптивные — которые в данный момент активны у конкретного человека” [Young et al., 2003: р. 37]. Концепция схема-режимов шире, чем у РДС, она включает и саму РДС, и дезадаптивные копинг-режимы в унифицированную конструкцию [Young et al., 2003]. Схема-режимы — это устойчивые конструкты, которые запускаются, когда активируется основанная на определенных признаках РДС, и, следовательно, на них сильно влияет эмоциональное состояние человека и ситуационный контекст [Young et al., 2003]. Концепция схема-режимов была разработана для учета комплексных проявлений, когда несколько схем и разных стилей копинга как будто “разделяют” личность человека на несколько частей. Схема-режимы представляют собой ежесекундные состояния, которые испытывает человек. Янг и его соавторы [Young et al., 2003] сообщают о наличии четырех категорий схема-режимов: дисфункциональные детские режимы, возникающие в результате неудовлетворенных потребностей в детстве; дисфункциональные критикующие (родительские) режимы, которые заключают в себе интернализацию родительского поведения по отношению к ребенку; дисфункциональные копинговые режимы, соответствующие процессам избегания, гиперкомпенсации и капитуляции; адаптивные здоровые режимы, которые относятся к функциональным и адаптивным мыслям, чувствам и поведению, а также к способности действовать в игровой и спонтанной манере [Lobbestael, van Vreeswijk, & Arntz, 2008]. Различают следующие режимы: *Уязвимый Ребенок*, *Сердитый Ребенок*, *Импульсивный Ребенок*, *Карающий или Требовательный Критик*, *Отстраненный Защитник*, *Гиперконтролер*, *Счастливый Ребенок* и *Здоровый Взрослый*. Переживание отдельных схем может сменяться очень быстро, и идея “застревания” в одном режиме или “перескакивания” с одного схема-режима на другой может быть очень важной для “сложных” пациентов с сопутствующими заболеваниями. Понимание того, какие жизненные события приводят к активации или запуску схема-режимов, становится частью работы по исцелению в этом терапевтическом подходе. Описание каждого режима из тех, которые обычно встречаются у пациентов с РПП, приводится во вставке 4.1 главы 4.

Обоснование использования схема-терапии для взрослых с РПП

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что люди с РПП отличаются от неклинической популяции значительно более высоким распространением РДС [Damiano, Reece, Reid, Atkins, & Patton, 2015] и схема-режимов [Talbot, Smith, Tomkins, Brockman, & Simpson, 2015]. Кроме того, имеются свидетельства, что трудности, связанные с привязанностью к родителям и ранними привязанностями в целом, опосредуют связь между симптомами РДС и РПП [Deas, Power, Collin, Yellowlees, & Grierson, 2011; Brown, Selth, Stretton, & Simpson, 2016]. Действительно, непропорционально высокое количество пациентов с РПП в детстве подвергались сексуальному, физическому или эмоциональному насилию [Brewerton, 2007]. Имеются четкие указания на то, что травматическое воздействие связано с выраженностью симптомов РПП, о которых сообщают такие пациенты, более высоким уровнем вторичных психосоциальных трудностей, психическими расстройствами, сопутствующими заболеваниями и негативным представлением о себе [Backholm, Isomaa, & Birgegård, 2013].

В последние годы СТ получила дальнейшее развитие в виде протоколов группового лечения. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что групповая терапия может фактически катализировать эффекты СТ, обеспечивая корректирующий эмоциональный опыт обучения, а также обсуждения, в которых участники могут начать развивать и практиковать новые межличностные и поведенческие навыки копинга, излечивающие имеющиеся у них схемы. Кроме того, обмен схожим опытом и схемами с другими участниками может противодействовать чувствам стыда и бессилия, которые испытывают многие клиенты с РПП. Такие групповые сессинги также предоставляют широкие возможности для обучения на примере других [Farrell et al., 2009; Simpson et al., 2010; van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe, & Broersen, 2012].

Разработка модели схема-режимов в последние годы способствовала концептуализации расстройств пищевого поведения на основе состояний пациента, что особенно полезно в контексте сложных сопутствующих заболеваний и характерологических проблем [Simpson, 2012]. Кроме того, недавние исследования подчеркнули важность дезадаптивных копинг-режимов в установлении связи между неблагоприятным детским

опытом и расстройствами пищевого поведения [Sheffield et al., 2009; Brown, Selth, Stretton, & Simpson, 2016].

Структура книги

Данное руководство предполагает четкое понимание расстройств пищевого поведения и посвящено лечению взрослых с нервной анорексией (НА), нервной булимией (НБ) и синдромом приступообразного переедания (СПП). Книга разделена на пять основных частей. В первой части представлены теоретические данные о применении схема-терапии в лечении РПП, во второй части основное внимание уделяется оценке и концептуализации СТ в лечении РПП, а в третьей части описывается непосредственное применение СТ в лечении этих расстройств, включая практическое руководство для групповой терапии. Проблемы, связанные с индивидуальной и групповой схема-терапией для пациентов с РПП, изложены в четвертой части книги, а в пятой части кратко обсуждается будущее схема-терапии. В этой книге одинаковое внимание уделяется когнитивным, экспериенциальным, межличностным и поведенческим методам лечения РПП, однако читатель может обратиться к другим источникам для более подробного описания когнитивных методов, например, [Waller, Kennerley, & Ohanian, 2007]. Методы, описанные в книге, в равной степени применимы к мужчинам и женщинам с РПП. Наконец, в приложении к книге содержатся ссылки на дополнительную информацию и расширенные версии глав со всей необходимой документацией, которую можно получить по мере необходимости.

Мы надеемся, что эта книга побудит вас практиковать СТ и уверенно и успешно доносить ее до людей с РПП. Рекомендуем вам оценить свою клиническую практику, что улучшит дальнейшие клинические исследования модели схемных режимов. Если у вас есть какие-либо вопросы или комментарии, пожалуйста, напишите нам по адресу schematherapybook@gmail.com. Мы надеемся, что книга вам понравится.