

The Schema Therapy Clinician's Guide

*A Complete Resource for Building and Delivering
Individual, Group and Integrated Schema Mode
Treatment Programs*

Joan M. Farrell, Neele Reiss, and Ida A. Shaw

Illustrations by Britta Finkelmeier

Wiley Blackwell

Клиническое руководство по схема-терапии

*Полный ресурс для создания и реализации
индивидуальных, групповых и интегративных
программ по схема-терапии*

Джоан М. Фаррелл, Неле Рейсс и Айда А. Шоу

Иллюстратор: Бритта Финкельмайер

Научный мир
2020

УДК 615.851
ББК 53.57
Ф25

Д.М. Фаррелл, Н. Рейсс, А.А. Шоу. Клиническое руководство по схема-терапии. Полный ресурс для создания и реализации индивидуальных, групповых и интегративных программ по схема-терапии. Киев: Научный мир, 2020. – 352 с.

ISBN 978-5-91522-492-5

В книге представлена интегративная программа индивидуальной и групповой схема-терапии (СТ), которая предназначена для применения в различных формах лечения и программах различной продолжительности. СТ используется для лечения избегающего расстройства личности, социальной тревожности, при расстройствах пищевого поведения, посттравматических расстройствах, нарциссизме, злоупотреблении психоактивными веществами и других психических расстройствах. Предоставляются примеры сценариев для терапевтов, подробные инструкции по сессиям и примеры раздаточных материалов для каждой индивидуальной и групповой сессии.
Предназначена для психотерапевтов-практиков с клинической направленностью.

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition published by John Wiley & Sons Limited. Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with Publishing House Scientific World and is not the responsibility of John Wiley & Sons Limited. No part of this book may be reproduced in any form without the written permission of the original copyright holder, John Wiley & Sons Limited.

Все права защищены. Авторизованный перевод с англоязычного издания, опубликованного «John Wiley & Sons». Ответственность за точность перевода лежит исключительно на издательстве «Научный мир» и никакая часть ответственности не лежит на издательстве «John Wiley & Sons». Никакая часть этой книги не может быть воспроизведена в любой форме без письменного разрешения собственника копирайта «John Wiley & Sons».

J.M. Farrell, N. Reiss, I.A. Shaw. The schema therapy clinician's guide : a complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs

© 2014 John Wiley & Sons, Ltd
© 2014 Britta Finkelmeier – ill.

ISBN 978-5-91522-492-5

© Е.С. Кравцова – перевод на русский язык
© А.В. Ялтонская – научное редактирование
© Издательство «Научный мир» – издание на русском языке, оформление

Оглавление

Список рисунков и таблиц	vii
Об авторах.....	ix
Предисловие научного редактора <i>А.В. Ялтонская</i>	x
Предисловие к русскому изданию «Клинического руководства по схема-терапии» <i>Д. Фаррелл, А. Шоу</i>	xii
Предисловие <i>Д. Янг</i>	xiv
Благодарности	xviii
О справочном веб-сайте	xix
Глава 1. Введение.....	1
1.1. Происхождение	1
1.2. Главы	3
Глава 2. Основы схема-терапии	5
2.1. Теоретическая модель.....	5
2.2. Цели и этапы схема-терапии.....	9
2.3. Ограниченное родительство	11
2.4. Компоненты схема-терапии	20
Глава 3. Комплексная программа схема-терапии	21
3.1. Пациенты: кому подходит схема-терапия?	26
3.2. Сессии групповой схема-терапии	27
3.2.1. «Приветственная» сессия.....	28
3.2.2. Психообразовательные сессии по схема-терапии	28
3.2.3. Сессии по осознанию режимов	29
3.2.4. Сессии по управлению режимами	29
3.2.5. Экспериментальная работа	29
3.3. Индивидуальные сессии схема-терапии (ИСТ)	30
3.4. Варианты реализации терапевтической программы.....	31
3.5. Структурные аспекты групповых сессий.....	35
3.6. Предварительная диагностика и ориентация в программе	36

3.7. Терапевтическая среда программы	43
3.7.1. Мультидисциплинарная команда в стационаре или дневном стационаре	43
3.7.2. Окружающая фактическая физическая среда	45
Глава 4. Групповые сессии схема-терапии.....	47
4.1. Общие рекомендации терапевту по групповым сессиям	52
4.2. Приветственная сессия в группе	59
4.3. Пять психообразовательных сессий (STE).....	70
4.4. 12 сессий по развитию навыков осознания режимов.....	95
4.5. 12 сессий управления режимами	114
4.6. 12 сессий, посвященных экспериенциальной работе	195
4.6.1. Сессии по работе с дезадаптивными копинговыми режимами (EMW 1&7).....	195
4.6.2. Сессии по работе с дисфункциональными критикующими режимами (EMW 2&8)	213
4.6.3. Сессии по работе с режимом Уязвимого ребёнка (EMW 3&9).....	227
4.6.4. Сессии по работе с режимом Сердитого/Импульсивного ребёнка (EMW-АСМ 4&10).....	240
4.6.5. Сессия с режимом Счастливого ребёнка (EMW 5&11).....	247
4.6.6. Сессии режима Здорового взрослого (EMW 6&12).....	255
Глава 5. Индивидуальные сессии схема-терапии	263
5.1. Концептуализация и цели в схема-терапии	265
5.2. Дисфункциональные копинговые режимы (ДКР)	267
5.2.1. Поведенческие техники схема-терапии.....	267
5.2.2. Когнитивные техники в схема-терапии	275
5.2.3. Экспериенциальные техники в схема-терапии.....	278
5.3. Дисфункциональные критикующие режимы (ДКрР).....	280
5.3.1. Поведенческие техники в схема-терапии.....	280
5.3.2. Когнитивные техники в схема-терапии (раздаточный материал: IST-ДуРМЗ).....	282
5.3.3. Экспериенциальные техники в схема-терапии.....	288
5.4. Режим Уязвимого ребёнка	292
5.4.1. Поведенческие техники в схема-терапии.....	292
5.4.2. Когнитивные техники в схема-терапии.....	295
5.4.3. Экспериенциальные техники в схема-терапии.....	299
5.5. Режим Сердитого/Импульсивного ребёнка (РСР,РИР)	302
5.5.1. Поведенческие техники в схема-терапии.....	302
5.5.2. Когнитивные техники в схема-терапии.....	306
5.5.3. Экспериенциальные техники в схема-терапии.....	309
5.6. Режим Счастливого ребенка	311

5.6.1. Поведенческие техники в схема-терапии.....	311
5.6.2. Когнитивные техники в схема-терапии	313
5.6.3. Экспериментальные техники в схема-терапии	315
5.7. Режим Здорового взрослого (РЗВ).....	316
5.7.1. Поведенческие техники в схема-терапии.....	316
5.7.2. Когнитивные техники в схема-терапии.....	317
5.7.3. Экспериментальные техники в схема-терапии	319
Глава 6. Обучение, супервизии, исследования и заключение	321
6.1. Обучение.....	321
6.2. Супервизия	321
6.3. Исследования в схема-терапии.....	323
6.4. Заключение.....	324
Ссылки.....	325
Индексы	327

Раздаточные материалы для работы
с пациентами/клиентами можно скачать здесь:
www.naumir.ru

Список рисунков и таблиц

Рисунки

2.1. Схема-терапия: этиология психических расстройств.....	6
4.1. Ролевая игра с режимами. Сцена 1	202
4.2. Ролевая игра с режимами. Сцена 2	204
4.3. Ролевая игра с режимами. Сцена 3	206

Таблицы

2.1. Когнитивные схемы согласно неудовлетворенным эмоциональным потребностям	6
2.2. Основные режимы	7
2.3. Предлагаемые терапевтические вмешательства в зависимости от актуального режима и потребностей пациента.....	12
2.4. Модели групповой терапии.....	17
3.1. Программа интегративной схема-терапии по сессиям: групповая и индивидуальная	22
3.2. Компоненты лечения, цели и направленность, список материалов для пациентов	32
3.3. Формат и длительность для интегративной программы схема-терапии	34
3.4. Инструментарий схема-терапевта.....	46
4.1. Список раздаточных материалов для группы, упражнений и заданий к сессии	48
5.1. Материалы для индивидуальных сессий схема-терапии.....	264

Об авторах

Джоан М. Фаррелл, доктор психологических наук (PhD), является клиническим психологом, директором по исследованиям и обучению в Центре лечения и исследований пограничных расстройств личности (ПРЛ), Медицинский факультет Университета Индианы, США, и адъюнкт-профессором на факультете психологии Университета Индиана-Пердью Индианаполис (IUPUI). Она является сертифицированным тренером и супервизором по схема-терапии Международного общества схема-терапии (ISST), координатором по обучению и сертификации ISST и членом исполнительного совета.

Неле Рейсс – научный сотрудник, клинический психолог и схема-терапевт в отделе дифференциальной психологии и психологической диагностики, Университет Гёте, Франкфурт, Германия, и директор Института психотерапии в Майнце, Германия. Она является сертифицированным тренером и супервизором по схема-терапии Международного общества схема-терапии (ISST) для взрослых и групп.

Айда А. Шоу является директором Института схема-терапии Среднего Запада, Индианаполис, США, и старшим клиническим супервизором в Центре лечения и исследований ПРЛ, Медицинский факультет Университета Индианы. Она является сертифицированным ISST тренером по схема-терапии и супервизором по взрослой, детской, подростковой и групповой схема-терапии.

Предисловие научного редактора

Издание «Клинического руководства по схема-терапии», написанного Д. Фаррелл, А. Шоу и Н. Рейс, является важным событием для российской психотерапии и клинической психологии потому, что это первый перевод на русский язык книги блестящих профессионалов, стоящих у основания развития схема-терапии как метода, создателей модели групповой схема-терапии, которые первыми познакомили российскую профессиональную аудиторию с этим оригинальным направлением. Мировое психотерапевтическое сообщество знает Джоан Фаррелл, Айду Шоу и Неле Рейсс как уникальных специалистов-практиков и выдающихся экспертов с огромным опытом работы с пациентами с тяжелыми личностными расстройствами, комплексной травмой, диссоциативным расстройством идентичности. Большую часть своей карьеры они посвятили поиску эффективного метода лечения психических расстройств, которые раньше считались «безнадежными» и «неизлечимыми». Теперь пациенты с пограничным расстройством личности и другими сложными хроническими психологическими проблемами имеют шанс получить терапию с доказанной эффективностью и обрести полноценную и счастливую жизнь.

Руководство содержит подробное описание стратегии создания интегративной программы схема-терапии, позволяющей сочетать групповой и индивидуальный формат работы в зависимости от специфики и потребностей учреждения, в котором работает специалист. Оно написано по принципу «конструктора», что позволяет психотерапевтам-практикам или исследователям в области схема-терапии использовать как необходимые компоненты программы, так и ее полноценную структуру. Групповой формат схема-терапии может стать наиболее распространенным и прагматичным форматом в работе оказывающих психотерапевтическую помощь государственных учреждений России из-за их ограниченных кадровых ресурсов и финансовых возможностей для реализации лечения в индивидуальном формате.

Колоссальный клинический опыт авторов в полной мере отражен в руководстве в виде пошагового описания плана работы, уникальных креативных экспериенциальных упражнений, конкретных заданий для когнитивных и

поведенческих интервенций, а также скриптов для терапевтов. Уникальным компонентом данного руководства является наличие раздаточных материалов для пациентов, которые специалист может распечатать и использовать в работе. Практичность, структурированность, простота изложения материала, советы для начинающих и опытных специалистов, предостережения и стратегии разрешения типичных трудностей, замечательные иллюстрации делают это руководство настоящей настольной книгой для практикующих схема-терапевтов.

Для меня лично является огромной честью и радостью внести вклад в перевод книги, вошедшей в золотой фонд, схема-терапии, написанной моими учителями, наставниками и дорогими друзьями. Джоан и Айда не только первыми провели серию обучения схема-терапии в России, но и способствовали созданию двух институтов в Санкт-Петербурге (со-основатели П.М. Касьянник и Е.В. Романова) и в Москве (со-основатели А.В. Ялтонская и Н.В. Гегель). Кроме того, на протяжении многих лет они оказывали постоянную поддержку в лечении самых трудных пациентов, способствовали профессиональному и личному развитию. Я искренне верю, что появление этой книги поможет многим специалистам оказывать эффективную помощь клиентам с расстройствами личности, комплексной травмой и другими сложными психологическими проблемами.

Александра Ялтонская, к.м.н., врач-психиатр, психотерапевт,
сертифицированный в ISST схема-терапевт продвинутого уровня, тренер,
супервизор, со-основатель Московского института схема-терапии

Предисловие к русскому изданию «Клинического руководства по схема-терапии»

Мы очень рады, что наше «Руководство по схема-терапии для клиницистов» переведено на русский язык. Мы проводили тренинги по групповой и индивидуальной схема-терапии в Институте схема-терапии в Санкт-Петербурге, основателями которого являются Павел Касьяник, к.псх.н. и Елена Романова, к.псх.н., и в Московском институте схема-терапии, основателями которого являются Александра Ялтонская, к.м.н., врач-психиатр, психотерапевт, и Наталья Гегель, врач-психиатр, психотерапевт. Как показывает развитие этих двух институтов, схема-терапия была хорошо принята в России. Мы рады, что у наших российских студентов и коллег теперь будет этот важный ресурс, на который можно будет опираться в их работе.

Эта книга возникла из часто задаваемого нам вопроса терапевтами во время тренингов по всему миру – «Но что мне делать дальше?». В Руководстве для клиницистов мы попытались ответить на этот вопрос. Это полный пакет для практиков: с высоким уровнем детализации инструкций для терапевтов, структурированный и в то же время гибкий формат, большой объем упражнений и материалов для пациентов делают его идеальной отправной точкой для тех, кто ищет полное клиническое руководство по индивидуальной и групповой СТ. Мы часто говорим терапевтам, что из тысяч групповых сессий, которые мы провели в течение нашей долгой карьеры, эта книга содержит описания и материалы, необходимые для проведения наших 42 «лучших» групповых сессий СТ и 12 соответствующих индивидуальных сессий СТ. Книга описывает каждую групповую сессию с точки зрения целей, интервенций терапевта, советов по сложным вопросам, которые могут возникнуть, и примеров сценариев, которые терапевты могут адаптировать для своей группы. Она также предоставляет упражнения, раздаточные материалы и задания для пациентов. Каждая индивидуальная сессия СТ имеет план, который дополняет групповую работу и фокусируется на отдельном режиме, но в то же время позволяет учитывать индивидуальные потребности пациентов. Такой уровень детализации позволит начинающим терапевтам групповой или индивидуальной схема-терапии уверенно проводить группы и эффективно координировать их с индивидуальными сессиями.

Схема-терапия не может полностью осуществляться по протоколу, так как терапевт должен обращать внимание на схемы и режимы своего пациента или группы. Руководство не предлагает жесткий протокол, а скорее структуру, которая сочетает в себе стандартизацию и гибкость. Таким образом, этот подход обеспечивает структуру и общий обзор терапии, включая когнитивный, экспериенциальный и поведенческий компонент, требующие огромного опыта работы в СТ, позволяя при этом варьировать порядок работы в зависимости от режима пациента или группы. Мы также подчеркиваем важность использования экспериенциальных техник на сессиях. На протяжении всей книги обсуждается, как сбалансировать индивидуальные потребности пациентов и направленность программы.

Протокол, международного рандомизированного контролируемого исследования эффективности индивидуальной СТ, включивший 496 пациентов с пограничным расстройством личности из пяти стран, был разработан на основе данного Руководства для клиницистов. Этот протокол продемонстрировал существенное преимущество над контрольной группой, которая получала стандартное принятое в странах лечение. Это исследование добавляет к растущей доказательной базе СТ. Однако терапия, описанная в этом руководстве, предназначена не только для конкретного диагноза. Схема-терапия является трансдиагностической, поскольку пациенты концептуализируются, и терапия планируется на основе понимания комбинации схем и режимов индивидуума, а не психиатрического диагноза. Разнообразные программы терапии могут быть разработаны на основе представленных 42 групповых и 12 индивидуальных сессий СТ, предназначенных для применения с пациентами с различными диагнозами, уровнями тяжести. В Руководстве мы даем предложения по разработке программ разной продолжительности, как распорядиться и объединить групповые занятия, чтобы сконструировать программу от 20 еженедельных сессий до 42 сессий в течение двенадцати месяцев. Разнообразные программы лечения были разработаны и применены: например, 4-недельная стационарная программа лечения комплексной травмы в Австралии, амбулаторная программа СТ с 30 сессиями по терапии избегающего расстройства личности, еженедельная 12-месячная амбулаторная группа и 6-месячная программа дневного стационара для смешанных диагнозов; недельная стационарная групповая программа лечения смешанных психических расстройств в Венгрии и 12-недельная стационарная программа лечения пациентов с ПРЛ в Германии и США.

Мы надеемся, что российские терапевты найдут Руководство для клиницистов полезным для лечения своих пациентов. Как видно из заголовка, эта книга предназначена для того, чтобы стать «полноценным ресурсом для создания и предоставления индивидуальных, групповых и интегративных схематерапевтических программ» от двух основателей Групповой схема-терапии.

Джоан Фаррелл, PhD и Айда Шоу, MA

Индианаполис, 2020

Предисловие

Мне очень приятно, что меня пригласили написать предисловие к этому новаторскому ресурсу, который позволит клиницистам интегрировать сессии индивидуальной и групповой терапии (ГСТ) в комплексные программы лечения, которые могут быть использованы с широким кругом пациентов, в широком диапазоне длительности терапии и условий ее проведения.

С тех пор как я впервые услышал об исключительно положительных результатах рандомизированного контролируемого исследования ГСТ у пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ), проведенного авторами книги в 2008 году, я был очень воодушевлен потенциалом групповой модели, которая могла бы сделать схема-терапию более доступной для пациентов. Учитывая ухудшение ситуации по оплате расходов на восстановление психического здоровья в Соединенных Штатах и других странах мира, групповая схема-терапия имеет потенциал для предоставления мощных стратегий лечения с использованием схематерапевтического подхода более рентабельным способом, чем это было раньше в индивидуальной схема-терапии – с эквивалентными или, возможно, превосходящими результатами. Я особенно воодушевлен крупномасштабным клиническим исследованием, которое проводится в 14 местах в шести разных странах. Арно Арнц и Джоан Фаррелл являются главными со-руководителями этого исследования, давшими оценки эффективности и экономической выгоды модели групповой схема-терапии для пациентов с ПРЛ в сочетании с двумя вариантами количества индивидуальных сессий. Эта книга написана в сотрудничестве с Неле Рейсс, психологом и схема-терапевтом, которая впервые в Германии внедрила ГСТ. Книга расширяет возможности использования интегративной программы индивидуальной и групповой схема-терапии для большого количества групп пациентов с различными расстройствами личности, комплексной травмой, хроническими психическими расстройствами, которые не отвечают на другие методы терапии и нуждаются в большем внимании со стороны профессионалов. Данная модель включает в себя новую концепцию предоставления пациентам «банковского счета» индивидуальных сессий, чтобы они могли использовать их по мере необходимости; эта концепция была разработана для

многоцентрового исследования СТ при ПРЛ. После публикации первой книги о ГСТ (Farrell, Shaw, 2012) на международном уровне было предпринято много инициатив по применению модели ГСТ в других диагностических группах пациентов. Как и индивидуальная СТ, ГСТ является транс-диагностической – в том смысле, что в центре внимания вмешательств лежит профиль состояния пациента, а не конкретные симптомы. Таким образом, ИСТ, должна быть эффективна при расстройствах, отличных от ПРЛ. Конечно, любое применение требует эмпирической проверки, и я рад сообщить, что предварительные результаты являются многообещающими. Эта интегративная программа была протестирована в стационарах и дневных стационарах у пациентах с ПРЛ (Reiss et al., 2013a) и смешанными кластерами расстройств личности В и С (Muste, 2012; Fuhrhans, 2012). Ее использование в местах лишения свободы оценивается в Великобритании. В Нидерландах проводится рандомизированное контролируемое исследование по сравнению СТ с когнитивно-поведенческой терапией при избегающих расстройствах личности и социальной фобии, а также экспериментальная серия при диссоциативных расстройствах.

Представленная здесь интеграция групповой и индивидуальной схема-терапии полностью соответствует моей индивидуальной модели с точки зрения концептуальной модели, терапевтического альянса и терапевтических вмешательств. Модель ГСТ побуждает членов группы становиться здоровой семьей, в которой они могут «породниться» друг с другом под бдительным руководством двух высококвалифицированных родителей-терапевтов. Чувство принадлежности и принятия, обеспечиваемое этим групповым аналогом любящей семьи, кажется, катализирует как ограниченное родительство, так и эмоционально ориентированные компоненты СТ. Кроме того, задействуя двух терапевтов одновременно для каждой группы, в ГСТ нашелся способ освободить одного терапевта для индивидуальной работы с одним или двумя пациентами в рамках групповой сессии, используя экспериенциальные упражнения, позволяющие достичь изменений. В то же время второй терапевт служит «устойчивой базой» для остальной части группы, поддерживает постоянную эмоциональную связь с каждым участником, отслеживает реакцию всех участников, объясняет, что именно происходит в данный момент, обучает и перенаправляет внимание группы для того, чтобы сосредоточиться на потребностях всех членов группы. Я также впечатлен тем, что ГСТ выходит далеко за рамки традиционного группового формата КБТ (когнитивно-поведенческая терапия) / ДБТ (диалектическая поведенческая терапия), в котором участники обучаются навыкам в обстановке, подобной семинару; и за пределы других неКБТ-ориентированных групп, в которых терапевт выполняет индивидуальную работу с одним участником, в то время как остальная часть группы в основном наблюдает. В ГСТ методы, используемые в индивидуальной схема-терапии, такие как работа с воображением, рескриптинг и ролевые игры с режимами, были адаптированы для вовлечения всех участников в уникальные упражнения, использующие силу группового взаимодействия и поддержки. Эти групповые терапевтические факторы в

сочетании с широким спектром интегративных методов, которые уже являются частью СТ, могут объяснять высокую эффективность лечения в контролируемом исследовании, о котором я упоминал ранее, а также в предварительных данных других продолжающихся исследований ГСТ.

Авторы описывают системный подход к СТ, сохраняя гибкость, которую я всегда так высоко ценил при разработке модели индивидуальной схема-терапии. Рекомендации по лечению являются конкретными и хорошо структурированным, и избегают при этом соблазна написать терапевтическую «поваренную книгу», чтобы следовать заученному. Авторы сохранили основные элементы СТ, разработав стратегии вмешательства «ограниченного родительства» для каждого возникающего режима, спонтанно возникающего в процессе терапии для выполнения эмоционально сфокусированной работы (ориентированной на эмоции), которая приводит к изменениям на глубоком уровне. Как и индивидуальная СТ, групповая модель сочетает экспериенциальную, когнитивную, межличностную и поведенческую работу. Программа, представленная здесь, делит вмешательства СТ на четыре основных компонента: психообразование в области схема-терапии, осознание режимов, управление режимами и экспериенциальная работа. Для различных режимов предназначены сессии каждого из перечисленных выше компонентов. Индивидуальные и групповые занятия координируются в соответствии с режимом. Индивидуальные сессии СТ дают терапевту возможность осуществить вмешательства с когнитивным, экспериенциальным или поведенческим эффектом. Авторы приводят конкретные примеры сценариев действий терапевта, которые предоставляют возможность начинающим специалистам использовать СТ, но при этом сохранять необходимую гибкость гибкостью СТ, так чтобы интервенции могли быть адаптированы для соответствующего режима и потребностей отдельного пациента. Сочетание структуры и гибкости в этом руководстве делает его доступным для практиков с разным уровнем опыта работы в СТ. Книга написана на уровне, который адресован широкому кругу специалистов в области психического здоровья, включая психологов, социальных работников, психиатров, консультантов и психиатрических медицинских сестер, а также интернов и резидентов.

Опыт, накопленный авторами в течение 30 лет подготовки терапевтов по всему миру и ведущих групп ГСТ, работающих с широким спектром клинических проблем, прослеживается в каждой строчке данного издания. Эта книга является первым опубликованным руководством по интегративному использованию индивидуальной и групповой схема-терапии, и в ней можно найти наиболее важную информацию, которая понадобится клиницистам для разработки и реализации таких программ. Сессии программы могут проводиться в интенсивной форме в рамках лечения в стационаре или дневном стационаре, или более планомерном амбулаторном лечении, или в течение года амбулаторного лечения. Программа может начинаться с большого количества сессий в неделю, затем уменьшаться по интенсивности и переходить в амбу-

латорный формат. Удобный для пользователя формат книги включает примеры случаев пациентов, описания групповых и индивидуальных сессий и примеры сценариев действий терапевта для объяснения основных понятий СТ на понятном пациенту языке, а также раздаточные материалы, упражнения и задания для пациентов. Этот материал представлен в самом руководстве, а также доступен в загружаемой форме на веб-сайте Wiley для использования в работе с пациентами.

На более личном уровне у меня была возможность познакомиться с ГСТ в качестве участника в рамках проведения семинара для опытных схема-терапевтов в нашем нью-йоркском институте, куда я пригласил Джоан, Айду и Неле для его проведения. После этого опыта я еще больше восхищён потенциалом СТ в группе, и хотел бы провести такую группу СТ, как эта, сам, как только научусь необходимым навыкам. Джоан Фаррелл – выдающийся психотерапевт, который служит «стабильной базой», эмоциональным центром и «педагогом» для группы в целом – роль, которую я могу себе представить, учитывая достаточно времени и опыта. Но что действительно поразило меня – возможно, потому что ее стиль так сильно отличается от моего и Джоан – была замечательная работа с группой Айды Шоу. Трудно передать уровень оригинальности, креативности и спонтанности, которые она привносит в групповой процесс. Она умеет сочетать элементы гештальта, психодрамы, ролевых игр и своего собственного заразительного стиля игры с подходом, который идеально соответствует требованиям работы с режимами, стимулируя пациентов на глубокие изменения. Групповые упражнения в этом руководстве позволяют схема-терапевтам опробовать некоторые из ее уникальных наработок. Неле Рейсс добавляет точку зрения «следующего поколения» схема-терапевтов, которые стремятся практиковать и эмпирически проверять СТ. Она участвовала в стационарных исследованиях интегративной модели для пациентов с ПРЛ (Reiss et al., 2013a), и ее текущая работа связана с решением таких проблем, как боязнь экзаменов и расстройства пищевого поведения.

Я настоятельно рекомендую это выдающееся руководство всем профессионалам в области психического здоровья, работающим со сложными, хроническими и трудно поддающимися лечению группами пациентов, особенно с теми, кто ищет обоснованную, экономически эффективную альтернативу существующим методам лечения. Эта книга очень важна для специалистов, интересующихся схема-терапией, ПРЛ и другими расстройствами личности, групповой терапией и новыми подходами к расширению когнитивно-поведенческой терапии.

Джеффри Янг, доктор наук (PhD), Институт схема-терапии, Нью-Йорк,
Кафедра психиатрии Колумбийского Университета, март 2014

Благодарности

Эта книга является кульминацией нашего сотрудничества с Неле Рейсс, которое началось в 2008 году, когда мы обнаружили на Международной конференции по схема-терапии в Португалии, что кто-то еще в мире работает в схема-терапевтическом подходе с группами. С тех пор у нас были часы обсуждений, веселья и хорошо проведенного времени, а также развития важной дружбы, которой мы дорожим. Мы благодарим Арно Арнца за его наставничество, личную поддержку и дружбу; Джеффри Янга за его вызывающие мысли дискуссии и поддержку, а также Венди Бехари за сочувствие по поводу трудностей писательской задачи и юмора в нужные моменты. Терапевты, которые обучались у нас, внесли важный вклад в это руководство по лечению, поскольку их обучение заставило нас четко и ясно изложить методику групповой терапии. Больше всего мы благодарим наших пациентов, которые научили нас тому, что нам нужно понять и знать об их потребностях, сложностях и способах помощи.

Особая благодарность от Джоан Эльке и Зигберту Рейссу за теплое гостеприимство, прекрасную еду и хорошее вино в период писательских сложностей, а также уроки немецкой истории и осмотр достопримечательностей во время столь необходимых перерывов.

Джоан Фаррелл и Айда Шоу

Написание этой книги с моими близкими друзьями Джоан и Айдой было замечательным путешествием со многими новыми открытиями. Я хочу поблагодарить вас за сотрудничество и теплую дружбу в последние годы.

Я также хотела бы поблагодарить Фридерике Фогель, которая была очень поддерживающей коллегой, с тех пор как мы начали работать вместе, и стала для меня дорогим другом. Кроме того, я хотела бы поблагодарить всех своих пациентов – без них я бы никогда не научилась практиковать схема-терапию и групповую схема-терапию.

И последнее, но не менее важное: я хотела бы поблагодарить мою семью, особенно моего отца Зигберта, мою маму Эльке, и моего лучшего друга Стеффи – за ваше терпение, ваши советы, за то, что меня заземлили, когда было необходимо, и за вашу безоговорочную поддержку в любое время. Я знаю, что могу рассчитывать на вас.

Неле Рейсс

Глава 1

Введение

В этом руководстве представлена интегративная программа индивидуальной и групповой схема-терапии, которая является трансдиагностической и предназначена для применения в различных форматах лечения и в программах различной продолжительности.

Оно написано для психотерапевтов в практическом ключе с клинической направленностью. Предоставляются примеры сценариев для терапевтов, подробные инструкции по сессиям и раздаточные материалы для каждой индивидуальной и групповой сессии.

1.1. Происхождение

Схема-терапия (СТ), первоначально разработанная Джеффри Янгом для индивидуальной психотерапии (Young, 1990; Young et al., 2003), представляет собой подход к лечению широкого спектра психологических расстройств, который объединяет когнитивные, экспериенциальные или эмоционально ориентированные и поведенческие вмешательства, изменяющие паттерны поведения. Это комплексная модель, которая стратегически объединяет аспекты других подходов, но остается уникальной. Была также разработана групповая версия СТ (Farrell, Shaw, 2012; Reiss, Vogel, 2010; Muste et al., 2009).

Эффективность индивидуальной (ИСТ) и групповой (ГСТ) терапии при пограничном расстройстве личности (ПРЛ) была подтверждена эмпирически (Giesen-Bloo et al., 2006; Farrell et al., 2009; Reiss et al., 2013a; Nadort et al., 2009). Модель СТ является трансдиагностической. Использование СТ для избегающего расстройства личности (ИРЛ), социальной тревожности, расстройств пищевого поведения, посттравматического стрессового расстройства, нарциссизма, антисоциального расстройства личности, злоупотребления психоактивными веществами и других психических расстройств изучается и оценивается на международном уровне. Этот подход нравится как пациентам, так

и терапевтам (Spinhoven et al., 2007). Кроме того, у СТ появляется все больше доказательной базы её экономической эффективности при проведении в индивидуальной модальности (ИСТ) (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009). Однако ограниченная доступность специализированной индивидуальной психотерапии, в том числе СТ, в современной экономике здравоохранения мешает более широкому применению ИСТ в клинических условиях. Нами была проведена оценка эффективности интегративной программы, объединяющей ряд сессий ГСТ с ограниченным числом сессий ИСТ в интегративной программе, с многообещающими результатами (Muste et al., 2009; Reiss et al., 2013a). Комбинирование более регулярных групповых сессий СТ со стратегически запланированными индивидуальными сессиями может сделать этот многообещающий метод более доступным для широкого применения.

Концепция интегративной и структурированной программы изначально была разработана для использования с тяжелыми пациентами в условиях стационара (Reiss et al., 2013a), но она может быть реализована для широкого спектра групп пациентов, формата и продолжительности лечения. Одной из групп пациентов, для которых она является идеальной, являются люди с расстройствами личности или чертами личностных расстройств, люди с хроническими или комплексными психологическими проблемами, люди с множественной историей психических травм и те, для которых другие подходы к лечению потерпели неудачу. Как правило, это пациенты, которые нуждаются в более интенсивном уровне внимания со стороны специалистов в области психического здоровья, и люди, чьё качество жизни, к сожалению, оказывается очень низким. Преимущество схема-терапии заключается в том, что в процессе лечения специалист воздействует на специфические дезадаптивные схема-режимы, а не на конкретные симптомы или диагностические категории, тем самым выходя за рамки психиатрических диагнозов; это становится особенно актуальным в условиях надвигающихся изменений в диагностической классификации. Эта программа может быть реализована в условиях стационара, дневного стационара и в рамках интенсивного амбулаторного лечения, а также в общем амбулаторном лечении с различной частотой сессий. Для пациентов с укоренившимися дезадаптивными стратегиями поведения, которые вызывают тяжёлые и иногда опасные для жизни симптомы, такие как ПРЛ, интенсивная программа с большим количеством сессий в начале лечения может послужить хорошим стартом для долгосрочной терапии. Все раздаточные материалы, представленные в этой книге, можно использовать в ходе индивидуальной СТ или выборочно в рамках других моделей психотерапии. Например, экспериенциальные вмешательства могут усиливать когнитивную терапию, заполняя пробел в этом подходе к лечению пациентов с расстройствами личности и комплексной травмой. Программа руководства теоретически согласуется с индивидуальной (Young et al., 2003) и групповой СТ (Farrell, Shaw, 2012). Как и большинство подходов к психотерапии, которые выходят за рамки обучения навыкам, СТ требует специализированного

обучения для соответствия стандартам приверженности и компетентности. Это руководство было разработано, чтобы сделать ИСТ, ГСТ и их интегративную комбинацию доступными для широкого круга психотерапевтов разных теоретических ориентаций, включая тех, кто работает в интенсивных условиях, таких как стационарные и дневные программы терапии. Пособие содержит подробную пошаговую инструкцию для реализации интегративной программы СТ, которая объединяет сессии ИСТ и ГСТ. Программа включает основные компоненты СТ: ограниченное родительство, психообразование в области СТ, развитие навыков осознанности режимов, управление режимами, а также когнитивные, экспериенциальные и поведенческие техники. Может использоваться в разных диагностических группах. Программа включает 12 индивидуальных сессий и 42 групповые сессии. Каждая сессия описывается с точки зрения целей, терапевтических вмешательств, советов по управлению процессом терапии, примеров сценариев сессий для терапевтов, соответствующих информационных раздаточных материалов, упражнений СТ и домашних заданий. Отдельные сессии предназначены для того, чтобы дополнять групповую работу с режимами, на которые делается акцент, при этом позволяя удовлетворить индивидуальные потребности. Как сбалансировать индивидуальный и групповой фокус, обсуждается на всем протяжении книги. Такой уровень детализации позволит начинающим специалистам в схема-терапии проводить сессии с уверенностью и эффективно координировать групповую работу с индивидуальной. Это также позволит более опытным индивидуальным схема-терапевтам эффективно начать проводить групповую СТ. Программа – это не жесткий протокол, а скорее платформа, сочетающая в себе гибкость и структуру. Структурированный, но гибкий формат служит ряду целей: руководство можно использовать в качестве подробного плана реализации структурированной, интегративной программы индивидуальной и групповой СТ с более высокой интенсивностью несколькими сессиями в неделю; в качестве исследовательского протокола для изучения результатов эффективности психотерапии; также специалист может выбирать индивидуальные или групповые сессии или их сочетания для работы с определенными схема-режимами. Терапевты могут выбирать, реализовывать ли программу целиком или выбирать отдельные сессии, групповые сессии или их комбинацию в соответствии с группой и ее потребностями.

1.2. Главы

В главе 2 представлена основная концепция модели СТ, первоначально разработанной Янгом для индивидуальной терапии (Young et al., 2003), и адаптация для групп, разработанная Фаррелл и Шоу (Farrell, Shaw, 2012). Цели СТ, терапевтический подход ограниченного родительства и основные компоненты модели описаны в этой главе. Обсуждается подход интегративной программы

СТ к объединению индивидуальных и групповых занятий. Общее направление и этапы программы лечения изложены здесь. В главе 3 описаны основные элементы программы лечения: пациенты и критерии включения и исключения из программы; терапевты; среда – как фактическое пространство, так и многопрофильная команда для осуществления лечения; продолжительность сессий и терапии; и возможные графики и форматы реализации программы в различных условиях. В главе 4 представлены групповые занятия по компонентам, с образцами сценариев для терапевта и материалами для пациентов – раздаточные материалы, групповые упражнения и домашние задания. В главе 5 представлены 12 индивидуальных сессий – с конкретным содержанием, примерами сценариев для терапевтов и раздаточными материалами. Глава 6 описывает обучение СТ и супервизии, рекомендуемые для терапевтов. Проведенное рандомизированное клиническое исследование с кратким описанием исследований, которые ведутся на момент написания руководства, тоже коротко описано. Эта книга является уникальной в литературе по СТ, поскольку ее цель – предоставить полностью реализуемую программу. Она не ориентирована на конкретное расстройство. Она не ограничена одним из способов проведения лечения; она охватывает как индивидуальную, так и групповую СТ. Читателю даются ссылки на статьи по СТ в качестве справочных материалов для изучения теории и фокусировки на работу с конкретными расстройствами.

Глава 2

Основы схема-терапии

2.1. Теоретическая модель

Модель, представленная в этом руководстве, соответствует теории, компонентам лечения и целям, представленным в руководстве по схема-терапии Джеффри Янга (Young et al., 2003). В данной главе кратко изложена модель схема-терапии (СТ). Читателю предлагается обратиться к книге Янга для дополнительного изучения индивидуальной модели СТ и ее применения. СТ получила развитие благодаря усилиям Янга (Young et al., 2003) для более эффективного лечения пациентов с расстройствами личности, а также тех, кто не отвечал на традиционную когнитивную терапию, либо имел рецидив. СТ основывается на объединяющей теории и структурированном и системном подходе. Поскольку СТ является интегративной терапией, она частично совпадает с другими моделями психотерапии, такими как когнитивная и психодинамическая психотерапия, теория объектных отношений и гештальт-психотерапия, но не перекрывается какой-либо другой моделью.

Рис. 2.1 суммирует модель этиологии психопатологии, представленную СТ. Когда нормальные, здоровые эмоциональные потребности ребенка не удовлетворяются в ходе его развития, развиваются дезадаптивные схемы. Дезадаптивные схемы – это психологические конструкции, которые включают в себя представления о себе, мире и других людях, которые возникают в результате взаимодействия неудовлетворенных базовых эмоциональных потребностей ребенка, врожденного темперамента и раннего окружения. СТ рассматривает это взаимодействие с точки зрения модели пластичности или дифференциальной восприимчивости. Схемы состоят из воспоминаний, телесных ощущений, эмоций и убеждений, которые берут свое начало в детстве и развиваются на протяжении всей жизни человека. Эти схемы часто

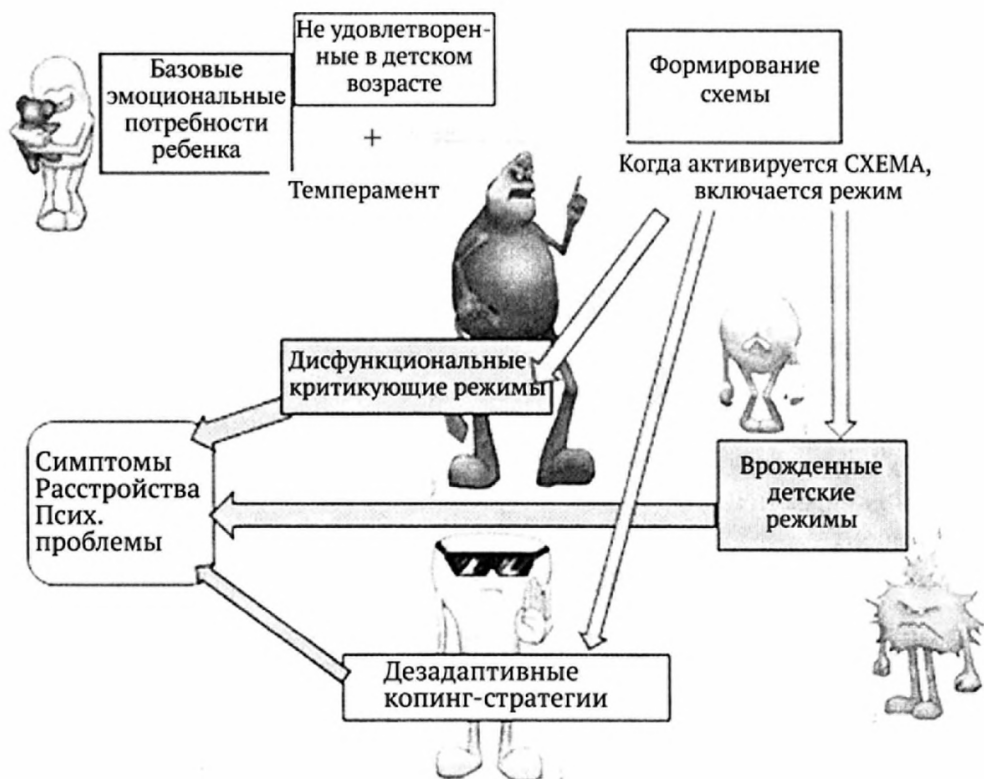


Рис. 2.1. Схема-терапия. Этиология психологических расстройств.

Таблица 2.1. Схемы, возникающие под влиянием среды

Отсутствие связи/отвержение	Нехватка автономии и самостоятельной активности
Недоверие / ожидание жестокого обращения Эмоциональная депривация Дефектность/Стыд Подавления эмоций Социальная изоляция / Отчуждение	Зависимость/Некомпетентность Уязвимость к ущербу/болезни Неразвитая идентичность Покинутость/Нестабильность Подчинение Неуспешность
Нарушение границ	Завышенные ожидания
Привилегированность/ грандиозность Недостаточный самоконтроль	Самопожертвование Жесткие стандарты
Другие	
Негативизм/Пессимизм Пунитивность	Поиск одобрения/Поиск признания

Таблица 2.2. Базовые режимы

Врожденные детские режимы	Уязвимый ребёнок Сердитый/ импульсивный ребёнок	Врожденные реакции на неудовлетворенные потребности
Дезадаптивные копинговые режимы	Избегающий защитник Гиперконтролер Уступчивый капитулянт	Чрезмерно используемые реакции, сформированные как реакции выживания на травму или неудовлетворенные эмоциональные потребности по типу бей, беги, замри
Дисфункциональные критикующие режимы	Карающий критик Требовательный критик	Избирательная интернализация негативных посланий других в раннем возрасте
Здоровые режимы	Счастливый ребёнок Здоровый взрослый	Характерна недоразвитость

играют адаптивную роль в детстве (например, с точки зрения выживания в ситуации насилия – это порождает больше надежды для детей, если они считают, что они неполноценны, а не взрослые являются таковыми). В зрелом возрасте дезадаптивные схемы являются ошибочными, нефункциональными и ограничивающими, хотя они прочно удерживаются и часто не осознаются человеком. Янг (Young, 1990; Young et al., 2003) идентифицировал 18 ранних дезадаптивных схем.

Схемы определяются индивидуально, отмечаются в материалах пациента для группы, раздел «Психообразование в области СТ» (сессии Психообразование в области СТ 1–5). Когда дезадаптивные схемы активируются, возникают интенсивные состояния, описанные в СТ как «режимы». Режим определяется как текущее эмоциональное, когнитивное и поведенческое состояние, в котором находится человек. Дисфункциональные режимы возникают чаще всего, когда множественные неадаптивные схемы активированы. Определены четыре основные категории режимов (табл. 2.2). Считается, что основные или врожденные детские состояния (Уязвимый ребенок, Сердитый ребенок, Импульсивный ребенок) развиваются, когда базовые эмоциональные потребности в детстве (такие как безопасность, забота или автономия) не удовлетворяются должным образом. Эти «детские режимы» определяются сильными чувствами, такими как страх, беспомощность или ярость, и включают в себя врожденные реакции ребенка. Дисфункциональные критикующие режимы (карающий или требующий критик) составляют вторую категорию режимов. Дисфункциональные критикующие режимы отражают избирательную интернализацию негативных аспектов фигуры привязанности (например, родите-

лей, учителей, сверстников и т. д.) в детстве и подростковом возрасте. Деадаптивные копинг-стратегии, третья категория режимов, определяются чрезмерным использованием нездоровых способов преодоления (борьба – гиперкомпенсация; бегство – избегание или замораживание – капитуляция). Все они имеют целью защитить человека от боли, беспокойства или страха. Эти деадаптивные копинг-стратегии действуют вне осознания, и цель СТ состоит в том, чтобы пациенты узнали о своих копинг-стратегиях и усвоили более здоровые, более адаптивные способы совладания с эмоциями и сложностями. Деадаптивные копинг-стратегии включают концепцию защитных механизмов, ранее отсутствовавшую в когнитивной терапии, и позволяют терапевтам и пациентам лучше понимать расстройства личности. Гиперкомпенсаторные копинг-стратегии содержат способы, в которых человек действует против схемы или схем, которые срабатывают. Одним из примеров является режим агрессивного задиры, в котором человек, испытывающий боль в результате схемы, принимает ответные меры, вызывая боль. Избегающая копинг-стратегия включает физическое, психологическое и социальное отстранение и избегание. Режимы избегания включают Отстраненного защитника – режим, который может проявляться разными способами – от ощущения, что человек «витает в облаках» или на короткое время теряет фокус взаимодействия, до серьёзной диссоциации. Этот режим очень часто присутствует, когда пациенты начинают терапию, поскольку он защищает режим Уязвимого ребёнка от всепоглощающего страха или болезненных ощущений. Капитуляция – это третья копинг-стратегия, и она представляет собой капитуляцию или отказ от сопротивления существующей схеме. Например, если запускающая схема является схемой дефективности, капитуляцией будет принятие того, что вы дефектны и ведете себя соответственно: никогда не бросайте вызовы, старайтесь не показывать себя некомпетентными.

В четвертой категории – «Здоровые и функциональные режимы», «Здоровый взрослый» и «Счастливый ребенок». Режим «Здоровый взрослый» включает в себя функциональные мысли и поведение, а также навыки, необходимые для функционирования во взрослой жизни. Режим «Счастливый ребенок» – это ресурс для веселых и приятных занятий, особенно при социальном взаимодействии. Многим пациентам не разрешали играть или не поощряли эти занятия, поэтому они упускали возможность понять, что они любят, а что – нет, и участвовать в наших самых ранних социальных взаимодействиях со сверстниками. Здоровые режимы, как правило, сильно недоразвиты у пациентов с расстройствами или особенностями личности.

Режимы часто запускаются событиями, которые пациенты воспринимают как очень эмоциональные. Режимы могут быстро переключаться у пациентов, страдающих тяжелыми расстройствами личности, что приводит к внезапным изменениям в поведении или внешне непропорциональным реакциям, которые являются одним из источников межличностных трудностей пациентов и эмоциональной и поведенческой нестабильности. Режимы также могут оста-

ваться жестко закрепленными, как в случае многих избегающих пациентов. Общие негативные ответные реакции – агрессия, враждебность, манипулирование, эксплуатация, доминирование, поиск признания, поиск стимуляции, импульсивность, злоупотребление психоактивными веществами, подчинение, зависимость, чрезмерная уверенность в себе, компульсивность, подавление, психологическая отстраненность, социальная изоляция и ситуационное и эмоциональное избегание – можно понимать в терминах режима.

Симптомы расстройства личности могут быть описаны и поняты с точки зрения работы режимов. Одним из примеров является концептуализация в СТ пограничного расстройства личности (ПРЛ). Страх покинутости описывает эмоциональное состояние режима Уязвимого ребенка. Сильный гнев, иногда сопровождаемый неконтролируемыми выражениями гнева, возникает в режимах «Сердитый ребенок» и «Импульсивный ребенок». В режиме «Импульсивного ребёнка» реализуются действия, которые могут нанести вред другим, а также стать источником самоповреждения. Дисфункциональные критикующие режимы являются еще одним источником самоповреждающего поведения в случае, когда человек считает, что заслуживает наказания или является полным неудачником, совершив ошибку. Критикующие режимы также могут быть источником попыток суицида, поскольку они убивают всякую надежду, а критические суждения обрекают пациента на страдания и чувство бесполезности. Режим Отстраненного защитника также может быть причиной самоповреждения, особенно порезов или ожогов кожи, с целью что-то почувствовать. Режим «Отстраненный защитник» объясняет ощущение пустоты, которое может быть невыносимым и может привести к попыткам самоубийства. Если вы оторваны от своих чувств, центральной части того, кто вы есть, ваша личность не будет стабильной. Переключение режимов объясняет некоторые из эмоциональных реакций, наблюдаемых у пациентов с ПРЛ, и, следовательно, их нестабильные отношения с другими.

Другие расстройства личности и психологические проблемы можно также легко описать в терминах режима, предоставляя удобный для пользователя, понятный язык для пациентов и мишени для психотерапевтического вмешательства для терапевтов. Язык режимов фокусируется больше на возможности обучения, а не на психопатологии, давая пациентам надежду на изменения.

2.2. Цели и этапы схема-терапии

Янг (Young et al., 2003) резюмирует основные цели терапии, заключающиеся в том, чтобы помочь пациентам изменить дисфункциональные модели жизни и удовлетворять свои базовые эмоциональные потребности за пределами терапии путем изменения схем и режимов. Цели СТ выходят за рамки обучения поведенческим навыкам и включают фундаментальную работу по изменению личности. Это изменение концептуализируется с уменьшением ин-

тенсивности дезадаптивных схем, которые запускают недомодулированные или чрезмерно модулированные состояния эмоций и действий, называемые режимами. Запуск этих напряженных состояний рассматривается в качестве препятствующих для использования пациентами адаптивных копинг-стратегий или межличностных отношений, которые позволили бы им реализовать свой потенциал и улучшить качество своей жизни. С точки зрения каждого типа режима, цели могут быть определены как:

Усилить режим «Здоровый взрослый», чтобы пациент был способен:

1. Заботиться о себе в режиме Уязвимого ребёнка. Компетенция здорового взрослого человека доступна, когда возникает страх, грусть или одиночество, которые отражают неудовлетворенные детские потребности.
2. Перестроить и заменить дезадаптивные копинг-стратегии. Например, уметь испытывать эмоции, когда они возникают, общаться с другими и выражать свои потребности. Выбор копинг-стратегии осуществляется с учётом потребностей человека и реальной ситуации, в которой он находится.
3. Изменить поведение в режиме «Сердитый / Импульсивный ребенок» на более подходящие и обучить более эффективным способам выражения эмоций и потребностей – например, способность выражать свои потребности как настойчивый взрослый, а гнев – здоровым образом.
4. Конфронтировать и изгнать Карающего критика. Избавиться от сурового внутреннего критика, заменив его способностью мотивировать себя здоровым позитивным образом, принимать свои ошибки и, при необходимости, исправлять их. Модерировать режим Требовательного критика, чтобы иметь реалистичные ожидания и стандарты.

Мы добавляем пятую цель:

5. Высвободить режим Счастливого ребенка, чтобы пациент мог исследовать окружающую среду, узнать о том, что доставляет ему / ей радость в жизни, и мог бы играть и получать удовольствие.

СТ подходит к этим целям поэтапно. Этапы и цели каждого из них можно суммировать как:

1. Связь и эмоциональная регуляция:
 - исцеление Уязвимого ребенка;
 - обхождение дезадаптивных копинг-стратегий;
 - регуляция аффекта и развитие копинг-стратегий.
2. Изменение схема-режимов:
 - борьба с режимами Карающего и Требовательного критика;
 - переориентация Сердитого и Импульсивного ребёнка;

- установление границ;
 - преодоление кризисов.
3. Автономия:
- индивидуация: следование естественным наклонностям;
 - развитие здоровых отношений;
 - постепенное завершение с возможностью контакта.

2.3. Ограниченное родительство

Ограниченное родительство является одновременно и стилем терапевта, и компонентом работы по смене режима. Ограниченное родительство определяется как: действовать в качестве хорошего родителя в соответствии с потребностями режима ребенка в рамках соответствующих терапевтических отношений. Это означает обеспечение защиты, поддержки и успокоения для режима Уязвимого ребенка; возможность высказаться и быть услышанным для Сердитого ребенка; и эмпатическая конфронтация и установка границ для режима Импульсивного ребенка. Ограниченное родительство – один из ключевых компонентов СТ и гипотетически активный компонент. Ограниченное родительство часто называют «сердцем СТ».

Поведение схема-терапевта может быть обобщено как «делать то, что сделал бы Хороший родитель». В начале лечения необходимо сильное воспитание, поскольку пациенты часто находятся в детском режиме и имеют недостаточно развитый режим Здорового взрослого. Позже присутствия Здорового взрослого становится больше, и роль психотерапевта меняется на то, что он становится «родителем» подростков, а затем, в конечном итоге, взрослых. На этом более позднем этапе пациенты все еще нуждаются в терапевте, чтобы поддерживать связь, но они могут помогать себе и друг другу. Язык, тонкости и использование определенных методов СТ должны быть адаптированы к уровню развития, коморбидным расстройствам и психологическому здоровью членов группы (т.е. некоторые методы и терминология, которые могут быть полезны для пациентов с ПРЛ, могут быть неприемлемы для пациентов с нарциссическим расстройством личности и т.д.). Работая с режимом Уязвимый ребенок, мы говорим как родители, разговаривающие с маленьким испуганным ребенком. Когда мы сталкиваемся с дезадаптивными копинг-стратегиями, мы можем стать почти такими же твердыми, как и сержант (в то же время не теряя связи и сообщая пациенту о том, что мы сочувствуем ему и его потребностям, связанным с этим режимом).

Целью ограниченного родительства является установление активных, поддерживающих и подлинных отношений с пациентом, которые обеспечивают безопасную среду для пациента, чтобы быть уязвимым и выражать эмоции и потребности. Предоставление терапевтом ограниченного родительства в рамках психотерапевтических отношений позволяет пациенту заполнить