

Концептуальный аппарат и основные принципы Схема-терапии пограничного расстройства личности

А.Б. Холмогорова

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава РФ»

РЕЗЮМЕ: В статье описаны современные тенденции в классификации личностных расстройств, приведены результаты исследований эффективности Схема-терапии пограничного расстройства личности, рассмотрены основные понятия, лежащие в основе Схема-терапии, а также задачи и принципы этого подхода к терапии личностных расстройств.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Схема-терапия, базовые потребности, ранние неадаптивные схемы, способы копинга, модусы схем.

КОНТАКТ: psyllab2006@yandex.ru

В настоящее время происходят принципиально важные изменения в вопросах диагностики расстройств личности. Новые критерии в современных международных диагностических системах все более определяют отход от крепелиновского нозологического метода, основанного на выделении 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 [4]. Дименсиональный подход к патологии личности предполагает оценку тяжести нарушения параметров, укладывающихся в пять устойчивых измерений (доменов):

- 1) выраженные проявления черт негативной эмоциональности;
- 2) выраженные проявления диссоциальных черт;
- 3) выраженные проявления расторможенности;
- 4) выраженные проявления ананкастных черт;
- 5) выраженные проявления нарушений привязанности.

Таким образом, происходящий перелом в концептуализации личностной патологии связан с признанием большей значимости тяжести нарушения по сравнению со значимостью типа личности (например, пограничный, нарциссический, гистрионный). Это отражает имеющийся на сегодняшний день опыт практиков и исследователей, который показывает, что чем более тяжелой оказывается личностная патология, оцениваемая по степени нарушений в межличностных отношениях и риску причинения вреда, тем сложнее определить тип личностного расстройства. В проекте DSM-V критерии диагностики расстройства личности включают: А (элементы личностного функционирования); В (психологические черты). Разработчики МКБ-11 также полагают, что типы личности не имеют дифференциального значения для клинической применимости, поэтому предложения МКБ-11 в первую очередь ориентированы на классификацию по тяжести.

На сегодняшний день самым ярким, распространенным и хорошо изученным среди всех личностных расстройств остается пограничное расстройство личности (ПРЛ). На нем отработывались и все известные методы психотерапии личностной патологии, ведь частота его выявления в клинической практике превращала это расстройство в настоящий бич для специалистов. В соответствии с проектом DSM-V для ПРЛ критерий А включает идентичность (разный уровень интегрированности идентичности), самонаправленность (стабильность целей, систем ценностей, планов в отношении карьеры), а к критерию В отнесены следующие признаки: эмоциональная лабильность, тревожность, неуверенность со страхом быть покинутым, депрессивность, импульсивность, стремление к риску, враждебность с преобладающим чувством гнева.

В два последних десятилетия существовавший долгое время пессимизм в отношении возможности оказания эффективной помощи этим пациентам стал сменяться все большим интересом к новым разработкам. Наряду с психоаналитическими моделями [5, 6] 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 [9]. В этом состоит принципиальное отличие Схема-терапии Дж. Янга от другого влиятельного подхода в рамках КБТ – диалектической терапии М. Лайнен, которая отводит психотерапевту более техническую роль [2]. Общее в их позициях – указание на необходимость принятия пациента таким, какой он есть, с его чувствами и проблемами, а также постоянная поддержка и стимуляция к позитивным изменениям в ходе терапии. Важно еще раз подчеркнуть интегративный характер этих моделей, в которых явно прос-

матрируются 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.

СТ 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 [8]. Однако самая первая модель СТ была предназначена именно для лечения пограничного расстройства личности. Эта модель была специально разработана Дж. Янгом для пациентов-нореспондеров при лечении традиционными методами КБТ. СТ интегрирует идеи КБТ, теории привязанности, экзистенциально-гуманистического и психодинамического подходов. Ее высокая эффективность в лечении ПРЛ доказана многочисленными исследованиями и мета-анализами. Так, в 2006 году было проведено мультицентровое исследование, направленное на сопоставление эффективности психотерапии, сфокусированной на переносе (TFP) [7] и СТ Дж. Янга. В исследовании приняли участие 81 человек, наблюдавшиеся в течение трех лет. Значительное улучшение по разным критериям было отмечено у 50 % пациентов из группы Схема-терапии, что почти в 2 раза больше по сравнению с группой, получавшей терапию, основанную на переносе. При этом СТ оказалась также более экономичным методом.

Многие принципы СТ совпадают с разработанными А. Беком и А. Фриманом [1] для традиционной КБТ личностных расстройств. Согласно этим принципам, необходимо:

- 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;
- гарантировать честную позитивную обратную связь.

Однако СТ обладает спецификой, существенно отличающей ее от традиционной КБТ личностных расстройств и сближающей в определенных аспектах с психодинамическим и экзистенциально-гуманистическим подходами. Она основана на следующих подходах:

- сфокусированность на переработке воспоминаний о травматическом раннем опыте;
- интенсивное использование экспериментальных техник (таких, как техники воображения) для изменения негативных эмоций, связанных с этим опытом;
- концептуализация психотерапевтических отношений как ограниченного родительства (limited reparenting) для создания условий переживания положительного опыта взаимодействия, которого пациент не получил 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.

В основной концептуальный аппарат СТ входят три важнейших понятия:

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

2) **способ копинга** – это совладающие стратегии, определяющие эмоциональное состояние, которое возникает после активации схемы;

3) концепт «модусы схемы», обозначающий определенное устойчивое на какой-то промежуток времени эмоциональное состояние, призван объяснить быструю смену настроения или наличие конфликтных желаний и идей одновременно.

Главная задача СТ – помочь взрослому человеку встретиться со своими потребностями, которые не были удовлетворены в детстве, и способствовать их удовлетворению, так как именно способность проявлять и удовлетворять свои базовые психологические потребности, согласно Дж. Янгу, является основой психического здоровья:

- **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 руко-

водства); 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.

Модусы схем, т. е. психоэмоциональные состояния, возникающие при активации соответствующей схемы, могут легко сменять друг друга у больных ПРЛ, приводя к тем явлениям, которые Н. Мак-Вильямс метко назвала отдельными состояниями эго вместо целостного эго [3]. Они описываются с помощью четырех основных категорий, 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: а) **уязвимый ребенок** (печаль, покинутость, беспомощность); агрессивный ребенок (злость, агрессия); б) **импульсивный ребенок** (непереносимость фрустрации);

2) **модус «дисфункциональный родитель»** включает также два подвида: а) **наказывающий / критикующий родитель**; б) **требовательный родитель**, предъявляющий нереалистично высокие стандарты;

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

4) наконец, с психическим здоровьем связаны два модуса: а) **«довольный ребенок»**; б) **«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 ПЛР, 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.

Рассмотрим два базовых принципа СТ в работе с пограничными пациентами. Первый из них – **принцип ограниченного родительства**, являющийся основой формирования и развития модуса здорового взрослого. Этот принцип направлен на удовлетворение фрустрированных потребностей пациента. Принцип развития способности к акцептированию и удовлетворению собственных потребностей в контакте с терапевтом 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 – **принцип эмпатической конфронтации**, согласно которому конфронтация с дисфункциональным поведением

и когнициями пациента происходит на основе эмпатии. Последнее возможно только тогда, когда терапевт хорошо понимает причины, которые толкают пациента на это поведение, и мысли пациента, а именно понимает, что деструктивные паттерны когда-то сыграли адаптивную роль в жизни пациента и помогли его самосохранению. При эмпатической конфронтации терапевт 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 и триггеров, запускающих эти паттерны;
- выявление ранних малоадаптивных схем, способов совладания и доминирующих модусов, которые ответственны за эти паттерны;
- оценку 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:

- 1) интервью, сфокусированное на истории жизни;
- 2) заполнение опросников;
- 3) данные самонаблюдения.

В заключение диагностики составляют диаграмму когнитивной концептуализации, которую обсуждают с пациентом для решения ряда задач:

- 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, что определяется тяжестью проблем и слабостью модуса здорового взрослого. СТ предъявляет высокие требования к личности терапевта, наиболее важными среди них являются следующие способности и умения:

- постоянно выявлять и осознавать неудовлетворенные потребности;

- различать потребности, которые пациент может удовлетворить сам, и которые нуждаются в подключении функции ограниченного родительства (limited parenting);

- выносить и контейнировать сильный аффект;
- 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.

СТ относится к интегративным подходам, соединившим в себе наработки когнитивно-бихевиорального, психодинамического и экспириентального подходов в психотерапии. Важнейшей теоретической основой СТ является теория привязанности Дж. Боулби – одна из наиболее влиятельных концепций развития и его нарушений в современной клинической психологии и психотерапии. Описанная гибкость и интегративность, а также доказанная эффективность делают этот подход привлекательным для специалистов разных направлений, но в то же время предъявляют высокие требования к ним в аспекте открытости новому опыту.

Многим российским психотерапевтам свойственна интегративная направленность, что позволяет прогнозировать успех этого подхода в России. Перед российскими специалистами остро стоит задача организации специальных центров помощи пациентам с пограничным расстройством личности, так как в одиночку даже опытному терапевту трудно, а порой просто невозможно комплексно решать все проблемы, которые имеют место при этой наиболее сложной форме личностной патологии. Модель психотерапии, разработанная Дж. Янгом, несомненно, найдет признание у российских психотерапевтов. Также хочется надеяться, что она станет важной опорой будущих сотрудников специализированных центров помощи пациентам с пограничным расстройством личности.

Список литературы

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб., 2002.
2. Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. – М., 2008.
3. Мак-Вильямс Н. Психопатологическая диагностика. Понимание структуры личности в психическом процессе. – М., 1998.
4. Холмогорова А.Б. Личностные расстройства // Клиническая психология. Т. 2, гл. 6 / под ред. А.Б. Холмогоровой. – 2012. – С. 270–323.
5. Bateman A.W., Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up // Am J Psychiatry. – 2001. – Vol. 158. – P. 36–42.
6. Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. – N.Y., 2009.
7. 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. – Vol. 63. – P. 649–658.
8. Jacob G., Arntz A. Schema Therapy for Personality Disorders – A Review // International Journal of Cognitive Therapy. – 2013. – Vol. 6 (2). – P. 171–185.
9. Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema therapy. – N.Y., London, 2003.

The conceptual apparatus and the basic principles of Schema therapy borderline personality disorder

A.B. Kholmogorova

Federal medical research center of psychiatry and narcology of Ministry of health of the Russian Federation

SUMMARY. This article describes the current trends in the classification of personality disorders, the results of studies of the effectiveness of schema therapy borderline personality disorder, discusses the basic concepts underlying schema therapy, as well as the objectives and principles of this approach to therapy of personality disorders.

KEY WORDS: schema therapy, basic needs, early maladaptive schemas, ways of coping, modus of the schemes.

CONTACT: psyllab2006@yandex.ru

Бланк бесплатной подписки на журнал «Современная терапия психических расстройств»

Ф.И.О.					
Место работы					
Специальность					
Должность					
Телефон					
Почтовый адрес					
индекс		республика, край область			
город			улица		
дом №		корп.		кв. №	
Адрес электронной почты					
Заполненные бланки высылайте по адресу: 107076, Москва, ул. Потешная, д. 3, Московский НИИ Психиатрии, проф. Мосолову С.Н. или по e-mail: 13oe@mail.ru					

