

СХЕМА-ТЕРАПИЯ ДЖ. ЯНГА — ОДИН ИЗ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

А.Б. ХОЛМОГорова

В статье анализируются последние тенденции в классификации личностных расстройств, приводятся данные об эффективности схема-терапии пограничного расстройства личности, указываются отличия схема-терапии от традиционной когнитивно-бихевиоральной терапии личностной патологии, формулируются основные принципы схема-терапии, рассматривается концептуальный аппарат схема-терапии и требования к личности терапевта, использующего этот метод.

Ключевые слова: дименсиональный и категориальный подходы, схема-терапия Дж. Янга, базовые потребности ребенка, ранние неадаптивные схемы, способы копинга, модусы схем

Клиническая психология и психиатрия вступают в новый этап своего развития, связанный с существенными изменениями в классификации DSM-V, которые обязательно окажут влияние и на грядущие изменения в международной классификации МКБ-11. Анализ личностного расстройства в DSM-V должен включать два критерия: А (элементы личностного функционирования) и В (психологические черты). Элементы личностного функционирования, в свою очередь, включают сэлф, в котором учитываются идентичность и направленность, а также межличностные элементы в форме эмпатии и интимности. По отношению к пограничному расстройству личности (ПРЛ) критерий А включает идентичность (разный уровень интегрированности идентичности), самонаправленность (стабильность целей, систем ценностей, планов в отношении карьеры). Внимание при диагностике фокусируется на недостаточной способности к эмпатии, а также на интенсивных интимных переживаниях с ранимостью и быстрой их сменой. К критерию В при ПРЛ в DSM-V отнесены следующие признаки: эмоциональная лабильность, тревожность, неуверен-

ность со страхом быть покинутым, депрессивность, импульсивность, стремление к риску, враждебность с преобладающим чувством гнева.

Принципиально важным поворотом в разработке новых международных классификаций является все больший отход от крепелиновского нозологического подхода с его выделением дискретных диагностических единиц и переход к параметрическому или так называемому дименсиональному подходу, ориентированному на оценку тяжести тех или иных нарушений, особенностей характера, эмоциональной сферы и поведения пациентов [Холмогорова, 2012]. Дименсиональный подход к патологии личности предполагает оценку тяжести нарушения параметров, укладываемых в 5 устойчивых измерений (доменов):

- выраженные проявления черт негативной эмоциональности
- выраженные проявления диссоциальных черт
- выраженные проявлениями расторможенности
- выраженные проявлениями ананкастных черт
- выраженные проявления нарушений привязанности

Таким образом, происходящий перелом в концептуализации личностной патологии связан с признанием тяжести нарушения более значимой, чем тип личности (напр., пограничный, нарциссический, гистрионный). Это не случайно, так как опыт практиков и исследователей показывает: чем более тяжелой оказывается личностная патология, оцениваемая по степени нарушений в межличностных отношениях и риску причинения вреда, тем сложнее определить тип личностного расстройства. Как констатировал в своем докладе на недавно состоявшейся в Москве научно-практической конференции «Международная классификация психических расстройств: от МКБ-10 к МКБ-11» представитель ВОЗ Дж. Рид, разработчики МКБ-11 полагают, что типы личности не имеют дифференциального значения для клинической применимости, поэтому предложения МКБ-11 в первую очередь ориентированы на классификацию по тяжести.

При всех изменениях в подходе к личностной патологии в современной науке, на сегодняшний день пограничное личностное расстройство остается самым ярким, распространенным и хорошо изученным из всех личностных расстройств. На нем отрабатывались и все известные методы психотерапии личностной патологии, ведь частота его встречаемости в клинической практике превращала это расстройство в настоящий бич для специалистов, которые длительное время были настроены очень пессимистично относительно возможности реальной помощи и значительного улучшения у этих пациентов.

В два последние десятилетия этот пессимизм стал сменяться все большим интересом к новым разработкам. Наряду с психоаналитиче-

скими моделями [Bateman, Fonagy, 2001, 2009] все большее признание получают методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии (КБТ), а точнее интегративные подходы, стержнем которых являются идеи и модели КБТ. Схема-терапия (СТ), основанная на оригинальной модели личностной патологии, направлена на перестройку соответствующих когнитивных структур путем удовлетворения фрустрированных потребностей в процессе психотерапии [Young, Klosko, Weishaar, 2003]. В этом принципиальное отличие схема-терапии Дж. Янга от другого влиятельного подхода в рамках КБТ — диалектической терапии М. Лайнен, которая отводит психотерапевту более техническую роль [Лайнен, 2008]. Общее в их позициях — указание на необходимость принятия пациента таким, какой он есть, с его чувствами и проблемами и постоянная поддержка и стимуляция к позитивным изменениям в ходе терапии. Важно еще раз подчеркнуть интегративный характер этих моделей, в которых явно просматриваются идеи экзистенциально-гуманистической традиции. Понятие валидации опыта — общее для всех интегративно-ориентированных моделей личностных расстройств — занимает особое место, так как именно в непонимании и осуждении окружающими чрезмерных эмоциональных реакций, свойственных больным с ПРЛ, кроется один из важных механизмов порочного круга обид и конфликтов, который буквально взрывает межличностные отношения этих пациентов.

Схема-терапия Дж. Янга в последнее десятилетие завоевала прочную репутацию одного из самых эффективных методов лечения личностных расстройств. На настоящем этапе развития она включает в себя как общие принципы и техники лечения различных форм патологии личности, так и специфические подходы к различным типам расстройств [Jacob, Arntz, 2013]. Однако самая первая модель схема-терапии была разработана именно для лечения пограничного расстройства личности. Эта модель была специально разработана Дж. Янгом для пациентов-нореспондеров при лечении традиционными методами КБТ. Схема-терапия интегрирует идеи КБТ, теории привязанности, экзистенциально-гуманистического и психодинамического подходов.

Проведены довольно многочисленные исследования, нашедшие отражения в мета-анализах и доказавшие ее высокую эффективность в лечении ПРЛ. В 2006 году было проведено мультицентровое исследование, направленное на сопоставление эффективности психотерапии, сфокусированной на переносе (TFP) [Giesen-Bloo et al, 2006] и схема-терапии Дж. Янга. В исследовании приняли участие 81 человек, наблюдавшиеся в течении трех лет. Значительное улучшение по разным критериям было отмечено у 50% пациентов из группы схема-терапии, что

почти в два раза больше по сравнению с группой, получавшей терапию, основанную на переносе. При этом схема-терапия оказалась также более экономичным методом.

В данной статье мы рассмотрим основной концептуальный аппарат и принципы лечения личностной патологии в схема-терапии с особым акцентом на терапии ПРЛ.

Многие принципы СТ совпадают с теми, которые были выделены в традиционной КБТ терапии личностных расстройств А. Беком и А. Фриманом [Бек, Фримен, 2002].

- Внимательно следить за сменой аффекта во время сессии
- Давать объяснения всем действиям и интервенциям
- Обсуждать свои концептуализации и план лечения
- Аккуратно отзеркаливать эмоциональное состояние и проявлять заботу

- Регулярно получать обратную связь от пациента
- Поэтапно решать проблемы, лежащие в основе дистресса

Если пациент демонстрирует смену аффекта на негативный, то терапевту следует:

- Обязательно спросить про мысли относительно терапевта и терапии
 - Поощрять пациента к выражению негативных эмоций
 - Обсуждать трудности и стратегию их преодоления
- Везде, где это уместно терапевту необходимо:
- Моделировать способность извиниться и решить межличностное затруднение
 - Суммировать дисфункциональные автоматические мысли в контексте когнитивной модели
 - Помогать проверять валидность этих мыслей
 - Давать честную позитивную обратную связь

Однако специфика сехма-терапии по сравнению с традиционной КБТ личностных расстройств весьма существенна и сближает ее в определенных аспектах с психодинамическим и экзистенциально-гуманистическим подходами. Она включает прежде всего следующие особенности СТ:

- Сфокусированность на переработке воспоминаний о травматическом раннем опыте
- Интенсивное использование экспериентальных техник, таких как техники воображения, для изменения негативных эмоций, связанных с этим опытом
- Концептуализация психотерапевтических отношений как ограниченного родительства (limited parenting) для создания условий переживания положительного опыта взаимодействия, который не получил

пациент в детстве (со всеми необходимыми этическими и профессиональными границами)

- Опора на модель схем-модусов, которая помогает терапевту и пациенту понять текущие проблемы пациента и направляет выбор терапевтических техник

Для освоения схема-терапии необходимо прежде всего хорошо овладеть ее концептуальным аппаратом, который довольно сложен и разнообразен. В основной концептуальный аппарат СТ входят три важнейших понятия:

- **Ранние неадаптивные схемы (РНС)**, сформировавшиеся в раннем опыте, представляют собой способы презентации этого опыта, определяющие эмоции, поведение и характер переработки информации в текущем опыте. Согласно модели личностной модели в СТ они возникают, когда какие-то базовые потребности ребенка не удовлетворяются

- **Способы копинга** — это совладающие стратегии, определяющие эмоциональное состояние, которое возникает после активации схемы

- **Концепт «модусы схемы»**, обозначающий определенное устойчивое на какой-то промежуток времени эмоциональное состояние, призван объяснить быструю смену настроения или наличия конфликтных желаний и идей одновременно

Дж. Янг определяет психическое здоровье как способность проявлять и удовлетворять свои базовые психологические потребности. В соответствии с этим главная задача СТ — помочь взрослому человеку встретиться со своими потребностями, которые не были удовлетворены в детстве, и способствовать их удовлетворению. Всего в СТ выделено пять базовых потребностей, каждой из которых соответствует ряд РНС:

- **Потребность в надежной привязанности** (включающей безопасность, понимание, принятие). Ей соответствуют следующие РНС: 1) заброшенности и нестабильности; 2) эбьюза/недоверия; 3) эмоциональной депривации (в форме дефицита внимания и тепла, понимания и эмпатии или руководства); 4) дефектности; 5) социальной изоляции/отчуждения;

- **Потребность в автономии, компетентности и чувстве идентичности.** Ей соответствуют РНС: 1) зависимости/некомпетентности; 2) уязвимости к вреду или болезням; 3) перемешанности/неразвитой самости; 4) обреченности на неудачу;

- **Потребность в свободе выражать свои истинные потребности и эмоции.** Ей соответствуют РНС: 1) подчинения/покорности ; 2) самопожертвования; 3) поиска одобрения и признания;

- **Потребность в спонтанности и игре.** Ей соответствуют РНС: 1) пессимизма; 2) подавления эмоций; 3) наказания;

• **Потребность в реалистичных ограничениях и самоконтроле.** Ей соответствуют РНС: 1) права/грандиозности; 2) недостаточности самоконтроля/самодисциплины; 3) отсутствия разумных ограничений.

Как уже упоминалось, к основному концептуальному аппарату СТ относится понятие модусов-схем, т.е. тех психоэмоциональных состояний, которые возникают при активации соответствующей схемы и могут легко сменять друг друга у больных ПРЛ, приводя к тем явлениям, которые Н.Мак-Вильямс метко назвала отдельными состояниями эго вместо целостного эго [Мак-Вильямс, 1998]. Модусы схем описываются четырьмя основными категориями, каждая из которых включает еще ряд подвидов:

1. **Модус «Дисфункциональный ребенок»** (когда переживаются интенсивные негативные эмоции — страх, злость, стыд, тоска, угроза) подразделяется на два подвида: 1) **уязвимый ребенок** (печаль, покинутость, беспомощность); **агрессивный** ребенок (злость, агрессия) и 2) **импульсивный ребенок** (непереносимость фрустрации)

2. **Модус «Дисфункциональный родитель»** включает также два подвида: 1) **наказывающий / критикующий родитель** и 2) **требовательный родитель**, предъявляющий нереалистично высокие стандарты

3. **Модус «Дисфункциональное совладание»** представляет собой стратегии дисфункционального совладающего поведения, среди которых выделяются: 1) **избегание** (отвлечение и успокоение посредством, например, алкоголя или самостимуляция в виде ухода в рискованное поведение); 2) **сверхкомпенсация**, в том числе в виде нарциссической грандиозности; 3) **отказ от борьбы** в форме капитуляции и подчинения своих потребностей другому лицу

4. Наконец, с психическим здоровьем связаны два модуса: 1) **«Довольный ребенок»** и 2) **«Здоровый взрослый»**

Пациенты, страдающие ПРЛ, в зависимости от обстоятельств, могут находиться в одном из следующих модусов:

• **Уязвимый/покинутый ребенок** (ему соответствуют сильные негативные эмоции тоски, тревоги)

• **Агрессивный/ импульсивный ребенок** (ему соответствуют сильные негативные эмоции злости, агрессии, агрессивные срывы)

• **Наказывающий родитель** (ему соответствуют самонаказание и самоуничтожение, самоповреждение, если это форма наказания)

• **Избегание, связанное с сильными эмоциями** (ему соответствуют социальная изоляция, использование наркотиков, алкоголя, самоповреждение, если это приносит облегчение)

• **«Здоровый взрослый» — модус слабый при ПРЛ, но представляющий собой важную опору в процессе терапии** (ему соответствуют принятие реальности и конструктивное решение проблем)

Модус «покинутый или уязвимый ребенок» требует особого внимания терапевта, с ним связаны особенно сильные негативные эмоции печали, тоски, заброшенности и одиночества. Задача терапевта преодолеть защитный модус избегания боли и тяжелых чувств, в котором чаще всего находится пациент, и помочь встретиться с этой частью, направляя процесс в трех аспектах: 1) разделить оценки себя, которые мало дифференцированы, например, «плохой» и «печальный» слиты между собой; 2) научить выражать свои потребности; 3) частично удовлетворить потребности пациента уже в процессе психотерапии.

Наибольшие трудности у психотерапевтов обычно вызывает столкновение с модусом «агрессивный/импульсивный ребенок». Легко возникающие чувства несправедливости, обделенности, также легко могут переходить в состояние патологического аффекта и антисоциальное поведение вплоть до совершения правонарушений. Этот модус предъявляет повышенные требования к способности психотерапевта выносить и контейнировать сильный негативный аффект, а также способности к установлению границ с одной стороны и валидации аффекта — с другой.

В связи с этим важно рассмотреть два базовых принципа СТ в работе с пограничными пациентами. Первый базовый принцип СТ — **принцип ограниченного родительства**, являющейся основой формирования и развития модуса здорового взрослого. Этот принцип направлен на удовлетворение базовых фрустрированных потребностей пациента. Принцип развития способности к акцептированию и удовлетворению собственных потребностей в контакте с терапевтом близок принципу корректирующего эмоционального опыта, предложенного Александером и Френчем, но в схема-терапии он связан с целевой адресацией определенным ранним неадаптивным схемам (РНС). Потребности пациента определяются терапевтом на основании знания его истории и собственных ощущений в контакте с ним. В процессе психотерапии неудовлетворенные потребности должны быть выявлены, сформулированы, систематически исследованы, валидизированы и по возможности удовлетворены. Как и хороший родитель, психотерапевт должен быть способен контейнировать сильный негативный аффект и создавать реалистичные ожидания и границы.

Второй базовый принцип СТ — это **принцип эмпатической конфронтации**. Согласно этому принципу конфронтация с дисфункциональным поведением и когнициями пациента происходит на основе эмпатии, а не критики, а это возможно только, когда терапевт хорошо понимает причины, которые толкают пациента на это поведение и мысли. Эмпатия основана на понимании, что деструктивные паттерны когда-то сы-

гнали адаптивную роль в жизни пациента и помогли его самосохранению. При эмпатической конфронтации терапевт использует понятийный аппарат СТ, т.е. вводит пациента в курс модели его расстройства и тех понятий, которые помогают описать происходящие с ним перепады настроения и срывы (понятие модусов), обилие негативных чувств и переживаний (понятие активированных РНС) и т.д.

СТ начинается с этапа диагностики, который обычно занимает 2—4 сессии и включает следующие задачи:

- Изучение деструктивных паттернов в текущей жизни пациента
- Вычленение ранних малоадаптивных схем, способов совладания и доминирующих модусов, который ответственны за эти паттерны
- Оценка темперамента пациента для определения степени влияния конституциональных аспектов и их взаимодействия с другими факторами развития (депривация, травма и т.д.)

Решение этих задач достигается с помощью трех основных методов:

- Интервью, сфокусированное на истории жизни
- Заполнение опросников
- Данные самонаблюдения

Диагностика заканчивается диаграммой когнитивной концептуализации, которая обсуждается с пациентом, с помощью чего решаются следующие задачи:

- совместное формулирование целей и кооперация с пациентом
- знакомство пациента с концептуальным аппаратом СТ
- Прояснение для пациента его неудовлетворенных эмоциональных потребностей

Терапия может продолжаться до года и более, в зависимости от тяжести проблем и слабости модуса здорового взрослого. СТ предъявляет довольно высокие требования к личности терапевта. В частности, указываются следующие важные для успеха терапии характеристики:

- Способность постоянно выявлять и чувствовать неудовлетворенные потребности
- Гибко перестраиваться и различать потребности, которые пациент может удовлетворить сам, и которые нуждаются в подключении функции ограниченного родительства (limited parenting)
- Уметь выносить и контейнировать сильный аффект
- Способность поддерживать реалистичные ожидания и адекватные границы
- Быть готовым на контакт с пациентом вне сессий в случае экстремальных обстоятельств и суицидального риска
- Использовать свой опыт и делиться им с пациентом
- Открыто выражать тепло и заботу

- Поддерживать чувство стабильности объекта у пациента с целью интернализации этого стабильного объекта и развития модуса здорового взрослого

- Не поощрять нереалистичные компенсаторные фантазии, основанные на ложной потребности поддерживать образ своего величия

Схема-терапия впитала в себя находки и открытия самых разных подходов в работе с пациентами, страдающими тяжелой личностной патологией. Соответственно терапевты, берущие этот подход на вооружение, также должны быть открыты опыту и не фиксированы на одном психотерапевтическом методе, их профессиональная идентичность должна быть достаточно гибкой и широкой одновременно. Многим российским психотерапевтам свойственна интегративная направленность, что позволяет прогнозировать успех этого подхода в России. Важно подчеркнуть, что отсутствие в нашей стране необходимой подготовки специалистов и специальных центров для больных ПРЛ и другими тяжелыми личностными расстройствами в современных структурах психиатрической и психологической помощи является большой организационной проблемой, которую еще только предстоит решать. В решении этой проблемы, несомненно, может оказать очень полезной представленная в этой статье модель психотерапии, разработанная Дж. Янгом.

ЛИТЕРАТУРА

- Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. — СПб., 2002
- Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. — М., 2008
- Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в психическом процессе. — М., 1998
- Холмогорова А.Б. Личностные расстройства // Клиническая психология. Том 2 / Холмогорова А.Б. ред. — М., 2012
- Bateman A.W., Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up // *Am. J. Psychiatry*. — 2001. — V. 158
- Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. — N.Y., 2009
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy // *Archives of General Psychiatry*. — 2006 — V. 63 — P. 649—658
- Jacob G., Arntz A. Schema Therapy for Personality Disorders — A Review // *International Journal of Cognitive Therapy*. — 2013. — V. 6(2). — P. 171—185
- Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema therapy. — N.Y., London, 2003

J. YANG'S SCHEME THERAPY — ONE OF THE MOST EFFECTIVE METHODS OF CARE FOR PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

A.B. KHOLMOGOROVA

The article analyzes the latest trends in the classification of personality disorders, provides data on the effectiveness of the scheme therapy for borderline personality disorder, indicates differences of scheme therapy from the traditional cognitive-behavioral therapy of personality pathology, formulates the basic principles of scheme therapy, and considers conceptual apparatus of the scheme therapy and requirements to the therapist personality, using this method.

Keywords: dimensional and categorical approaches, Jhon Yang's scheme therapy, the basic needs of the child, early maladaptive schema, coping methods, modes of schemes

- Bek A., Frimen A.* Kognitivnaya psixhoterapiya rasstrojstv lichnosti. — SPb., 2002
- Lajnen M.* Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogramichnogo rasstrojstva lichnosti. — M., 2008
- Mak-Vil'yams N.* Psixhoanaliticheskaya diagnostika. Ponimanie struktury lichnosti v psikhicheskom protsesse. — M., 1998
- Kholmogorova A.B.* Lichnostnye rasstrojstva // Klinicheskaya psixologiya. Tom 2 / Kholmogorova A.B. red. — M., 2012
- Bateman A.W., Fonagy P.* Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up // Am. J. Psychiatry. — 2001. — V. 158
- Bateman A., Fonagy P.* Psychotherapy for borderline personality disorder. — N.Y., 2009
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van As-selt, T., et al.* Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy // Archives of General Psychiatry. — 2006 — V. 63— P. 649—658
- Jacob G., Arntz A.* Schema Therapy for Personality Disorders — A Review // International Journal of Cognitive Therapy. — 2013. — V. 6(2). — P. 171—185
- Young J., Klosko J., Weishaar M.* Schema therapy. — N.Y., London, 2003.