

УДК 616.89-008.44+159.942]-085

Мельниченко В.В.

КЛИНИКО-ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СХЕМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЕЙ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Серьезная проблема точного определения и описания личностной дезорганизации отражена в многочисленных исследованиях за последние несколько десятилетий [1]. В.Мишель и Ю.Шода [2] независимо от А.Бека и А.Фримена [3] разработали теоретические основы нормальной и дисфункциональной личности, которые фундаментально интегрируют четыре основных компонента личности (познание, эмоции, мотивацию и поведение) для объяснения развития, поддержания и течения личности и личностных нарушений.

В. Мишель и Ю. Шода разработали когнитивно-аффективную системную теорию личности, чтобы примирить концепцию личности, подразумевающую, что поведение устойчиво во времени, с эмпирическими данными, показывающими, что на поведение сильно влияют ситуационные факторы. В этой системе личность представляет собой относительно устойчивую структуру познания, аффекта и мотивации, которая обуславливает отбор, интерпретацию и проявление поведенческих и эмоциональных реакций на индивидуально обусловленные особенности окружающей среды.

Когнитивная теория расстройств личности А.Бека и А.Фримена включает те же четыре психологических процесса. Она конкретизирует, что генетическая предрасположенность и опыт окружающей среды объединяются, образуя схемы, когнитивные структуры, которые интерпретируют информацию и придают смысл событиям в мире. Сочетание предвзятой обработки информации и негативных представлений о себе, других и межличностных отношениях порождает аффект, влияет на мотивацию и в конечном итоге сужает ответные тенденции индивида до небольшого набора чрезмерно используемых эмоциональных и поведенческих диспозиций, которые формируют основные клинические признаки дисфункции личности.

Чтобы объяснить связи между различными и разнородными элементами—симптомами, дисфункциональными формами поведения и плохим социальным функционированием - составляющими личностной дезорганизации, необходимо смоделировать самогенез структурных изменений, который изображает дисфункции, связи между ними и то, как их взаимодействие поддерживает психические расстройства с течением времени. На наш взгляд, наиболее вероятными элементами такого самогенеза, учитывая ранее предложенные компоненты личности, являются: а) проблемное содержание (мысли и эмоции), субъективно переживаемые как состояния сознания и организованные в виде нарративов; б) недостатки метакогниции - способности рефлексировать над собственными и чужими психическими состояниями; в) патогенные межличностные схемы; и г) дезадаптивные процессы принятия решений (саморегуляция). Эти элементы изменяются и взаимодействуют у пациентов в условиях их жизни с психической «болезнью», образуя типичные патологические организации.

Структура или организация личности - это теоретические понятия, характеризующие фундаментальную «операционную систему» или лежащую в ее основе устойчивую конфигурацию личности, которая, в свою очередь, проявляется в конкретных способах функционирования личности, которые могут быть феноменологически наблюдаемы и оценены. Дезорганизация личности представляет собой реструктуризацию свойств, особенностей и ресурсных возможностей личности в процессе существования субъекта в актуальной психопатологической реальности [4]. По отношению к пациенту дезорганизация личности выступает специфическим образованием, онтологическим основанием которого является нарушение целостности, идентичности и экзистенциальной исполненности человека.

Психотерапевтические вмешательства, направленные на восстановление личностной структуры, включают широкий спектр методов лечения из основных психотерапевтических школ, таких как психодинамическая психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) или клиент-центрированная терапия. Кроме того, в последние десятилетия было разработано несколько конкретных психотерапевтических подходов для решения анализируемых проблем, которые четко структурированы и последовательны. Наиболее часто используются: трансферентно-ориентированная терапия (ТФТ), диалектическая поведенческая терапия (ДБТ), ментализационная терапия (МБТ), схемно-ориентированная терапия (СТ) и системный тренинг эмоциональной предсказуемости и решения проблем (СТЭПП). Большинство из этих методов лечения разработаны как амбулаторная психотерапия продолжительностью от шести до 12 месяцев с одним или двумя еженедельными индивидуальными сеансами. Некоторые также включают дополнительные сеансы групповой терапии.

Диалектическая поведенческая терапия (ДБТ) [5] - это комплексное психологическое вмешательство, разработанное с использованием некоторых принципов КПТ в сочетании с основанными на осознанности и системными стратегиями. Она направлена на изменение поведения и способности сдерживать трудные чувства, сосредоточившись на улучшении навыков, стрессоустойчивости, регуляции эмоций, межличностного поведения и осознанности.

Терапия, основанная на ментализации (МБТ) [6], представляет собой комплексное психоаналитически обоснованное психологическое вмешательство, которое направлено на повышение рефлексивной или ментализирующей способности индивида, помогая человеку понять и распознать чувства, которые он вызывает у других, и чувства, которые он испытывает сам.

Схема-ориентированная терапия (СТ) [7] опирается как на поведенческие, так и на психоаналитические теории и помогает людям идентифицировать свои саморазрушительные тематические основы, возникающие из неудовлетворенных эмоциональных потребностей в детстве и представляющие собой дезадаптивные стили совладания во взрослом возрасте.

Психотерапия, ориентированная на перенос (ТФТ) [8] стремится достичь интегрированных представлений о себе и других, модификации примитивных защитных операций

и разрешения диффузии идентичности путем анализа переноса в терапевтических отношениях. Примитивные объектные отношения (например, расщепленные, поляризованные) могут трансформироваться в более продвинутые (например, дифференцированные, интегрированные).

Таким образом, современные психотерапевтические подходы предполагают несколько иные механизмы действия в соответствии с лежащими в их основе специфическими этиологическими моделями. Общим элементом является то, что они стремятся облегчить дезорганизацию личности с помощью вербальной коммуникации. Психоаналитическая терапия обычно подчеркивает и использует терапевтические отношения как модель для других отношений, в то время как когнитивно-поведенческая терапия в основном нацелена на приобретение нового опыта обучения и общих навыков управления собой.

Более предметно необходимо остановиться на таком компоненте личности как эмоциональная регуляция, которая доступна непосредственному объективному наблюдению во время вербальной коммуникации в течении психотерапевтической сессии. Эмоциональная регуляция-это многомерная конструкция, состоящая из следующих черт: осознание и принятие эмоций; навыки участия в поведении, направленном на цель; гибкое использование соответствующих стратегий для модуляции интенсивности контекста и продолжительности эмоциональной реакции [9]. Принятие эффективных стратегий эмоциональной регуляции считается одним из фундаментальных аспектов индивидуальной адаптации.

«Золотым» стандартом восстановления эмоциональной регуляции при состояниях личностной дезорганизации является - схемная терапия (СТ), согласно которой, стабильные и устойчивые ранние дезадаптивные схемы (СУРДС) лежат в основе хронизации психических расстройств на фоне структурных нарушений личности. Термин «схема» происходит из теории обработки информации, которая утверждает, что информация сортируется в человеческой памяти по темам [10]. Идея состоит в том, что переживания хранятся в нашей автобиографической памяти посредством диаграмм ранних лет жизни [11]. Паттерны состоят из чувственных восприятий, переживаний, эмоций и приписываемого

им значения, так что ранние детские переживания сохраняются на невербальном уровне [12]. Схемы действуют как фильтры, через которые индивиды упорядочивают, интерпретируют и предсказывают мир. Поскольку СУРДС рассматриваются как эго-синтонные, терапевты считают, что у пациентов с хроническими психическими расстройствами отсутствует мотивация к их изменению.

В терапии работа с множеством схем одновременно может оказаться очень трудной. По этой причине Дж. Янг ввел понятие схемных режимов - модусов - относительно независимо организованных паттернов мышления, чувств и поведения, лежащих в основе различных состояний сознания; они могут быть непосредственно наблюдаемыми и измеримыми, потому что представляют собой мгновенные эмоциональные и когнитивные состояния и копинг-реакции, которые активны в данный момент времени. Модусы запускаются эмоциональными событиями, и индивид может очень быстро переходить из одного режима в другой (осциллирующие диады в психодинамических терминах). По сравнению со стандартным КППТ, СТ отводит центральную роль концепции репаративных терапевтических отношений (например, ограниченное перерождение) и эмоционально-ориентированным эмпирическим техникам (например, рескрипция образов и работа на стуле). Эти реляционные и эмпирические методы могут преодолеть некоторые ограничения стандартного подхода КППТ, такие как недостаточное внимание, уделяемое сложным и проблемным эмоциональным состояниям. Улучшение когнитивных функций не обязательно означает улучшение регуляции эмоций [13]. Доказано, что рациональные когнитивные языковые системы независимы от систем, основанных на эмоциях. Для понимания этого была предложена модель взаимодействующих когнитивных подсистем [14], которая различает две системы: пропозициональную систему кодирования значений, основанную на языке, который может быть оценен и непосредственно подвержен влиянию сенсорной информации, и импликационную систему кодирования значений, которая разрабатывает опыт из широкого спектра источников, включая специфические паттерны косвенного сенсорного ввода. Отсюда следует - если терапевт хочет изменить дисфункциональные поведенческие паттерны, он должен работать на уровне им-

пликационной системы кодирования и активировать целевые эмоциональные состояния.

Другим ключевым фактором в СТ является роль терапевтических отношений. СТ фокусируется на болезненных детских переживаниях, которые были центральными в развитии СУРДС пациента. Таким образом, СТ включает в себя попытку заново пережить и передать наиболее уязвимые состояния детства, те, в которых ребенок отчаянно нуждался в заботе взрослых, но не получал ее.

В СТ собственно эмоции и механизмы их регуляция строго связаны с понятием режима схемы - модусами. Обычно они активируются внешними стимулами или внутренними состояниями, являются преходящими по определению и могут включать как адаптивные, так и дезадаптивные реакции [15]. В частности, дисфункциональный режим характеризуется дезадаптивными схемами или копинг-реакциями, выливающимися в тревожные эмоции, реакции избегания или саморазрушительное поведение, которые влияют на поведение индивида и контролируют его эмоциональное функционирование. Основная концепция теории модусов состоит в том, что различные психические состояния имеют различные цели и связаны с различными базовыми потребностями. Первая цель терапевта - понять и концептуализировать модель функционирования субъекта.

Существует четыре макро-категории режимов [16]. Первая макро-категория модусов-это дезадаптивные детские модусы, которые развиваются, когда определенные базовые эмоциональные потребности не были адекватно удовлетворены в детстве. С точки зрения науки о регуляции эмоций, детские модусы характеризуются специфическими дисрегулируемыми эмоциями (гнев, стыд, печаль и т. д.). Под дисрегулируемыми эмоциями мы подразумеваем преувеличенный аспект одного из компонентов эмоциональной реакции (начало, продолжительность, сила, тип или выражение). Вторая макро-категория режимов-дисфункциональные режимы совладания, которые отражают дисфункциональные регуляторные стратегии или стили совладания (сверхкомпенсация, избегание или капитуляция). С точки зрения науки о регуляции эмоций, способы совладания являются проблемными регуляторными стратегиями, которые могут вызвать мгновенное облегчение в краткосрочной перспективе, но вызывают

и поддерживают дисрегулированные эмоциональные состояния в долгосрочной. Третья макро-категория режимов-это дисфункциональный родитель - модусы, отражающие интернализированные установки и мнения родителей (или других значимых лиц) по отношению к пациенту в детстве. Родительские режимы являются основным источником дисрегулируемых эмоций. Эти модусы являются дисрегуляторными механизмами, которые генерируют наиболее тяжелые дисрегуляторные эмоции. Последняя макро-категория режимов-это интегративные адаптивные режимы, охватывающие режим здорового взрослого, который включает в себя функциональные когнитивные способности, мысли и поведение [17], и режим счастливого ребенка, который чувствует себя спокойно, потому что все основные эмоциональные по-

требности в настоящее время удовлетворены [18]. С точки зрения науки о регуляции эмоций, счастливый взрослый может рассматриваться как совокупность самоуспокоительных, позитивных, основанных на переоценке и принятии регуляторных стратегий, которые регулируют эмоции и создают счастливое детское состояние ума.

Первая макро-категория, относящаяся к детским модусам, включает различные эмоциональные состояния. Она включает в себя три категории: уязвимая детская, гневливая детская, импульсивная детская.

Первая категория называется уязвимым детским режимом. Он охватывает большую часть СУРДС и большую часть страданий, испытываемых пациентами - преувеличение эмоций печали, тоски и стыда.

Таблица 1

Категории дисрегулированных эмоций по отношению к режимам и терапевтическим стратегиям: детские режимы

Категория режимов	Дисрегулируемая эмоция	Дисфункциональная стратегия регулирования	Эффекты	Терапевтическая стратегия
Уязвимый ребенок (Одиноким ребенок, Брошенный и подвергшийся насилию ребенок, Униженный и Неполющенный ребенок)	Преувеличенная печаль Тревога	Самообвинение	Уязвимость	Образное переписывание Репарентирование во время и вне сеанса Когнитивные или поведенческие методы ограниченного репарентирования Выход гнева Ограничение деструктивных проявлений гнева или ярости Повышение способности терпеть фрустрацию Ограниченные репаративные когнитивные техники Поведенческие техники
Злой Ребенок (Злой ребенок, Упрямый ребенок, Разъяренный ребенок)	Преувеличенный гнев	Винить других	Импульсивность Межличностные проблемы	Повышение способности находить реалистичный способ удовлетворения гедонистических потребностей Повышение способности терпеть фрустрацию Терапевтические отношения
Импульсивный ребенок (Недисциплинированный ребенок)	Эмоции, отображаемые без контроля	Атаковать Прерывать Обвинять других Игнорировать других	Фрустрация Испорченное поведение Нетерпение Отсутствие контроля	

Дисрегулируемый гнев с различными уровнями экспрессии характеризует вторую категорию детских модусов, а третью - дисрегулируемая импульсивность. Краткое описание представленных режимов описано в таблице 1.

Вторая макро-категория фокусируется на неадаптивных способах совладания. Можно провести параллели с концепциями защитных механизмов в психодинамических терминах и с дисфункциональными регуляторными стратегиями. Сюда включается три категории: дисфункциональные способы совладания, связанные со стратегией избегания; сверхкомпенсация; стратегия капитуляции.

Третья макро-категория модусов включает в себя фигуры, относящиеся к дисфункциональному родителю: карательный родитель и требовательный родитель. Эти модусы обычно проистекают из родителей или других фигур привязанности. Они вторгаются как негативные автоматические мысли [19] и могут быть теоретизированы как токсичные родительские интроекты [20] которые пациенты слышат как «голоса внутри головы». Эти родительские модусы являются источником первичной дисрегуляции эмоций у пациента и могут рассматриваться как класс стратегий самонападения/самообвинения (в психодинамических терминах), которые создают невыносимые негативные аффекты внутри пациента.

Последняя макро-категория режима охватывает режимы здорового взрослого и счастливого ребенка. Когда пациент находится в этих модальностях, не наблюдается ни дисрегуляторных стратегий, ни дисрегуляционных эмоций.

Другой аспект, который следует учитывать при анализе модусов, - это степень диссоциации, которую они имеют между собой. Это понятие чрезвычайно важно при определении тяжести патологии пациента. Диссоциация между модусами в СТ может быть описана в терминах структурной организации личности и касается разделения и организации личности или сознания (т. е. структурной дезорганизации) [21]. Дисфункциональные схемы-это, по сути, «границы я», которые не интегрированы в целостную структуру личности и поэтому действуют диссоциированным образом. Постоянное чередование мод непосредственно связано с их диссоциированной природой. Чем выше диссоциация между модусами,

тем выше эмоциональная неустойчивость человека. Более того, чем выше диссоциация между одним модусом и другими, наряду с диссоциацией между модусами и более здоровыми аспектами самости, тем больше они становятся все более неадаптивными. Так если субъект осознает и способен получить доступ к последнему режиму, это признак низкого уровня диссоциации, то есть субъект понимает свои потребности и способы их удовлетворения.

Общая стратегия и шаги по регулированию эмоций в схемной терапии следующие: 1) Идентификация режима. Если пациент испытывает нарушение регуляции эмоционального состояния во время сеанса (также и вне сеанса), терапевт пытается выяснить модус, ответственный за это состояние.

2) Режим работы. Как только режим распознан, терапевт использует ряд специфических техник для разрешения этого режима.

3) Изменение режима. После того, как режим деактивирован, облегчается опыт более функциональной модальности (например, активация «Счастливого взрослого»). В результате 2-го шага пациент испытывает нисходящую регуляцию отрицательных эмоций, а в результате 3-го шага он испытывает нисходящую регуляцию положительных, успокаивающих себя эмоций. При вмешательстве клиницист должен следить за наличием преувеличенных или притупленных эмоций, или даже за их кажущимся отсутствием (скажем, за чрезмерной отстраненностью и холодным отношением пациента). Это может помочь клиницисту понять, какой режим активен в данный момент.

Обозревая возможности и конкретные подходы в работе со схемами (модусами) в рамках СТ, можно заключить, что схемная терапия способствует когнитивно-эмоциональному восстановлению пациентов с личностной дезорганизацией. Мы считаем, что эффективность СТ обусловлена структурными изменениями в личности пациента, к которым стремится каждый терапевт СТ, а не только к симптоматическому улучшению. В результате структурных изменений первоначальная эмоциональная дисрегуляция, обусловленная дезадаптивными регуляторными стратегиями (патологическими модусами), уступает место (взрослой) эмоциональной регуляции. Мы полагаем, что особенности СТ и потребность в новых

методах лечения, способных привести к полному выздоровлению пациентов, станут серьезным стимулом для изучения новых

клинических применений этой модели и ее внедрения в широкую психолого-психиатрическую практику.

Мельниченко В.В.

КЛИНИКО-ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СХЕМНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЕЙ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Эмоциональная регуляция - это многомерная конструкция, состоящая из следующих черт: осознание и принятие эмоций; навыки участия в поведении, направленном на цель; гибкое использование соответствующих стратегий для модуляции интенсивности контекста и продолжительности эмоциональной реакции. «Золотым» стандартом восстановления эмоциональной регуляции при состояниях личностной дезорганизации является - схемная терапия (СТ), согласно которой, стабильные и устойчивые ранние дезадаптивные схемы (СУРДС) лежат в основе хронизации психических расстройств на фоне структурных нарушений личности. В СТ собственно эмоции и механизмы их регуляции строго связаны с понятием режима схемы - модусами. Обычно они активируются внешними стимулами или внутренними состояниями, являются преходящими по определению и могут включать как адаптивные, так и дезадаптивные реакции. Благодаря особому вниманию к терапевтическим отношениям и эмоционально-ориентированным эмпирическим техникам, этот подход успешно справляется с нарушениями эмоционального функционирования пациентов. В статье описаны стратегии и методы схемной терапии по восстановлению эмоциональной регуляции.

Ключевые слова: схемная терапия, эмоциональное восстановление, ранние дезадаптивные схемы

Melnichenko V.V.

CLINICAL AND THEORETICAL JUSTIFICATION OF THE APPLICATION SCHEMA THERAPY IN TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PERSONAL DISORGANIZATION

State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Emotional regulation is a multidimensional construct consisting of the following traits: awareness and acceptance of emotions; skills to participate in goal-directed behavior; flexible use of appropriate strategies to modulate the intensity of the context and the duration of the emotional response. The “gold” standard for the restoration of emotional regulation in states of personal disorganization is schema therapy (ST), according to which stable early maladaptive schemas (EMMS) underlie the chronicity of mental disorders against the background of structural personality disorders. In ST, emotions proper and the mechanisms of their regulation are strictly related to the concept of the schema mode - modes. They are usually activated by external stimuli or internal states, are transient by definition, and can include both adaptive and maladaptive responses. Through its emphasis on therapeutic relationships and emotionally oriented experiential techniques, this approach has been successful in addressing impaired emotional functioning in patients. The article describes strategies and methods of schema therapy to restore emotional regulation.

Keywords: schema therapy, emotional recovery, early maladaptive schemas

Литература

1. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*. 2005;19(2):110-130.
2. Mischel W, Shoda Y. A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*. 1995;102(2):246-268.

3. Beck AT, Freeman A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press; 1990.
4. Мельниченко В.В. Расстройство личности и дезорганизация личности – синонимы или противоположности? *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. 2019; 4 (48): 27-34.
5. Linehan M.M. *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford; 1993.
6. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
7. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York (NY): Guilford; 2003.
8. Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York (NY): J. Wiley & Sons; 1999.
9. Pedersen S. H., Poulsen S., Lunn S. Affect regulation: Holding, containing and mirroring. *Int. J. Psychoanal.* 2014.95 843–864. 10.1111/1745-8315.1220.
10. Williams J. M., Watts F. N., MacLeod C., Oxford M. A. *Cognitive Psychology and Emotional Disorder*. Chichester: John Wiley & Sons; 1997.
11. Conway M. A., Pleydell-Pearce C. W. The construction of autobiographical memories in the self memory system. *Psychol. Rev.* 2000. 107 261–288. 10.1037//0033-295X.107.2.261.
12. Young J. E. Schema-focused cognitive therapy and the case of Ms. S. J. *Psychother. Integr.* 2005. 15 115–126. 10.1037/1053-0479.15.1.11.
13. Grecucci A., De Pisapia N., Venuti P., Palladino M. P., Job R. Baseline and strategic mindful regulation: behavioral and physiological investigation. *PLoS ONE* 10:e0116541 10.1371/journal.pone.0116541. 2015.
14. Waltz P. G., Rapee R. M. Disentangling schematic and conceptual processing: a test of the interacting cognitive subsystems framework. *Cogn. Emot.* 2003: 65–81. 10.1080/02699930302273.
15. Lobbestael J., van Vreeswijk M., Spinhoven P., Schouten E., Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav. Cogn. Psychother.* 38 437–458. 2010.
16. Young J. E. "Schema-focused therapy for borderline personality disorder," in *Cognitive Behavior Therapy: A Guide for the Practicing Clinician*, ed. Simos G. (New York, NY: Taylor & Francis Group). 2002: 201–227.
17. Arntz A., Jacob G. (2012). *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
18. Simeone-DiFrancesco C., Roediger E., Stevens B. A. *Schema Therapy with Couples: A Practitioner's Guide to Healing Relationships*. Chichester: John Wiley & Sons, 10.1002/9781118972700.ch10. 2015.
19. Beck A. T., Emery G. *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive Approach*. New York, NY: Basic Books, 10.1017/s0021932000016369. 1985.
20. Freud S. "Mourning and melancholia," in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 14 ed. Strachey J. (London: Hogarth;). 1917: 237–260. 10.1037/e417472005-352.
21. Janet P. *The Major Symptoms of Hysteria*. New York, NY: Classics of Psychiatry & Behavioral Sciences Library, Division of Gryphon Editions. 1907.

References

1. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*. 2005;19(2):110-130.
2. Mischel W, Shoda Y. A cognitive-affective system theory of personality: reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*. 1995;102(2):246-268.
3. Beck AT, Freeman A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press; 1990.
4. Mel'nichenko V.V. Rasstroistvo lichnosti i dezorganizatsiya lichnosti – sinonimy ili protivopolozhnosti? [Personality disorder and personality disorganization - synonyms or opposites?] *Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2019; 4 (48): 27-34 (in Russian).

5. Linehan M.M. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
6. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
7. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema therapy: a practitioner's guide. New York (NY): Guilford; 2003.
8. Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. Psychotherapy for Borderline Personality. New York (NY): J. Wiley & Sons; 1999.
9. Pedersen S. H., Poulsen S., Lunn S. Affect regulation: Holding, containing and mirroring. *Int. J. Psychoanal.* 2014.95 843–864. 10.1111/1745-8315.1220.
10. Williams J. M., Watts F. N., MacLeod C., Oxford M. A. Cognitive Psychology and Emotional Disorder. Chichester: John Wiley & Sons; 1997.
11. Conway M. A., Pleydell-Pearce C. W. The construction of autobiographical memories in the self memory system. *Psychol. Rev.* 2000. 107 261–288. 10.1037//0033-295X.107.2.261.
12. Young J. E. Schema-focused cognitive therapy and the case of Ms. S. J. *Psychother. Integr.* 2005. 15 115–126. 10.1037/1053-0479.15.1.11.
13. Grecucci A., De Pisapia N., Venuti P., Palladino M. P., Job R. Baseline and strategic mindful regulation: behavioral and physiological investigation. *PLoS ONE* 10:e0116541 10.1371/journal.pone.0116541. 2015.
14. Waltz P. G., Rapee R. M. Disentangling schematic and conceptual processing: a test of the interacting cognitive subsystems framework. *Cogn. Emot.* 2003: 65–81. 10.1080/02699930302273.
15. Lobbstaal J., van Vreeswijk M., Spinhoven P., Schouten E., Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav. Cogn. Psychother.* 38 437–458. 2010.
16. Young J. E. "Schema-focused therapy for borderline personality disorder," in *Cognitive Behavior Therapy: A Guide for the Practicing Clinician*, ed. Simos G. (New York, NY: Taylor & Francis Group). 2002: 201–227.
17. Arntz A., Jacob G. (2012). *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Chichester: John Wiley & Sons.
18. Simeone-DiFrancesco C., Roediger E., Stevens B. A. *Schema Therapy with Couples: A Practitioner's Guide to Healing Relationships*. Chichester: John Wiley & Sons, 10.1002/9781118972700.ch10. 2015.
19. Beck A. T., Emery G. *Anxiety Disorders and Phobias: a Cognitive Approach*. New York, NY: Basic Books, 10.1017/s0021932000016369. 1985.
20. Freud S. "Mourning and melancholia," in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 14 ed. Strachey J. (London: Hogarth;). 1917: 237–260. 10.1037/e417472005-352.
21. Janet P. *The Major Symptoms of Hysteria*. New York, NY: Classics of Psychiatry & Behavioral Sciences Library, Division of Gryphon Editions. 1907.

Поступила в редакцию 26.12.2020