

# Введение и обзор преднамеренной практики и схема-терапии

ГЛАВА

1

Мое (Венди Т. Бехари, — *примеч. ред.*) знакомство со схема-терапией (СТ) началось с привилегии учиться и работать вместе с Джеффом Янгом и другими коллегами на ранних этапах разработки этой модели психотерапии. В процессе взаимодействия ее создателей происходили обсуждения, проводились эксперименты. Особое внимание ученые уделяли теории, концептуализации, формулированию терапии и ее применению. Преднамеренная практика, с ее осознанным научением микронавыкам, могла бы принести дополнительную пользу при подготовке компетентных специалистов по СТ. С помощью данной книги мы хотим восполнить этот общий пробел в операциональном обучении терапевтов. Осознанное внимание, которое в преднамеренной практике уделяется разбивке сложных интервенций на небольшие составляющие, дает клиницистам возможность тщательно отработать навыки в контексте конкретных проблем. Повторяющаяся практика, которой так часто не хватает в обучении психотерапии, — предпосылка для развития профессионального опыта и гибкости во многих других областях. При обучении игре в теннис необходимо сосредоточить внимание на каждом компоненте процесса: осанке, хвате, постановке ног, выборе момента подачи, зрительном контакте и технике выполнения

удара. Затем — практика, практика, практика. В конце концов, формируется связь между ракеткой в ваших руках и вашим положением на корте. Точно так же мы считаем, что осознанность и преднамеренная практика навыков являются необходимыми элементами для развития компетентных терапевтов в области схема-терапии.

## Обзор упражнений по преднамеренной практике

В книге мы уделяем основное внимание серии из 14 упражнений, тщательно протестированных международным сообществом тренеров и стажеров по СТ. Каждое из 12 первых упражнений представляет собой важный навык схема-терапии. Последние два упражнения являются более комплексными, они состоят из аннотированного сценария сессии с использованием СТ и импровизации имитационной сессии схема-терапии, которые учат практиков, как интегрировать полученные навыки в более обширные клинические сценарии. В табл. 1.1 представлены 12 навыков, рассмотренные в этих упражнениях.

В процессе выполнения всех упражнений учащиеся (стажеры, начинающие клиницисты) работают в парах под руководством супервизора и играют роли клиента и терапевта, “переключаясь” с одной на другую. Каждое из 12 упражнений, сфокусированных на навыках, состоит из нескольких утверждений клиента, сгруппированных по сложности (для начинающих, средней сложности и для продвинутых), которые требуют определенных навыков терапевта. Для каждого навыка учащихся просят прочитать и усвоить описание навыка, его критерии и некоторые примеры. Затем ученик, играющий роль клиента, зачитывает утверждения. Далее учащийся, играющий роль терапевта, отвечает так, чтобы продемонстрировать соответствующий навык. У начинающих терапевтов будет возможность отработать ответ, используя тот, что предложен в упражнении, или сразу же сымпровизировать и предложить свой собственный.

После того, как каждое утверждение клиента и ответ терапевта будут отработаны несколько раз, обучающиеся прекращают выполнение задания, чтобы получить обратную связь от супервизора. Под руководством супервизора ученикам будет дано указание несколько раз в парах отработать сценарий “утверждение–ответ”, перемещаясь вниз по списку. После консультации с супервизором обучающиеся выполняют

**ТАБЛИЦА 1.1. Двенадцать навыков схема-терапии в упражнениях по преднамеренной практике**

Для начинающих	Средней сложности	Для продвинутых учащихся
1. Понимание и сонастройка	5. Обучение выявлению дезадаптивных копинг-режимов	9. Замещающее/ограниченное родительство для режимов Сердитого ребенка и Уязвимого ребенка
2. Поддержка и укрепление режима Здорового взрослого	6. Распознавание переключения дезадаптивных копинг-режимов	10. Замещающее/ограниченное родительство для режимов Карающего/Требовательного внутреннего критика
3. Обучение схемному подходу: начало понимания текущих проблем в терминах схема-терапии	7. Осознание режимов Карающего/Требовательного внутреннего критика	11. Замещающее/ограниченное родительство для дезадаптивных копинг-режимов для совладания со схемами: эмпатическая конфронтация
4. Установление связи между неудовлетворенными потребностями, схемой и существующими проблемами	8. Осознание режимов Сердитого ребенка и Уязвимого ребенка	12. Разрушение поведенческих паттернов с помощью домашних заданий

поочередно все упражнения, начиная с наименее сложных и переходя к более сложным. В тройке (супервизор–клиент–терапевт) будет возможность обсудить, насколько сложны были упражнения для выполнения, и скорректировать их в зависимости от оценки их сложности.

Консультируясь с супервизорами, учащиеся могут решить, над какими навыками они хотят работать и как долго. Основываясь на опыте тестирования, мы пришли к выводу, что для получения максимальной пользы практические занятия должны длиться от одного часа (60 мин.) до 1,25 часа (75 мин.). После этого студенты достигают предела и нуждаются в перерыве.

В идеале, в ходе практических занятий обучающиеся СТ должны приобрести уверенность и достичь компетентности — способности применять навык СТ таким образом, чтобы он был гибким и служил потребностям клиента. Мы выбрали навыки, которые считаем

важными для СТ и которые часто вызывают затруднения у практикующих специалистов.

Навыки, предложенные в этой книге, не являются всеобъемлющими в том смысле, чтобы представлять собой все, чему нужно научиться, чтобы стать компетентным клиницистом по СТ. Некоторые из них будут особенно сложными для обучающихся.

## Цели книги

Основная цель этой книги — помочь начинающим клиницистам достичь компетентности в основных навыках СТ. При этом проявление одного и того же навыка или компетентности может выглядеть по-разному с разными клиентами или даже в рамках сессии с одним и тем же человеком.

Преднамеренные практические упражнения направлены на достижение следующих целей.

1. Помочь схема-терапевтам развить способность применять навыки в различных клинических ситуациях.
2. Переместить навыки в процедурную память [*Squire, 2004*], чтобы схема-терапевты могли обращаться к ним, даже когда устали, напряжены, перегружены или обескуражены.
3. Предоставить схема-терапевтам, проходящим обучение, возможность применять навыки, используя стиль и язык, соответствующие их сущности.
4. Дать терапевтам возможность использовать навыки СТ в ответ на различные высказывания и аффекты клиента, что направлено на формирование у них уверенности в применении навыков в широком диапазоне обстоятельств в различных клиентских контекстах.
5. Предоставить обучающимся схема-терапевтам множество возможностей потерпеть неудачу и затем исправить неудачный ответ на основе обратной связи. Это развивает уверенность и настойчивость.

Наконец, цель этой книги — помочь начинающим терапевтам обнаружить свой собственный стиль обучения, чтобы они могли еще долго

продолжать профессиональное развитие после завершения формального обучения.

## Кому полезна эта книга

Данная книга предназначена для использования в различных контекстах, в том числе на курсах последиplomного образования, в супервизии, последиplomном обучении, для подготовки к сертификации Международного общества по схема-терапии и для программ непрерывного образования. В ней предполагается следующее.

1. Обучающий (преподаватель, тренер, супервизор) ознакомлен со схема-терапией и компетентен в ней.
2. Он может удачно продемонстрировать, как использовать навыки СТ в различных терапевтических ситуациях посредством ролевой игры, или у него есть доступ к примерам демонстрации СТ с помощью видеозаписей сессий психотерапии.
3. Преподаватель может обеспечить обратную связь с обучающимися относительно того, как улучшить или усовершенствовать применение навыков СТ.
4. Учащимся (стажерам, начинающим клиницистам) будет представлена сопутствующая литература, например книги и статьи, объясняющие теорию, исследования и обоснование СТ и каждого конкретного навыка.

Упражнения, описанные в этой книге, были опробованы на 19 учебных площадках четырех континентов (Северная Америка, Европа, Азия и Океания). Книга предназначена для преподавателей и обучающихся из разных стран мира.

Книга также предназначена для тех, кто проходит обучение на всех этапах карьеры, от начинающих специалистов, включая тех, кто никогда не работал с реальными клиентами, до опытных практикующих терапевтов. Все упражнения содержат рекомендации по оценке и корректировке сложности, чтобы точно соответствовать потребностям каждого конкретного ученика. Термин *обучающийся* в этой книге используется в широком смысле и относится к любому человеку, работающему в области профессионального психического здоровья, который стремится приобрести навыки для работы со схема-терапией.

## Преднамеренная практика в обучении психотерапии

Как человек становится экспертом в своей профессиональной области? Что поддается научению, а что человеку сложно выучить в силу его врожденных или неконтролируемых факторов? Подобные вопросы вызывают у нас интерес к экспертам и процессам их становления. Смесь благоговения, восхищения и даже растерянности появляется по отношению к таким людям, как Моцарт, Леонардо да Винчи, и к более современным мастерам, как легенда баскетбола Майкл Джордан и шахматист-виртуоз Гарри Каспаров. Чем объясняются их неизменно высокие профессиональные результаты? Данные свидетельствуют о том, что ключевым фактором в развитии экспертных знаний практически во всех областях является количество времени, потраченное на определенный вид тренировок [Ericsson & Pool, 2016]. Преднамеренная практика — это научно обоснованный метод, способный результативно и надежно повысить эффективность работы.

Концепция преднамеренной практики берет свое начало в классическом исследовании Карла Андерса Эриксона и его коллег, которые обнаружили, что количество и качество времени, затраченного на отработку навыка, являются ключевыми факторами, предсказывающими его освоение и приобретение [Ericsson, 1993]. Они выделили пять основных видов деятельности при изучении и освоении навыков: а) наблюдение за собственной работой; б) получение обратной связи от экспертов; в) постановка небольших последовательных целей обучения, выходящих за рамки возможностей исполнителя; г) повторение конкретных навыков; д) постоянная оценка результатов работы. Эриксон и его коллеги назвали эту работу *преднамеренной практикой*, циклическим процессом, показанным на рис. 1.1.

Исследования доказали, что длительное участие в преднамеренной практике связано с экспертными результатами в различных профессиональных областях, таких как медицина, спорт, музыка, шахматы, компьютерное программирование и математика [Ericsson et al., 2018]. Можно ассоциировать преднамеренную практику с широко известным “правилом 10 тыс. часов”, которое популяризировал Малкольм Гладуэлл в своей книге *Outliers* (Гении и аутсайдеры) в 2008 году, хотя фактическое количество часов, необходимых для достижения экспертности,

варьируется в разных областях и у разных людей [Ericsson & Pool, 2016]. Это, однако, увековечило два заблуждения: во-первых, что это определенное количество часов практики, необходимое каждому для получения опыта, не зависит от области знаний. На самом деле, количество необходимых часов может сильно варьироваться. Второе заблуждение заключается в том, что 10 тыс. часов работы приведут к тому, что человек станет экспертом в данной области. Это заблуждение важно в сфере психотерапии, где часы работы с клиентами традиционно используют в качестве мерила профессиональной квалификации [Rousmaniere, 2016]. Исследования показывают, что само по себе количество опыта не предсказывает эффективность терапевта [Goldberg, Babins-Wagner, et al., 2016; Goldberg, Rousmaniere, et al., 2016]. Возможно, ключевым фактором является качество преднамеренной практики.



Рис. 1.1. Цикл преднамеренной практики

**Примечание.** Из книги *Practice in Emotion-Focused Therapy*, R.N. Goldman, A. Vaz, & T. Rousmaniere, 2021, p. 7] (Преднамеренная практика в эмоционально-фокусированной терапии), Американская психологическая ассоциация (<https://doi.org/10.1037/0000227-000>). Copyright © 2021 by the American Psychological Association.

Признавая ценность преднамеренной практики в других областях, ученые-психотерапевты недавно призвали включить преднамеренную

практику в обучение специалистов в области психического здоровья [Bailey & Ogles, 2019; Hill et al., 2020; Rousmaniere et al., 2017; Taylor & Neimeyer, 2017; Tracey et al., 2015]. Однако есть веские причины ставить под сомнение аналогии, проводимые между психотерапией и другими профессиональными сферами, такими как спорт или музыка, поскольку в сравнении с ними психотерапия намного сложнее и разнообразнее. Спорт имеет четко определенные цели, а классическая музыка следует написанной партитуре. В отличие от этого, цели психотерапии меняются в зависимости от уникальной презентации каждого клиента на каждой сессии. У терапевтов нет возможности следовать нотам.

Вместо этого хорошая психотерапия больше похожа на импровизационный джаз [Noa Kageyama, цит. по Rousmaniere, 2016]. В джазовых импровизациях участники группы создают сложную смесь группового сотрудничества, творчества и взаимодействия. Как и в психотерапии, не бывает двух одинаковых джазовых импровизаций. Однако импровизации не являются случайным набором нот. Они основаны на всестороннем теоретическом понимании и техническом мастерстве, которые развиваются только с помощью постоянной преднамеренной практики. Например, известный преподаватель джаза Джерри Кокер перечисляет 18 областей навыков, которыми должны овладеть студенты-музыканты, каждая из которых состоит из нескольких отдельных навыков, в том числе качества тона, интервалов, аккордовых арпеджио, гамм, паттернов и фишек [Coker, 1990]. В этом смысле, более креативные и искусные импровизации на самом деле отражают регулярную и осознанную отработку и практику приобретенных навыков. Как сказал легендарный джазовый музыкант Майлз Дэвис: “Нужно потратить много времени и усилий, чтобы найти свой стиль” [Cook, 2005].

Основная идея, которую мы хотели бы подчеркнуть, заключается в том, чтобы помочь схема-терапевтам обрести свой собственный стиль, используя преднамеренную практику. Смысл в том, чтобы начинающие терапевты освоили навыки и использовали их при необходимости. Важно практиковать навыки, чтобы они стали частью вашего поведенческого репертуара. Включайте те аспекты, которые подходят именно вам. Постоянная и упорная преднамеренная практика не должна быть препятствием для гибкости и креативности. В идеале она должна их усиливать. Мы признаем и отмечаем, что психотерапия — это встреча с постоянно меняющимся контекстом. Мы ни в коем случае не хотим



сделать ее шаблонной. Сильные схема-терапевты сочетают красноречивую интеграцию ранее приобретенных навыков с правильно сонастроенной гибкостью. Представленные в книге базовые “ответы”, основанные на СТ, являются скорее сценариями или возможностями, а не “правильными ответами”. Пожалуйста, интерпретируйте и применяйте их по своему усмотрению, чтобы они имели смысл. Гибкая и импровизационная игра поощряется!

## Обучение мастерству на основе симуляции

В преднамеренной практике используют обучение мастерству на основе симуляции [Ericsson, 2004; McGaghie et al., 2014]. То есть, стимульный материал для обучения состоит из “выдуманных социальных ситуаций, имитирующих проблемы, события или условия, возникающие на профессиональных встречах” [McGaghie et al., 2014, p. 375]. Ключевой компонент этого подхода в том, что стимулы, используемые в тренинге, настолько похожи на реальный опыт, что вызывают схожие реакции. Это способствует *зависящему от состояния обучению*, когда профессионалы приобретают навыки в той же психологической среде, в которой они в итоге будут их применять [Fisher & Craik, 1977; Smith, 1979]. Например, пилоты тренируются на авиасимуляторах, представляющих механические поломки и опасные погодные условия, а хирурги занимаются на хирургических симуляторах, представляющих медицинские осложнения. Тренировки на симуляторах со сложными стимулами повышают способность профессионалов к эффективной работе в условиях стресса. Для упражнений по психотерапии, приведенных в этой книге, “симуляторами” являются типичные высказывания клиентов, которые могут быть представлены в ходе терапевтических сессий и требуют использования конкретного навыка.

## Декларативные и процедурные знания

*Декларативные знания* — это то, что человек может понять, написать или рассказать. Сюда часто относят фактическую информацию, которую можно сознательно вспомнить, ее часто приобретают относительно быстро. В отличие от этого, процедурное научение неявно заложено в памяти и “обычно требует повторения деятельности, а уровень связанного с ним научения демонстрируется через улучшение

выполнения задания” [Koziol & Budding, 2012, p. 2694]. *Процедурные знания* — это то, что человек может использовать, особенно в условиях стресса [Squire, 2004]. Между декларативными и процедурными знаниями могут быть значительные различия. Например, “квотербек в кресле” — это человек, который хорошо понимает и говорит об атлетике, но с трудом выполняет свои обязанности на профессиональном уровне. Аналогично, большинство танцевальных, музыкальных или театральных критиков способны очень хорошо писать о своих отраслях, но будут в замешательстве, если их попросят исполнить то, о чем они пишут.

**“Золотой серединой” преднамеренной практики является разрыв между декларативными и процедурными знаниями.** Другими словами, требующую усилий практику следует направить на те навыки, о которых обучающийся может написать хорошую статью, но с трудом сможет выполнить их в реальных условиях. Мы начинаем с декларативных знаний, теоретически изучая навыки и наблюдая, как их используют другие. После изучения, с помощью преднамеренной практики, мы работаем над развитием процедурного научения, с целью создания у терапевтов “автоматического” доступа к каждому из навыков, который они могут использовать в случае необходимости.

Давайте обратимся к теоретической базе в области СТ, чтобы контекстуализировать навыки, изложенные в книге, и определить, как они вписываются в общую модель обучения.

## Обзор схема-терапии

Схема-терапия (СТ), опирающаяся на теорию психологии развития и исследования привязанности [Cassidy & Shaver, 1999] и межличностную нейробиологию [Siegel, 1999], уникальна в своей стратегической интеграции эмпирических, когнитивных и поведенческих интервенций, разрушающих паттерны, в отличие от общих эклектических подходов. Интегративный подход СТ может объяснить значительный эффект, обнаруженный в исследованиях результатов индивидуального и группового лечения [Farrell et al., 2009; Giesen-Bloo et al., 2006]. Эти исследования продемонстрировали ослабление симптомов, улучшение общего функционирования и значимые, устойчивые изменения личности.

## Основные концепции схема-терапии

В схема-терапии предполагается, что трудности во взрослой жизни могут быть связаны с неудовлетворенными глубинными эмоциональными потребностями в детстве. Эти глубинные потребности:

- надежная привязанность/соединение с другими (включает в себя привязанность, сочувствие, безопасность, стабильность, заботу и принятие);
- поддержка автономии, компетентности и чувства идентичности;
- свобода и асертивность, чтобы выражать обоснованные потребности, мысли, мнения и эмоции спонтанно и в игровой форме;
- реалистичные границы и самоконтроль.

*Ранние дезадаптивные схемы (РДС)* — черты личности, которые включают в себя неоспоримые и жестко закрепленные дезадаптивные “истины” (убеждения о себе, мире и об отношениях с другими людьми). Они могут формироваться в ответ на неудовлетворенные потребности, вызывая сильные эмоции, жесткие убеждения и телесные ощущения, а также импульсы к реагированию, когда возникает триггер: условия, напоминающие ранний жизненный опыт, чтобы заглушить невыносимую боль, связанную с активацией РДС.

Психологические расстройства можно описать и понять в терминах функционирования схем и режимов. Концепция режимов предоставляет клиенту и клиницисту удобный язык для определения этих саморазрушающих моделей поведения. Агрессия, враждебность, манипуляции, доминирование, стремление к одобрению, стремление к стимуляции, злоупотребление психоактивными веществами, чрезмерное подчинение, зависимость, чрезмерная самодостаточность, компульсивность, торможение, социальная изоляция и эмоциональное избегание, а также интернализированные требовательные, критические и карающие режимы — все это просто объяснить в терминах режимов как саморазрушительные реакции на активацию схемы или как интернализированные самокритические, самотребовательные или самонаказывающие послания. Клиенты, страдающие тяжелыми расстройствами личности, чаще “переключают” режимы из-за повышенной чувствительности к окружающим, межличностным и внутриличностным триггерам, что вызывает внезапные “поведенческие переключения” и чрезмерно интенсивные реакции. Режимы также могут оставаться жестко закрепленными

в качестве стандартных способов существования, как в случае многих клиентов с избеганием.

Считается, что РДС возникают в результате взаимодействия неудовлетворенных основных детских потребностей, врожденного темперамента и другого раннего опыта окружающей среды: природы и воспитания. Они становятся имплицитными способами восприятия мира в особых и привычных условиях, т.е. планом жизни и представлением о том, как устроен мир. Идентифицированные Джеффри Янгом и представленные в приложении В 18 РДС основаны на гипотетических базовых потребностях ребенка [Young et al., 2003]. В СТ определение РДС шире, чем в когнитивно-поведенческой терапии, поскольку включает в себя воспоминания, телесные ощущения, эмоции и когниции. Эти схемы формируются в детском и подростковом возрасте и развиваются на протяжении всей взрослой жизни. РДС сохраняются, потому что “отбирают” новый опыт, как внутренний, так и внешний, и искажают его смысл, чтобы укрепить РДС. Реакции РДС могли быть адаптивными на ранних этапах жизни (копинг-режимы — варианты реакций выживания “бей”, “беги” или “замри”), но в зрелом возрасте они становятся дезадаптивными и мешают людям удовлетворять их потребности. РДС становятся нездоровыми глубинными убеждениями и правилами, в которые человек безоговорочно верит. Находящиеся в “спящем состоянии”, РДС становятся легко доступными, когда их активируют внутренние (имплицитная память и сенсорная система) или внешние сигналы (взаимодействие с другими людьми, определенные образы, звуки, запахи).

*Копинг-режимы для совладания со схемами* были определены Янгом и его коллегами как “текущее эмоциональное, когнитивное, поведенческое и нейробиологическое состояние, которое испытывает человек” [Young et al., 2003, p. 43]. Их можно рассматривать как части “я”, которые “запускаются” при активации РДС. Джеффри Янг и коллеги описали четыре типа режимов: режимы *Здорового взрослого*, *Требовательного/Карающего внутреннего критика*, *Дезадаптивные копинг-режимы* и режимы *Внутреннего ребенка*. Их описание приведено в приложении В.

## Цели схема-терапии в терминах режимов

В этой книге представлены 12 основных навыков схема-терапии. Важно рассмотреть значимость этих навыков для достижения целей СТ. Основная цель — формирование и укрепление режима *Здорового*

взрослого, чтобы человек мог вести эмоционально полноценную и счастливую жизнь. Укрепление режима Здорового взрослого означает, что человек получает более широкий доступ к осознанности и эмпатии, заботливому и продуманному принятию решений, а также к адаптивным навыкам, когда “срабатывают” дисфункциональные режимы. На ранних стадиях СТ это — цели терапевта, которые рассматриваются как часть процесса ограниченного родительства. На стадии автономии эти цели становятся целями режима Здорового взрослого клиента.

1. Забота о режиме Уязвимого ребенка. Это функция внутренней части Хорошего родителя режима Здорового взрослого.
2. Развитие осознания дезадаптивных копинг-режимов, чтобы иметь возможность выбирать более эффективные реакции, удовлетворяющие текущую потребность без негативных результатов.
3. Понимание и направление гневных или импульсивных/неконтролируемых реакций режима Внутреннего ребенка в ассертивные и эффективные способы удовлетворения потребностей.
4. Уменьшение власти и контроля режима Требовательного/Карающего внутреннего критика и разработка способов позитивной мотивации с принятием ошибок как части процесса обучения и ответственности за них, что включает в себя установление разумных ожиданий и стандартов.
5. Умение “вызывать” режим Счастливого ребенка, чтобы использовать возможности для радости и игры.
6. Способность обращаться к компетентности режима Здорового взрослого.

## Этапы схема-терапии

Курс СТ обычно состоит из трех этапов: установление связи и эмоциональная регуляция, изменение режима и автономия [Young et al., 2003]. Порядок этих этапов можно менять, определять последовательность индивидуально, учитывая потребности и возможности клиента и терапевта. В табл. 1.2 представлена взаимосвязь между этапами СТ, ее четырьмя основными компонентами (описаны в следующем разделе) и навыками преднамеренной практики СТ из табл. 1.1.

## Четыре основных компонента интервенций схема-терапии

### Ограниченное родительство

Это метод, который включает в себя и роль терапевта, и саму интервенцию. Считается, что *ограниченное родительство* является неотъемлемой частью процесса изменений в СТ. Оно обеспечивает корректирующий эмоциональный опыт, необходимый для исцеления от РДС, и дает основу для удовлетворения потребностей. Эта основа позволяет сформировать более позитивные и адаптивные ключевые убеждения. При ограниченном родительстве терапевт моделирует активный выбор здорового и адаптивного поведения, чтобы сократить использование дезадаптивных копинг-режимов для совладания со схемами. Ограниченное родительство предоставляет ответы и сообщения в духе Хорошего родителя, чтобы уменьшить силу влияния режима Требовательного/Карающего внутреннего критика.

В целом, схема-терапевт удовлетворяет потребности клиента, как это сделал бы Хороший родитель, ограничиваясь этическими рамками терапии. В процессе ограниченного родительства схема-терапевт обеспечивает безопасность, понимание и комфорт для режима Уязвимого ребенка, слушает и признает потребности Сердитого ребенка, противостоит режиму Импульсивного или Недисциплинированного ребенка и устанавливает здоровые границы. Клиенты в режиме Уязвимого ребенка нуждаются в терапевте, который будет выполнять роль Хорошего родителя, использующего родительские слова и тон в разговоре с маленьким ребенком, который одинок, напуган, опечален и т.д. Схема-терапевты становятся твердыми и решительными защитниками Уязвимого ребенка, выявляя и противостоя дезадаптивным копинг-режимам или режимам Внутреннего критика, сопереживая лежащим в их основе чувствам и потребностям и одновременно оспаривая эффективность предпринятых действий. Клиенты с расстройствами личности или комплексными психологическими травмами нуждаются в таком активном “перевоспитании” на ранней стадии терапии, поскольку они часто находятся в режимах Ребенка, их режим Здорового взрослого плохо развит.

По мере развития здоровых режимов клиента терапевт меняет свое поведение, он осуществляет “здоровое” родительство для подростка и моделирует “здоровые” поведенческие паттерны для развивающегося

ТАБЛИЦА 1.2. Двенадцать навыков в контексте этапов схема-терапии

Составляющие схема-терапии	Преднамеренная практика навыков
<b>Установление связи и эмоциональная регуляция</b>	
Ограниченное родительство	<p>Навык 1. Понимание и сонстройка</p> <p>Навык 3. Обучение схемному подходу: начало понимания текущих проблем в терминах схема-терапии</p> <p>Навык 4. Установление связи между неудовлетворенными потребностями, схемой и существующими проблемами</p>
<b>Этап изменений</b>	
Осознание режимов	<p>Навык 5. Обучение выявлению дезадаптивных копинг-режимов</p> <p>Навык 6. Распознавание переключения дезадаптивных копинг-режимов</p> <p>Навык 7. Осознание режимов Требовательного/Карающего внутреннего критика</p> <p>Навык 8. Осознание режимов Сердитого ребенка и Уязвимого ребенка</p>
Ограниченное родительство, исцеление режимов	<p>Навык 9. Замещающее/ограниченное родительство для режимов Сердитого ребенка и Уязвимого ребенка</p> <p>Навык 10. Замещающее/ограниченное родительство для режимов Требовательного/Карающего внутреннего критика</p> <p>Навык 11. Замещающее/ограниченное родительство для дезадаптивных копинг-режимов: эмпатическая конфронтация</p>
<b>Автономия</b>	
Управление режимами	<p>Навык 2. Поддержка и укрепление режима Здорового взрослого</p> <p>Навык 12. Разрушение поведенческих паттернов с помощью домашних заданий</p>

**Примечание.** Выделенные строки представляют собой три этапа схема-терапии. Каждый этап содержит один или несколько из четырех составляющих схема-терапии: ограниченное родительство, осознание режима, исцеление режима и управление режимом.

взрослого. Клиенты по-прежнему нуждаются в связи с терапевтом на более позднем этапе терапии, но большую часть “родительства” от того, что они интернализировали, они уже могут осуществлять самостоятельно, превращаясь в своего развитого и сформировавшегося Здорового взрослого [Younan et al., 2018]. Схема-терапевты стремятся признать, что стратегии, в том числе использование языка, уровень сложности и время/темпы применения стратегий, должны учитывать и соответствовать возможностям развития клиента, коморбидным проблемам и любым проблемам риска.

Ограниченное и адаптивное родительство начинается с тщательной оценки и концептуализации схем, что определяет цели и стратегии лечения. Терапевт находится в активных, поддерживающих и подлинных отношениях с клиентом, представляющих собой безопасную связь и демонстрирующих человеческую реальность, лишённую терапевтического жаргона и иерархической позиции. Клиента приглашают выражать уязвимость — эмоции и потребности. Терапевтические отношения, хотя и ограничены этическими нормами, способны удовлетворить критические потребности клиента: восполнить недостатки через моделирование и зеркальное рефлексирование, а также переосмыслить способы испытать надёжную привязанность. В идеале клиент сможет почувствовать себя ценным и достойным, иногда впервые. В начале лечения терапевт часто и сознательно заверяет клиента в его ценности, защищённости, стабильности, безопасности, принятии, сочувствии, поддержке, защите и идентичности. Терапевтические отношения помогают клиентам научиться эффективно удовлетворять свои потребности, совершенствовать навыки межличностного общения, достигать автономии и при этом поддерживать здоровую связь. Подход СТ к удовлетворению потребностей в рамках профессиональных границ значительно отличается от подхода большинства других терапевтических моделей, основанных на режиме Здорового взрослого и соответствующих навыках. В остальных терапевтических моделях не учитывают режимов и навыков клиентов, слишком рано фокусируются на удовлетворении клиентами их собственных потребностей, когда у них ещё не было такого опыта. Упражнения 1–4, 9–11 в этой книге включают в себя аспекты ограниченного родительства.



## Осознание режимов

Обычно *осознание режима* является первым шагом на этапе изменения режима при курсе лечения. Эти интервенции, в основном, носят когнитивный характер. Работа по осознанию режима учит клиента замечать, когда режим “запускается”, определять активированную схему и текущую потребность (более подробно о взаимосвязи между копинг-режимами для совладания со схемами и базовыми, неудовлетворенными, потребностями см. в приложении В). Клиенты могут идентифицировать свои мысли, чувства, физические ощущения и воспоминания, когда активирован тот или иной режим. Они учатся связывать свои реакции в настоящем с детским опытом, на основе которого сформировались РДС и копинг-режимы. Когда клиенты связывают свою текущую ситуацию с воспоминаниями из детства, они лучше понимают корни своих схем и режимов [Farrell et al., 2014]. Осознание режимов необходимо клиенту для того, чтобы сделать осознанный выбор: позволить режиму продолжаться или “переключиться” на режим Здорового взрослого и использовать свои навыки. Упражнения 6–8 направлены на осознание настроения, что является составной частью схема-терапии.

## Управление режимами

Навыки *управления режимом* позволяют использовать осознание режима для выбора более эффективных ответных реакций. Для изменения режима необходимо его осознание, но этого недостаточно. Клиент и терапевт оценивают, удовлетворит ли дезадаптивная реакция на режим их текущую потребность или более эффективно будет применить другое действие. В процессе работы по управлению режимом разрабатывается и реализуется альтернативный, более эффективный план удовлетворения потребности. Составляющая СТ, связанная с управлением режимом, содержит когнитивные, поведенческие и эмпирические техники, а также техники, основанные на опыте. Терапевт выявляет и оспаривает барьеры клиента на пути к изменению, такие как действия, когнитивные искажения или убеждения, поддерживающие дезадаптивное поведение при активированном режиме. Планы по управлению режимом — мощный метод, позволяющий перенести работу СТ по разрушению поведенческих паттернов из терапевтического

кабинета в повседневную жизнь клиента [Farrell et al., 2018]. В упражнениях 2 и 12 есть элементы управления режимами. В целом, большая часть этой работы относится к третьему этапу схема-терапии.

### **Исцеление режимов**

*Исцеление режима* означает эмпирическую работу с ним, которая начинается с корректирующего эмоционального опыта терапевтических отношений (ограниченного родительства), а затем включает в себя визуальные образы, рескриптинг образов, диалоги и ролевые игры при активированном режиме, креативную работу по символизации позитивного опыта. Эти интервенции СТ разработаны для того, чтобы проникнуть глубоко в эмоциональный и соматический уровни осознания, нацеливаясь на ранние переживания и “переписывая” опыт, который может привести к устойчивым уровням изменений. Навыки, описанные в упражнениях 9–11, являются частью исцеления режимов. Методы исцеления режимов могут быть творческими и символическими, например, при помощи искусства или письменных материалов для облегчения вспоминания клиентом и эмоционального повторного переживания событий, противоречащих схеме [Farrell et al., 2014].

### **Концептуализация случая в схема-терапии**

СТ опирается на комплексную концептуализацию случая, которая направляет работу и идентифицирует схемы, режимы и неудовлетворенные потребности клиента. Концептуализация случая СТ (скачать образец можно на сайте <https://schematherapysociety.org>) предлагает взаимно согласованную оценку терапевта и клиента того, как текущие жизненные проблемы и отсутствие удовлетворения могут быть связаны со схемами и режимами, обеспечивая терапевтическую “дорожную карту” для формулирования и навигации по продуманному плану терапии. Концептуализация СТ также содержит оценку специалистом терапевтических отношений, в том числе оценку параллельного процесса наблюдений и поведенческих реакций терапевта и клиента от момента к моменту, во время сессии, а также личных чувств терапевта по отношению к клиенту. Каждый навык в этой книге направлен на схему или на режим, а часто на оба, и разработан как шаг

в достижении одной из целей терапии для данного клиента. Обзор некоторых основных концепций СТ см. в приложении В.

## Доказательная база схема-терапии

Доказательная база эффективности СТ содержит несколько крупных рандомизированных контролируемых исследований индивидуальной и групповой СТ для лечения пограничного, избегающего и зависимого расстройств личности, посттравматического стрессового расстройства, комплексных психологических травм, диссоциативного расстройства идентичности, расстройств пищевого поведения и хронической депрессии (краткое описание приведено в [Farrell & Shaw, 2022]). Эффективность СТ, о которой сообщалось в этих исследованиях, включает в себя ослабление психиатрических симптомов, а также улучшение функционирования и качества жизни клиента. В ходе качественных исследований установлено, что клиенты и терапевты предпочитают методы СТ другим моделям [de Klerk et al., 2017].

## Роль преднамеренной практики в обучении схемному подходу

Обучение схемному подходу уже содержит значительное количество диадической практики. Пятнадцать из 40 часов базового обучения, необходимых для получения международной сертификации по СТ, должны быть диадическими. Важность практики клинических навыков получила эмпирическое подтверждение в исследовании, в котором изучалась роль практики в подготовке эффективных схема-терапевтов. Лотте Бамелис и ее коллеги обнаружили, что терапевты, прошедшие обучение с упором на практику (ролевое проигрывание конкретных техник с немедленной обратной связью), лучше подготовлены к применению техник с реальными клиентами, чем те, кто проходил обучение только на основе лекций [Bamelis et al., 2014].

Мы считаем, что подход преднамеренной практики, включающий в себя определение основных микронавыков, поощрение клиницистов отслеживать результаты работы с клиентами и систему практики, созданную для поддержания терапевтов в зоне проксимального развития, соответствует подходу СТ к обучению и должен улучшить его

текущие программы. Цель преднамеренной практики — поддержать терапевтов в создании собственных навыков. Что соответствует подлинности и гибкости, которых требует эффективная схема-терапия.

## Замечание о тоне голоса и позе тела

В тренинге по СТ подчеркивается необходимость внимания к невербальным и паралингвистическим сигналам, которые подают клиент и терапевт. Эффективная СТ включает в себя внимательное, ежеминутное “чтение” терапевтом коммуникации клиента, выраженной вербально и невербально. Терапевт, в свою очередь, обучается осознавать свой собственный тон голоса, выражение лица и позу тела, чтобы передать отношение теплоты, эмпатии, искреннего любопытства и открытости в своих ежеминутных ответах. При работе с каждым навыком СТ, рассматриваемым в этой книге, терапевтам следует обращать внимание на свои невербальные межличностные качества, такие как тон голоса и поза тела, и тренировать их. Кроме того, изучающим схему-терапию полезно посмотреть записанные примеры ее проведения специалистами, чтобы наблюдать ключевые принципы в действии.

## Обзор структуры книги

Эта книга состоит из трех частей. Часть I содержит эту главу и главу 2, в которой даны основные инструкции по выполнению упражнений, представленных в книге. В ходе тестирования мы обнаружили, что слишком большое количество инструкций в начале книги перегружает преподавателей и учащихся, и в результате они их пропускают. Поэтому мы сделали инструкции максимально краткими и простыми, чтобы сосредоточиться только на самой важной информации, которая понадобится тренерам и ученикам для начала работы с упражнениями. Дополнительные рекомендации по получению максимальной пользы от преднамеренной практики приведены в главе 3, а дополнительные инструкции по контролю и корректировке сложности упражнений — в приложении А. **Не пропускайте инструкции в главе 2 и обязательно прочтите дополнительные рекомендации и инструкции в главе 3 и приложении А, как только освоите основные инструкции.**

Часть II содержит 12 ориентированных на развитие навыков упражнений, упорядоченных по степени сложности: для начинающих, среднего уровня сложности и для продвинутых клиницистов (см. табл. 1.1). Каждое содержит краткий обзор упражнения, примеры взаимодействия клиента и терапевта, которые помогут сориентировать обучающихся, пошаговую инструкцию по проведению упражнения и список критериев овладения соответствующим навыком. Затем представлены утверждения клиента и примеры ответов терапевта, также организованные по уровням сложности (начинающий, средний и для продвинутых). Утверждения и ответы представлены отдельно, чтобы ученик, играющий терапевта, имел больше свободы в импровизации ответов, не подвергаясь влиянию образцов, к которым следует обращаться только в случае, если ему трудно давать собственные ответы.

Последние два упражнения части II предоставляют возможность отработать 12 навыков в рамках смоделированных психотерапевтических сессий. Упражнение 13 является образцом сценария психотерапевтической сессии, в которой используются и четко обозначены все навыки СТ, демонстрируя тем самым, как они могут сочетаться в реальной терапевтической сессии. Учащимся предлагают просмотреть образец сценария, в котором один из них играет терапевта, а другой — клиента, чтобы получить представление о том, как может проходить сессия. Упражнение 14 содержит рекомендации по проведению имитационных сессий, а также примеры случаев клиентов, упорядоченные по степени сложности (для начинающих, средний уровень и для продвинутых), которые можно использовать для импровизированных ролевых игр.

Часть III содержит главу 3, в которой даны дополнительные рекомендации для преподавателей и студентов. В то время как глава 2 носит более процедурный характер, глава 3 охватывает вопросы более «крупным планом». В ней выделены шесть ключевых моментов для получения максимальной пользы от преднамеренной практики и описана важность надлежащей отзывчивости, внимания к самочувствию учеников и уважения их частной жизни, а также самооценки преподавателя, среди прочих тем.

Книга завершается четырьмя приложениями. Приложение А содержит инструкции по контролю и корректировке уровня сложности каждого упражнения по мере необходимости. В нем приводится форма «Реакции на преднамеренную практику», которую ученик, играющий

терапевта, должен заполнить, чтобы указать, насколько сложным для него является упражнение. Приложение Б включает в себя Дневник преднамеренной практики, в котором ученики могут исследовать и записывать свой опыт во время практики. Приложение В содержит обзор ключевых концепций СТ, которые практиканты могут изучить, чтобы руководствоваться ими при выполнении упражнений в этой книге. В приложении Г представлен примерный план сессий, демонстрирующий, как интегрировать 14 упражнений по преднамеренной практике и другие вспомогательные материалы в более широкий курс обучения СТ. Учащиеся могут изменить этот план или выбрать его элементы для включения в свои собственные курсы.

Загружаемые англоязычные версии приложений к этой книге, в том числе цветную версию формы “Реакции на преднамеренную практику”, можно найти среди ресурсов для клиницистов и практиков в Интернете (<https://www.apa.org/pubs/books/deliberate-practice-schema-therapy>).