

УДК 616.89-008:159.922

*Абрамов В.А., Абрамов А.В.***СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ (ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ) И РЕЖИМОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
(СООБЩЕНИЕ 2. ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психические расстройства, личностные дисфункции, дезадаптивные схемы, схемафокусированный подход

**Ранние дезадаптивные схемы.**

Основатель схемафокусированного подхода в когнитивной терапии и его самостоятельного направления – схематерапии Джеффри Янг расширил представления о когнитивных схемах, определив их как ранние дезадаптивные схемы – «паттерны, состоящие из когнитивных процессов, эмоций, телесных ощущений и воспоминаний относительно себя и взаимоотношений с другими людьми. Сформировавшись в детстве или ранней юности, они продолжают свое существование на протяжении всей жизни и являются дисфункциональными в значительной степени [37].

Ранние дезадаптивные схемы (РДС) представляют собой психологический конструкт, включающий в себя представления человека о себе, мире и других людях, устойчивый комплекс воспоминаний, эмоций, убеждений и телесных ощущений, который был сформирован в детстве и развивался в течение жизни. Переживания раннего детства во многом играют важную роль в формировании личности, принятии решений о мире, окружающих людях и самих себе, а также интерпретации жизненного опыта [38]. Ранние дезадаптивные схемы образуются в результате взаимодействия индивидуальных особенностей человека и отрицательных переживаний, возникающих в процессе его общения с ближайшим окружением. Если в детстве этот комплекс психологических феноменов может способствовать адаптации ребенка, то для взрослого человека подобные схемы нарушают его адаптивные возможности и не отражают реальное соотношение сил в жизненных коллизиях. Более того, РДС являются ригидными, самоподдерживающимися механизмами, которые заставляют человека отражать только соответствующую схемам информацию, воспринимаются им

как фактическое, достоверное знание о себе и об окружающем мире. Они ограничивают его поведение, то есть нарушают нормальную социальную адаптацию. РДС в большинстве случаев не осознаются и не проявляются, пока не происходит какое-либо «пусковое» событие, которое активизирует ту или иную схему. Они могут «запускаться» как релевантными событиями, так и настроением человека, и часто это сопровождается высоким уровнем аффекта и низким уровнем критичности к своему состоянию. Все это мешает человеку удовлетворить свои основные потребности и, как правило, приводит к неблагоприятным последствиям для самого человека либо для окружающих его людей, препятствует построению и поддержанию гармоничных отношений. С возрастом РДС становятся все более сложными и могут оказывать влияние на более широкие сферы жизни. Наиболее значительное развитие РДС наблюдается у лиц с различными расстройствами личности [39-40]. Ранние дезадаптивные схемы, как правило, существуют в имплицитной форме, но могут стать доступными для осознания при схематерапевтической работе.

Схемы делятся на условные и безусловные. Безусловная схема подразумевает, что человек ничего не может сделать, чтобы предотвратить пугающие последствия, ею предсказанные, например, что человека бросят, перестанут любить или, что он плох и никуда не годится. Условные схемы подразумевают, что человек может что-то сделать, чтобы исправить ситуацию, например, схема Самопожертвование обещает, что если человек будет жертвовать собой, то его не бросят, и будут любить. Условные схемы формируются позже и часто являются вторичными схемами, в основе которых лежит какая-то бе-

зусловная схема.

Ранняя дезадаптивная схема, скорее всего, не может быть стерта полностью, так как она основана на бессознательно запомненном чувственном опыте пугающих и травматических событий. Такого рода опыт никогда не стирается полностью, но можно осознать его и начать контролировать бессознательную реакцию на стимулы, приводящие схему в действие.

В 2003г. Дж. Янг опубликовал перечень из 18 ранних дезадаптивных схем, которые он сгруппировал в пять укрупненных категорий (доменов) в соответствии с неудовлетворенными потребностями развития [20].

Нарушение связи и отвержение

1. Покинутость/Нестабильность
2. Недоверие/Ожидание жестокого обращения

3. Эмоциональная депривированность

4. Дефективность/Стыд

5. Социальная отчужденность

Нарушенная автономия

6. Зависимость/Беспомощность

7. Уязвимость

8. Спутанность/Неразвитая идентичность

9. Неуспешность

Нарушенные границы

10. Привилегированность/Грандиозность

11. Недостаточность самоконтроля

Направленность на других (нарушение потребности в самоуважении и принятии себя)

12. Покорность

13. Самопожертвование

14. Поиск одобрения

Сверххдительность и запреты (нарушение потребности в свободном выражении своих потребностей и эмоций, спонтанности и игре)

15. Негативизм/Пессимизм

16. Подавление эмоций

17. Жесткие стандарты/Придирчивость

18. Пунитивность

Не все ранние дезадаптивные схемы возникают вследствие ранней детской травмы, однако все они имеют негативные последствия [20]. При этом, чем интенсивнее воздействие травмирующих факторов, тем более выражены и устойчивы формирующиеся схемы.

К формированию дезадаптивных схем могут привести ситуации, вступающие в противоречие с базовыми убеждениями индивида. Данное понятие было предложено Р. Янов-Бульман, которое определяет его как «имплицитные, глобальные, устойчивые представления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление,

эмоциональные состояния и поведение человека». К базовым убеждениям она относит веру в то, что в мире больше добра, чем зла; убеждение в том, что мир полон смысла; убеждение в ценности собственного «Я». Базовые убеждения личности претерпевают серьезные изменения под влиянием перенесенных личностью детских психологических травм и травматических событий, в результате которых основательно разрушаются привычные жизненные представления и схемы поведения, возникают дезадаптивные схемы [41].

В контексте ранних дезадаптивных схем, по нашему мнению, возможно рассмотрение психопатологического диатеза как предиктора возникновения шизофрении, расстройств личности и других психических нарушений. Нарушения нормального функционирования индивида связаны, по Беку, с «когнитивной уязвимостью». Каждый человек характеризуется уникальной уязвимостью и чувствительностью в соответствии с имеющимися у него схемами. В связи с этим каждый индивид в разной степени предрасположен к психическому страданию. Любое расстройство личности связано с определенным главным (базисным) убеждением. Например, когнитивной основой расстройства избегания является базисное убеждение: «Мне могут причинить боль»: параноидного расстройства - «Люди - потенциальные противники», нарциссического расстройства - «Я особенный», истерического - «Мне нужно производить впечатление» и т.д. Таким образом, с помощью схем можно выстроить когнитивный профиль каждого расстройства [2].

Дисфункциональные схемы могут долгое время оставаться в дезактивированном состоянии, но легко приводятся в движение специфичным средовым стимулом (например, стрессовой ситуацией). При этом любой опыт, в том числе травматический, ложится на уже существующие у индивида схемы.

При активации РДС у человека возникают состояния, которые называются режимами функционирования схем (далее - режимы). Они могут быть как дисфункциональными, так и здоровыми. Дисфункциональные режимы чаще всего возникают тогда, когда одновременно активизируются несколько ранних дезадаптивных схем.

Дезадаптивные копинговые режимы представляют собой неэффективные способы совладания со стрессовыми и трудными ситуациями и перекликаются с представлениями о механиз-

мах психологических защит в психоаналитической психотерапии [42].

Для активации ранних дезадаптивных схем зачастую необходимо определенное «пусковое событие, которое активизирует ту или иную схему, которая ранее не проявлялась и не осознавалась человеком. Схемы могут «запускаться» как релевантными событиями, так и настроением человека, и часто это сопровождается высоким уровнем аффекта и низким уровнем критичности к своему состоянию. Все это мешает человеку удовлетворить свои основные потребности и, как правило, приводит к неблагоприятным последствиям для самого человека либо для окружающих его людей, препятствует построению и поддержанию гармоничных отношений [43,44].

В детстве человек мог пережить плохое обращение, быть покинутым или отвергнутым. Во взрослом возрасте сформировавшиеся неадаптивные схемы могут быть активированы событиями, которые человек неосознанно воспринимает похожими на травматичные события своего детства. При активации схемы человек переживает сильные негативные эмоции и использует свои привычные копинг-стили, чтобы с ними справиться.

Выраженная активация дисфункциональных схем может приводить к возникновению таких психических расстройств как депрессия. Более частные дисфункциональные схемы замещают ориентированные на реальность адаптивные схемы в таких функциях, как обработка информации, припоминание и предсказание. При депрессии, например, доминирующим становится такой стиль поведения, основой которого является самоотрицание: при тревожных расстройствах отмечается гиперактивный индивидуальный стиль реагирования на опасность; при панических расстройствах мобилизован стиль поведения, соответствующий неизбежной катастрофе.

Типичные дисфункциональные убеждения и дезадаптивные стратегии, выраженные в расстройствах личности, делают людей восприимчивыми к жизненному опыту, который повышает их когнитивную уязвимость. Так, зависимое расстройство личности характеризуется чувствительностью к утрате любви и помощи; нарциссическое расстройство - чувствительностью к ущемлению чувства собственного достоинства; гистрионное расстройство - невозможностью манипулировать другими, чтобы получить внимание и поддержку. Когнитивная уязвимость основана на экстремальных, ригидных и императивных убеждениях. Можно предположить,

что эти дисфункциональные убеждения являются результатом взаимодействия между генетической предрасположенностью человека и нежелательным влиянием других людей и определенных травмирующих событий.

Таким образом, у всех индивидов присутствуют ранние дезадаптивные схемы, несмотря на то, что имеют разную степень выраженности. С возрастом ранние дезадаптивные схемы становятся все более сложными и могут оказывать влияние на многие сферы жизни человека.

В настоящее время исследователи рассматривают ранние дезадаптивные схемы как предикторы развития различных отклонений и психопатологий. Изучалось, в частности, влияние дезадаптивных схем на пищевое поведение [45-47], на риск повторения попыток суицида [48], вероятность возникновения тревожно-депрессивных расстройств [49], разводов в семейных парах [50,51]. Ряд исследований посвящен возрастным аспектам ранних дезадаптивных схем, в т.ч. в связи с возрастными кризисами [52-55].

П.М. Касьяник, М.В. Галимзянова и Е.В. Романова [56] изучили выраженность ранних дезадаптивных схем, дисфункциональных копинг-стратегий и режимов функционирования схем у взрослых людей, обращавшихся за психологической помощью. В результате была установлена выраженность таких РДС как: «Эмоциональная депривированность», «Покинутость», «Недоверие. Ожидание жестокого обращения», «Уязвимость», «Запутанность/Неразвитое Я», «Покорность», «Негативизм/Пессимизм» «Самопожертвование», «Жесткие стандарты», «Поиск одобрения», и «Пунитивность». Отличия между экспериментальной и контрольной выборкой имели более однозначный характер в показателях выраженности дезадаптивных схем, чем частоты проявления режимов. Так авторы доказали, что у лиц, обращавшихся за психологической помощью в связи с различными жизненными затруднениями, наблюдается больший уровень выраженности ранних дезадаптивных схем. В связи с чем актуальными являются исследование взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и уровнем психологического благополучия.

Тихомирова Н.А. [57] в кросскультурном исследовании с участниками из России и Франции, установила различную степень взаимосвязи отдельных дезадаптивных схем с показателями психологического благополучия, жизнестойкости и уровнем экзистенциальной исполненности. РДС оказались более выраженными у молодежи, чем у взрослых людей, культуральные раз-

личия не были установлены.

Романова К.С. [58] изучила особенности поведения взрослых в конфликтных ситуациях в семье в связи с субъективными переживаниями детства. В результате было выявлено, что чем более благополучными взрослые воспринимают отношения с родителями, тем менее выражены у них РДС и установлено, что индивидуально-специфические защитные модели поведения в конфликте связаны с рядом РДС, сформированных в результате субъективных переживаний относительно взаимоотношений с родителями.

Развитие представлений о «схемах», схематизированном подходе и, как следствие, схематерапии как отдельного метода связано с изучением исследователями различных вопросов когнитивно-поведенческой терапии (КПП), в рамках которой Аароном Беком более 60 лет назад [59] проведено первое успешное применение психотерапии при лечении большого шизофреника с параноидным бредом.

Изучение ранних малоадаптивных схем дает возможность: 1) выявить специфические факторы развития и поддержания болезненной симптоматики, наблюдаемой при расстройствах шизофренического спектра; 2) определить психотерапевтические мишени в работе с данной категорией больных. В настоящее время широкую известность приобрел подход Джеффри Янга – схематерапия, делающий акцент терапии на глубинные убеждения, включенные в структуру психопатологической симптоматики.

Схематерапия (или схемафокусированный подход в когнитивной терапии) в качестве самостоятельного направления в психотерапии зародилась в середине 90-х годов XXв. благодаря работам Джеффри Янга [60-61]. Данная терапия (schema therapy) предназначалась для лечения больных с расстройствами личности, в отношении которых оказываются неэффективными методы когнитивно-поведенческой психотерапии, а также для лечения сильных депрессивных и посттравматических расстройств, и устранения других психологических проблем у индивидов и семейных пар.

Схематерапия (схемная, схематическая терапия), сочетающая в себе элементы когнитивной терапии, экспериенциального подхода, эмоционально-ориентированной терапии и психологии развития, уже более 20 лет успешно используется психотерапевтами в разных странах, по праву считаясь одним из наиболее эффективных методов лечения расстройств личности. Она

опирается на несколько направлений психотерапии (когнитивно-бихевиоральную терапию, психоанализ, теорию объектных отношений, теорию привязанности, гештальт-терапию) и использует разные терапевтические техники, например, навыки межличностного общения, диалоги один на один, групповые обсуждения и конструктивизм. Схемная терапия также заимствует многие методики и теоретические построения у транзакционного анализа. В отличие от когнитивно-бихевиоральной психотерапии, схемная терапия учитывает и прорабатывает детские травмы и сильные чувства, связанные как с текущими, так и с прошлыми ситуациями.

Ранняя дезадаптивная схема руководит действиями человека, помогает ему упрощать восприятие угрожающих ситуаций. Независимо от копинг-стиля все действия человека приводят к усилению и подкреплению схемы, и нужна специальная терапия, чтобы помочь человеку ослабить действие своих схем и действовать более здоровым образом.

Цель схемной терапии - помочь пациенту идентифицировать свои схемы, осознать источник эмоций, возникающих при активации схемы, пережить эти эмоции и найти способы иначе реагировать на события, активирующие схему [62-63].

#### **Дезадаптивные когнитивные схемы и психические расстройства.**

Понятие когнитивных, в т.ч. дезадаптивных когнитивных схем используется в когнитивных теориях личности, в теориях когнитивных процессов, а также в контексте их участия в формировании психопатологической симптоматики и психотерапевтической интервенции (схематерапии).

Понятие когнитивной схемы как структуры, посредством которой осуществляется репрезентация окружающего мира и образа собственного Я в сознании индивида, стало одним из объяснительных конструктов описывающих факторы развития психопатологии. Для понимания психопатологии через конструкт схемы важно, что схемы развиваются и изменяются в онтогенезе; они участвуют в протекании когнитивных и эмоциональных процессов, а также в формировании поведенческих актов.

Психопатологические феномены могут возникать тогда, когда либо происходит нарушение функционирования имеющихся у индивида схем, либо существует их дефицит (требующиеся для нормального психического функционирования схемы отсутствуют или недоразвиты), либо схемы конфликтуют между собой. В результате

репрезентации образа Я и окружающего мира становятся дисфункциональными, что приводит к отклонениям на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях [64].

А.П. Коцюбинский [65] отмечает наличие сложных взаимосвязей между схемами и развитием психопатологической симптоматики. Так, ранний жизненный опыт и представления о себе, мире и других людях лежат в основе когнитивных схем, которые в свою очередь, часто проявляются в выражении необычных переживаний и убеждений пациента. Например, многие люди с бредом преследования имели в детстве или подростковом возрасте реальный травматический опыт подобного рода (в рамках стрессовых ситуаций). Очевидно, что при развитии заболевания такой опыт мог способствовать формированию у пациента своеобразных идей о преследовании, заговорах, а также – формированию сверхгенерализованного убеждения в том, что ему хотят причинить вред. С другой стороны, можно предположить, что само по себе появление болезненной (особенно продуктивной) симптоматики и факт наличия психического расстройства не могут не отражаться на представлении человека о себе и окружающем мире. Таким образом, существует достаточно много «лакун», касающихся теоретического представления о характере взаимодействия между схемами и развитием психопатологической симптоматики.

Первые эмпирические исследования ранних «дезадаптивных схем» [66] в дальнейшем были подтверждены другими исследователями [67]. Ряд исследований дезадаптивных схем, проводимых с помощью методики Янга, осуществлялся с больными, страдающими различными психическими расстройствами – в частности, расстройством личности [68], биполярным расстройством [69], расстройством пищевого поведения [50], депрессией [70], тревожным расстройством [71]. При этом, например, в результате исследования больных биполярным расстройством было выявлено, что развитие у них заболевания связано не только с биологическими факторами, но и с отвержением или насилием в раннем возрасте, что, предположительно, и приводит к большей выраженности отдельных схем у больных (снижению адаптивных возможностей), чем у индивидуумов, относящихся к здоровой популяции [69,72].

В 2013г. группа исследователей из Франции обнаружила связь между шизофренией и такими схемами, как: «Эмоциональная депривиро-

ванность (депривация заботы, эмпатии, защиты)», «Дефективность/Стыдливость», «Социальная отчужденность», «Неуспешность», «Покорность», «Запутанность» [73]. В ходе данного исследования было выявлено также, что схема «Недоверие/Ожидание жестокого обращения» объясняет 12,4% дисперсии позитивной симптоматики. Схожее исследование провели немецкие коллеги в 2016 году, однако по их результатам связь с расстройствами психотического спектра была обнаружена только для схемы «Запутанность» [71].

По другим данным, у людей с психотическими переживаниями часто встречаются схемы следующего вида: «Я плохой», «Я не любим», «Я уязвим», «Я другой», «Другим не стоит доверять», «Мир опасен» [75]. Знание о таких убеждениях пациента помогает понять и объяснить странности в интерпретации им неоднозначных событий из его жизни.

Наибольшее количество исследований дисфункциональных схем и убеждений при психопатологии посвящено репрезентациям образа «Я» и окружающего мира при депрессиях [7,76]. А. Бек полагает, что в основе депрессии лежит когнитивная триада: негативные базисные убеждения относительно собственного «Я», окружающего мира и негативный взгляд на будущее.

Д.В. Труевцев [77] провел исследование по выявлению и анализу РДС при разном уровне выраженности депрессии. Удалось установить, что независимо от уровня выраженности, при депрессии актуализируются такие РДС схемы как «Подавление эмоций» и «Жесткие стандарты», что может, проявляться в стремлении контролировать свои чувства и эмоции. В похожем исследовании Юсупов П.Р. [78] обнаружил связь между параметрами перфекционизма, ранними дезадаптивными схемами и психической ригидностью у лиц с тревожно-депрессивной симптоматикой. Перфекционизм в данном случае почти во всех своих проявлениях оказался связан в основном со схемами из группы «Нарушение автономии».

В последние годы в рамках схемаориентированного подхода ранние дезадаптивные схемы изучались в контексте психологического благополучия, военного стресса, психической ригидности и интернет-зависимого поведения, рассматривались они в основном в связи с расстройствами личности. Сагалакова О.А. и Труевцев Д.В. изучали социальное тревожное расстройство в структуре личностно-аномального синдрома, рассматривали когнитивные схемы в свя-

зи с нарушением селективности внимания, исследовали особенности взаимосвязи типов руминаций с метакогнициями, способами контроля над мыслями, дезадаптивными схемами и психической ригидностью [79,80]. Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Д.В. Московченко [81] учитывали схемаориентированный подход при рассмотрении характеристик когнитивной сферы игроков в многопользовательские онлайн-ролевые игры с различной степенью интернет-зависимого поведения. М.А. Тихомирова на русской и французской выборке изучала особенности влияния ранних дезадаптивных схем человека на его психологическое благополучие [82].

Ранние дезадаптивные схемы J.E. Young считает характерными для пограничных расстройств личности (ПРЛ). Хотя детальная модель ПРЛ не описывается, он предполагает, что, когда эти ранние дезадаптивные схемы активизированы релевантными событиями, это приводит к искажениям в мышлении, сильным эмоциональным реакциям и проблемному поведению. Можно предположить, что большое количество ранних дезадаптивных схем, приписываемых пограничным пациентам (другие расстройства личности характеризуются в среднем 2,5 ранними дезадаптивными схемами каждое), может быть обусловлено широким диапазоном симптомов и частыми кризисами, наблюдающихся у пограничных пациентов. Однако детального описания того, каким образом эти схемы приводят к ПРЛ, не приводится [20].

Рассмотрением ранних дезадаптивных схем в контексте жизненной истории личности и особенностей переживания личностью трудных жизненных ситуаций и негативно эмоционально окрашенных событий занимались Н. Шмидт, Т. Джойнер [83]. Ранние дезадаптивные схемы в связи с агрессивностью взрослых исследовались в работах П. Тремблэй, Д. Дозуа [84]. Связь ранних дезадаптивных схем с синдромом профессионального выгорания была изучена Г. - Риттенмайером [85].

Галимзянова М.В. и Смышляева Е.Д. [86] изучали взаимосвязь между ранними дезадаптивными схемами и страхами у взрослых людей. Авторами было установлено, что взрослые с преобладающими дезадаптивными схемами «Уязвимость» и «Негативизм/Пессимизм» интенсивнее переживают большее число страхов, чем люди с другими дезадаптивными схемами. С уровнем тревожности были связаны все дезадаптивные схемы кроме «Эмоциональной депривации», «Подавление эмоций» и «Самопожер-

тования». Было установлено, что РДС не только взаимосвязаны с уровнем тревожности взрослых людей, но и отражают специфичные для своего содержания страхи. Также исследование страхов в контексте ранних дезадаптивных схем провели А.А. Корнева и О.А. Сагалакова [87], им удалось выявить взаимосвязь социальной тревоги и гелотофобии (боязни насмешек) у лиц юношеского возраста с РДС.

Изучение ранних дезадаптивных схем у подростков еще одно из исследовательских направлений. Так, Л.В. Бубнова [89] исследовала психологические корреляты застенчивости, в качестве которых рассматривала ранние дезадаптивные схемы, особенности самоотношения и личностные свойства. В результате было установлено, что застенчивость, как качество личности, наиболее характерна для людей, у которых преобладают схемы: «Уязвимость», «Жесткие стандарты» и «Пунитивность». Исходя из результатов, автор исследования предположила, что одной из причин формирования предпосылок к застенчивости может быть тип воспитания, применяемый по отношению к человеку в детстве. А.Н. Слепцова [89] проводила исследование по изучению взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и самоотношения у подростков. Было установлено, что, чем более выражены ранние дезадаптивные схемы, тем выше вероятность негативного отношения подростков к себе, тем выше внутреннее напряжение, противоречивость, фиксация на собственных недостатках.

Определенный интерес представляют результаты исследований взаимосвязи дисфункциональных схем с суицидальной активностью человека. Личность с невыраженными дисфункциональными схемами (когнитивными переменными о собственной уязвимости, несостоятельности, уязвимости), сформированными компенсаторными механизмами, гибкой целевой структурой деятельности и зрелой тактикой целеполагания имеет значимо меньшую вероятность возникновения антивитальных переживаний даже в условиях объективно сложных жизненных ситуаций [90,91]. Нарушение целеполагания и нестабильность самооценки, повышение вероятности ситуативного и радикального поведения связано с психологическими образованиями, преломляющими субъективный образ ситуации, осмысление собственных возможностей, прогнозирование исхода ситуации и т.д. Речь идет о неадаптивных когнитивных схемах, дисфункциональных убеждениях о себе, окружающих, мире в целом. Схемы - это когнитивные структуры селекции,

кодирования, оценки стимулов и ориентировки в ситуации, организующие опыт и поведение, влияющие на текущее восприятие и категоризацию опыта и мира в целом. Важным предрасполагающим фактором для пациентов с антивитальными переживаниями выступает наличие неадаптивных схем, которые формируются в раннем опыте в результате некритичного «присвоения» внешних оценок и интериоризации персонального опыта [92, 93]. В молодом возрасте определенные дисфункциональные схемы обуславливают реакции страха и тревоги в социальных оценочных ситуациях [94].

О.А. Сагалакова и соавторы [94] по результатам изучения психологических механизмов антивитальной настроенности личности выявили два наиболее уязвимых к формированию антивитальных переживаний типа целевой регуляции деятельности и соответствующих неадаптивных схем. Первый тип - «избегающая, осторожная» тактика целеполагания при паттерне неадаптивных схем «Неприятие». Завышенные ожидания сочетаются с сильным страхом совершить ошибку, которая приведет к краху, унижению, потерям, вероятности быть отвергнутым и раскритикованным за нее. При данной тактике личность уязвима к критике и переживает застенчивость, незащищенность, склонна к концентрации внимания на негативных аспектах жизни, воспринимает себя как ущербного, подверженного унижению, отвержению. Выражен страх потерять контроль над собственными импульсами и избыточное подавление спонтанных чувств во избежание неодобрения. Испытуемые предпочитают справляться со всем самостоятельно, не доверяют другим. Нарушения в саморегуляции поведения проявляются в неумении гибко перестраивать свою деятельность, корректировать уровень притязаний. Компенсаторные механизмы дисфункциональны, связаны с избеганием. Антивитальная настроенность проявляется в негативной оценке себя как личности, пессимизме, безнадежности, блокировании выражения чувств, склонности переживать их в одиночку. Свойственны высказывания «Зачем что-то менять, если лучше не станет». В ситуации оценивания проявляется зачастую высокий уровень притязаний, но из-за страха критики часто выбирается тактика избегания неудачи. Характерно противоречие между мотивами избегания и достижения. Антивитальные переживания при такой тактике и соответствующих неадаптивных схемах наиболее вероятны, испытуемые не ищут помощи других, так как заранее убеждены в том,

что ему не помогут, они склонны действовать самостоятельно наряду с несформированными способностями к организованной и продуманной деятельности, склонностью к ригидным автоматическим стратегиям реагирования в стрессовой ситуации и самоизоляции.

Второй тип - «беспомощная» тактика целеполагания в сочетании с паттерном неадаптивных схем «Нарушение автономии и функционирования», характеризующийся отсутствием способности к выполнению автономной, самостоятельной, инициативной деятельности, требующей планирования и коррекции действий. Наблюдается убежденность в неспособности компетентно выполнять работу без посторонней помощи. Если помощь не приходит, решения принимаются ситуативно. Наблюдается нарушение саморегуляции, характеризующееся недостаточностью самостоятельности и способности к программированию, моделированию, оценке результатов деятельности. В ситуации оценивания проявляется низкий уровень притязаний, тактика целеполагания смешанного типа. Доминирующим мотивом деятельности является мотив избегания неуспеха. В роли компенсаторного механизма при неуспехе выступает признание себя как некомпетентного лица, поиск помощи и поддержки. Компенсаторные механизмы незрелые и ригидные, связаны с поиском поддержки. Даже антивитальное поведение требует инициативности и самостоятельности деятельности, поэтому при данном типе антивитальных переживаний реже, чем при предыдущем, переходят с «нулевого» цикла на другие этапы. Свойственны высказывания «Я давно думаю о лишении себя жизни, но боюсь, ничего и с этим не выйдет...», «Некому меня пожалеть». Антивитальная настроенность проявляется в наличии мыслей об уходе из жизни и убежденности в безнадежности положения при условии отсутствия пространства опеки и поддержки со стороны, утраты такого пространства и отсутствии перспективы замены.

Таким образом, данная типология представлена двумя паттернами наибольшей уязвимости к антивитальным переживаниям с разной вероятностью перехода от «нулевого» цикла к последующим стадиям аутодеструктивного вектора поведения. Показана роль базовых психологических механизмов изучаемого феномена - целевой регуляции деятельности при антивитальной настроенности в контексте роли дисфункциональных схем и компенсаторных механизмов личности. Ригидная активация паттернов неадап-

тивных схем в ситуации стресса приводит к возникновению эмоций тревоги, страха, вины. При этом несформированность компенсации уязвимой самооценки гибкой тактикой целеполагания, коррекцией уровня притязаний, а также непосредственность эмоций в ситуациях оценивания способствуют усилению этих переживаний и формированию неадаптивного реагирования. С каждым новым витком таких переживаний в стрессовой ситуации эти тенденции усиливаются, действует эффект «самоподкрепления» тенденций аутодеструктивного поведения («петля обратной связи») и постепенного накопления негативного аффекта, нарастания безнадежности («кумулятивный эффект»).

Определенное внимание в рамках схемацентрированного подхода уделяется психокоррекционным и психотерапевтическим проблемам. Известно, что когнитивные психотерапевты работают на двух уровнях - структуры симптома (проявление проблем) и лежащей в его основе схемы (подразумеваемые структуры). Большинство исследований психотерапевтической практики свидетельствуют о том, что пациенты обычно имеют основные или «глубинные» проблемы, которые являются центральными для когнитивных нарушений (например, негативная «Я»-концепция), и для проблемного, например, зависимого поведения [95]. В полной мере это относится и к больным с тяжелыми психическими расстройствами [96-98]. Когнитивная модель психотерапии постулирует тезис о том, что важные когнитивные структуры являются категорически и иерархически организованными. Широкий диапазон проблем пациента может быть отнесен к одному классу, и на эти проблемы могут повлиять изменения в одной или нескольких схемах. Эта формулировка согласуется с основными современными теориями когнитивной структуры и когнитивного развития, причем все они подчеркивают значение схем как детерминант поведения, регулируемого правилами. В данном контексте термины «схемы», «правила» и «основные убеждения» используются более или менее взаимозаменяемо. Более строго, «схемы» - это когнитивные структуры, которые организуют опыт и поведение; «убеждения» и «правила» отражают содержание схем и, как следствие этого, определяют содержание мышления, эмоций и поведения. Явления типа автоматических мыслей рассматриваются как продукт схемы [8].

Понятие «дезадаптивных схем» является одним из ключевых при психотерапевтической

работе с людьми, страдающими психотическими расстройствами. Такие схемы могут быть связаны как с развитием, так и с поддержанием психотических переживаний, и поэтому их наличие необходимо принимать во внимание на всех стадиях когнитивно-поведенческой психотерапии: оценки, формирования терапевтического альянса, формулирования терапевтического случая, интервенции и профилактики рецидивов. Травматические события, случившиеся в детстве, могут способствовать формированию «дезадаптивных схем», «промежуточных убеждений», которые в свою очередь формируют неадаптивное поведение и обуславливают неполноценный выбор стратегии обработки воспринимаемой информации [99].

Отдельные исследователи выстраивают гипотезы, объединяющие травматический детский опыт, биологические изменения, связанные с ним, и опосредованное влияние этих биологических факторов на возникновение психоза. Так, показано, что плохое обращение с ребенком приводит к гиперреактивности системы реакции на стресс (гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы), снижению объема гиппокампа, снижению выработки окситоцина и повышению продукции дофамина, что повышает уязвимость человека к повседневным стрессам и, как следствие, повышает вероятность возникновения психоза. Стресс в этом случае выполняет роль триггера, запускающего, но не определяющего болезненный процесс. Подобные гипотезы требуют дальнейших проверок, но они наглядно показывают биопсихосоциальную концепцию в динамическом взаимодействии [100].

J.E. Young [20] сформулировал общий когнитивно-поведенческий подход к лечению расстройств личности, который он назвал «когнитивной психотерапией, сфокусированной на схеме». Его подход отличается от стандартной когнитивной модели психотерапии постулатом о том, что в детстве могут формироваться чрезвычайно устойчивые и долговременные паттерны мышления («ранние дезадаптивные схемы»), которые приводят к дезадаптивным паттернам поведения, укрепляющим эти схемы. Затем эти схемы развиваются и остаются у взрослого человека. Он трактует каждое расстройство личности как определенный набор из 18 ранних дезадаптивных схем, выделенных им к настоящему времени, и утверждает, что эти схемы должны находиться в центре внимания при психотерапии.

Один из крупнейших современных психоаналитиков Д. Вайсс [101] в основу своей теории



положил постулат о том, что психопатология имеет в своей основе патогенные убеждения, которые формируются в раннем детстве из взаимодействия с родителями, братьями и сестрами, которых ребенок наделяет абсолютным авторитетом. Терапевтический процесс - это процесс, в ходе которого пациент вместе с психотерапевтом работает над опровержением своих патогенных убеждений.

В одном из фундаментальных обзоров [22] предпринята попытка рассмотреть влияние психической травмы на когнитивно-личностном уровне, с точки зрения изменения тех базисных когнитивных убеждений и схем, которые отражают глубинные установки личности по отношению к самому себе и окружающему миру.

В качестве характеристик схем, имеющих значение для понимания того воздействия, которое оказывает на личность психическая травма, эти авторы выделяют следующие:

1. Схемы являются когнитивно-эмоциональными структурами, формирующимися в процессе приобретения человеком определенного опыта. Таким образом, подчеркивается эмоциональная нагруженность схем.

2. Схемы могут обладать той или иной степенью гибкости. Ригидные схемы часто являются причиной дезадаптации, но при этом сверхгибкие схемы могут приводить к снижению способности личности придерживаться той или иной стратегии жизненного функционирования.

3. Убеждения, лежащие в основе схем, могут иметь различную степень абстрагированности и глобальности. По этому критерию можно разделить убеждения на две основные группы: убеждения, касающиеся определенных жизненных ситуаций (например, убеждение «Я - хороший музыкант») и убеждения, касающиеся себя и мира в целом (например, «Я - достойный человек»). Убеждения, которые сформированы у личности относительно себя и мира в целом, называются базисными.

Оценка специфических требований ситуации предшествует адаптивной (или дезадаптивной) стратегии и вызывает ее. Оценка ситуации, по крайней мере, частично, зависит от релевантных основных убеждений. Эти убеждения входят в более или менее устойчивые структуры, называемые «схемами», которые отбирают и синтезируют поступающие данные. Психологическая последовательность далее идет от оценки к эмоциональному и мотивационному возбуждению и, наконец, к выбору и реализации релевантной стратегии. Основные структуры (схемы), от которых

зависят эти когнитивные, эмоциональные и мотивационные процессы, можно расценивать как фундаментальные элементы личности.

Именно эти элементы были положены в основу когнитивной модели реакции страха А. Бека и Г. Эмери и когнитивной модели ПТСР [102]. Согласно этой модели, реакция индивида на ситуации страха включает оценку, с одной стороны, степени опасности ситуации и, с другой, собственных ресурсов, позволяющих с нею совладать или избежать ее. В процесс оценивания ситуации включается когнитивная схема, которая воспринимает соответствующие ей признаки и избегает характеристики, не вписывающиеся в нее. Иными словами, люди видят то, что ожидают увидеть. Обусловленная прошлым опытом схема переживания страха актуализируется в других ситуациях и заставляет индивида искать информацию, соответствующую этой схеме и игнорировать все чуждое ей. В конечном счете, действие схемы приводит к определенным моторным реакциям - застыванию на месте, борьбе или бегству.

Схемацентрированный подход был также использован и в разработанной Л.С. Лазарусом оценочной теории стресса и копинг-стратегий [107] и в предложенной П. Лэнгом когнитивной модели тревожных расстройств [108,109], которая стала основой «теории когнитивных действий», объясняющей развитие ПТСР [110].

Таким образом, представленные в данном аналитическом исследовании данные, позволяют утверждать, что дезадаптивные когнитивные схемы и базисные убеждения являются значимыми интегративными личностными конструктами и определенным образом участвуют в возникновении и развитии психических расстройств. Можно предположить, что именно когнитивные дезадаптивные схемы представляют собой один из механизмов личностных дисфункций, в том или ином виде проявляющихся при различных психических расстройствах. Эти схемы, по-видимому, участвуют не только в симптомообразовании, но и в «наполнении» субъективного жизненного пространства больных специфическими психопатологическими феноменами, и в формировании стратегий преодоления неблагоприятных последствий «жизни с болезнью», в т.ч. стигматизационно обусловленных. Терапевтические возможности схемацентрированного подхода подтверждаются данными об эффективности схематерапии как одного из направлений когнитивно-поведенческой терапии дисфункциональных личностных проявлений.

**СУБЪЕКТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ (ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ) И РЕЖИМОВ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (СООБЩЕНИЕ 2. ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психические расстройства, личностные дисфункции, дезадаптивные схемы, схемафокусированный подход. В научном обзоре представлен теоретический анализ схемафокусированного подхода к изучению личностных дисфункций и когнитивной психотерапии при психических расстройствах. Выделено и проанализировано понятие «ранние дезадаптивные схемы», которое представляет собой психологический конструкт, включающий представление человека о себе, мире и других людях, устойчивый комплекс воспоминаний, эмоций, убеждений и телесных ощущений, который был сформирован в детстве, развивался в течение жизни и является в значительной степени дисфункциональным. Наиболее значительное развитие ранних дезадаптивных схем наблюдается у лиц с различными психическими расстройствами.

Рассмотрены механизмы формирования дезадаптивных схем, в частности, как предиктора (психопатологической диатез) возникновения шизофрении, расстройств личности и других психических нарушений, возможность их активации и использования как психотерапевтических мишеней. Показано, что дезадаптивные когнитивные схемы и базисные убеждения являются значимыми интегративными личностными конструктами и определенным образом участвуют в возникновении и развитии психических расстройств. Именно когнитивные дезадаптивные схемы представляют собой один из механизмов личностных дисфункций, в том или ином виде проявляющихся при различных психических расстройствах. Эти схемы, по-видимому, участвуют не только в симптомообразовании, но и в «наполнении» субъективного жизненного пространства больных специфическими психопатологическими феноменами, и в формировании стратегий преодоления неблагоприятных последствий «жизни с болезнью», в т.ч. стигматизационно обусловленных. Терапевтические возможности схемацентрированного подхода подтверждаются данными об эффективности схематерапии как одного из направлений когнитивно-поведенческой терапии дисфункциональных личностных проявлений. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 2 (38). — С. 73-84).

*Abramov V.A., Abramov A.V.*

**SUBJECTIVE SPACE OF DYSFUNCTIONAL PERSONALITY PATTERNS (DISADAPTIVE REGIMENS) AND MODES OF FUNCTIONING IN INDIVIDUALS WITH MENTAL DISORDERS (COMMUNICATION 2. DISADAPTIVE SCHEMES)**

Donetsk State Medical University. M. Gorky

Key words: mental disorders, personality dysfunctions, disadaptive schemes, scheme-focused approach.

The scientific review presents a theoretical analysis of a focused approach to the study of personality dysfunctions and cognitive psychotherapy in mental disorders. The concept of "early disadaptive schemes" is defined and analyzed, which is a psychological construct that includes a person's idea of himself, the world and other people, a stable complex of memories, emotions, beliefs and bodily sensations that was formed in childhood, developed during life and is largely dysfunctional. The most significant development of early disadaptive regimens is observed in people with various mental disorders.

The mechanisms of formation of disadaptive regimens, in particular, as a predictor (psychopathological diathesis) of the origin of schizophrenia, personality disorders and other mental disorders, the possibility of their activation and use as psychotherapeutic targets are considered. It is shown that disadaptive cognitive schemes and basic beliefs are significant integrative personality constructs and participate in the emergence and development of mental disorders in a certain way. It is the cognitive disadaptive regimens that represent one of the mechanisms of personality dysfunctions, manifested in one form or another under various mental disorders. These schemes, apparently, are involved not only in symptom formation, but also in "filling" the subjective life space of patients with specific psychopathological phenomena, and in the formation of strategies to overcome the adverse effects of "life with the disease", incl. stigmatization caused. The therapeutic possibilities of the scheme-centered approach are confirmed by data on the efficacy of schematherapy as one of the directions of cognitive-behavioral therapy of dysfunctional personality manifestations. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 2 (38). — P. 73-84).

*Литература*

37. Young J.E., Kl. Osko J., Weishaar M. Schema Therapy: a practitioner's Guide / J.E. Young, J. Kl. Osko, M. Weishaar. — New York: Guilford Press, 2003. — 470p.

38. Галимзянова М.В., Романова Е.В. Эмоциональные переживания, связанные с событиями детства и партнерскими отношениями / М.В. Галимзянова, Е.В. Романова // Вестник С.-Петерб. ун-та. — 2011. — С.209-216. — (Серия 12; вып.1).

39. Холмогорова А.Б. Схематерапия Дж. Янга — один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности / А.Б. Холмогорова // Журнал «Консультативная психология и психотерапия». — 2014. — Т.22, №2. — С.78-87.

40. Handbook of schema therapy: theory, research and practice / ed. By Van M. Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort M. — Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. — 680p.

41. Janoff-Bulman R., Berger A.R. The other side of trauma: towards a psychology of appreciation / R. Janoff-Bulman, A.R. Berger; J. Harvey, E.D. Miller (eds.). — Loss and Trauma Handbook, 2000. — P.45-84.

42. Касьяник П.М., Романова Е.В., Фарелл Дж.М., Шоу А.А. Концептуальные основы групповой и индивидуальной

схематерапии / П.М. Касьяник, Е.В. Романова, Дж.М. Фарелл, А.А. Шоу // Российский психотерапевтический журнал. — 2013. — №1. — С.23-26.

43. Young J.E., Jeffrey E. Schema therapy: a practitioner guide / J.E. Young, E. Jeffrey // Counseling Psychology Quarterly. — 2014. — Vol.17, №1. — P.1-11.

44. Ledoux T., Winterowd C., Richardson T., Clark J.D. Relationship of negative self-schemas and attachment styles with appearance schemas / T. Ledoux, C. Winterowd, T. Richardson, J.D. Clark // Body Image. — 2010. - №7. — P.213-217.

45. Waller G., Meyer C., Ohanian V., Elliot P., Dickson C., Sellings J. The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: the mediating role of core beliefs / G. Waller, C. Meyer, V. Ohanian, P. Elliot, C. Dickson, J. Sellings // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2001. - №189. — P.700-708.

46. Unoka Z., Tolgyes T., Czobor P. Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders / Z. Unoka, T. Tolgyes, P. Czobor // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2010. - №198. — P.425-431.

47. Vlierberghe L. Van, Braet C., Bosmans G., Rosseel Y., Bogels S. Maladaptive schemas and psychopathology in

- adolescence: on the utility of young's schema theory in youth / L. Van Vlierberghe, C. Braet, G. Bosmans, Y. Rosseel, S. Bogels // *Cognitive Therapy and Research*. - 2010. - №34. - P.31-332.
48. Dale R., Power K., Kane S., Stewart A.M., Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition / R. Dale, K. Power, S. Kane, A.M. Stewart, L. Murray L. // *Archives of Suicide Research*. - 2011. - Vol.14, №7. - P.311-328.
49. Lumley M.N., Harkness K.L. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas and symptom profiles in adolescent depression / M.N. Lumley, K.L. Harkness // *Cognitive Therapy and Research*. - 2007. - Vol.31, №4. - P.639-657.
50. Yooseti N., Etemadi O., Bahrami F., Fatehizade M.A., Ahmadi S.A. An investigation on early maladaptive schema in marital relationship as predictors of divorce / N. Yooseti, O. Etemadi, F. Bahrami, M.A. Fatehizade, S.A. Ahmadi // *Journal of Divorce and Remarriage*. - 2010. - Vol.51, issue 5. - P.269-292.
51. Freeman N. Constructive thinking and early maladaptive schemas as predictors of interpersonal adjustment and marital satisfaction: doctoral dissertation / Freeman N.; Rosemead School of Psychology, Biola University. - Dissertation Abstracts International. - 1999. - №59(9-B). - P.5081.
52. Blissett J.M., Farrow C.V. Stability and continuity of women's core beliefs and psychopathological symptoms from pregnancy to one year postpartum / J.M. Blissett, C.V. Farrow // *Cognitive Therapy and Research*. - 2007. - №31. - P.589-602.
53. Rijkeboer M.M., de Boo G.M. Early maladaptive schemas in children: development and validation of the schema inventory for children / M.M. Rijkeboer, G.M. de Boo // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. - 2010. - №41. - P.102-109.
54. Vierberghe L. Van, Braet C., Bosmans G., Rosseel Y., Bogels S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: on the utility of Young's schema theory in youth / L. Van Vierberghe, C. Braet, G. Bosmans, Y. Rosseel, S. Bogels // *Cognitive Therapy and Research*. - 2010. - №34. - P.316-332.
55. Thimm J.C. Relationships between early maladaptive schemas and psychosocial developmental task resolution / J.C. Thimm // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. - 2010. - №17. - P.219-230.
56. Галимзянова М.В., Касьяник П.М., Романова Е.В. Выраженность ранних дезадаптивных схем и режимов функционирования схем у мужчин и женщин в период ранней, средней и поздней зрелости / М.В. Галимзянова, П.М. Касьяник, Е.В. Романова // *Вестник Санкт-Петербургского Университета*. - 2016. - №3. - С.109-125. - (Серия 16. Психология. Педагогика).
57. Тихомирова М.А. Благополучие человека в связи со способами преодоления жизненных трудностей / М.А. Тихомирова // *Ананьевские чтения-2015: Фундаментальные проблемы психологии: материалы научной конференции, 20-22 октября 2015г. - СПб.: СПбГУ. Скифия-принт, 2015. - 61с.*
58. Романова К.С. Особенности поведения взрослых в конфликтных ситуациях в семье в связи с субъективными переживаниями детства / К.С. Романова // *Вестник СПбГУ*. - 2013. - №1. - С.25-27. - (Серия 12. Социология).
59. Beck A.T. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt / A.T. Beck // *Psychiatry*. - 1952. - №15. - С.305-312.
60. Young J.E., Klosko J.S. *Reinventing Your Life: the breakthrough program to end negative behavior and feel great again* / J.E. Young, J.S. Klosko. - New York: Plume, 1994. - 365p.
61. Young J.E. Schema therapy inventories and related materials / J.E. Young. - New York: Schema Therapy Institute, 2015. - 150p.
62. Фарелл Дж.М., Айда Шоу, Касьяник П.М., Романова Е.В. Концептуальные основы групповой и индивидуальной схематерапии / Дж.М. Фарелл, Айда Шоу, П.М. Касьяник, Е.В. Романова // *Российский психотерапевтический журнал*. - 2013. - №6. - С.23-26.
63. Арнтц А., Якоб Г. *Практическое руководство по схематерапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах* / А. Арнтц, Г. Якоб. - Москва: Научный мир. - 2016. - 320с.
64. Stein D.J. Schemas in the cognitive and clinical sciences: an integrative construct / D.J. Stein // *Journal of Psychotherapy Integration*. - 1992. - №2. - С.45-63.
65. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмонина О.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние малоадаптивные схемы. Часть 2. Ранние малоадаптивные схемы у больных шизофренией / А.П. Коцюбинский, А.Н. Еричев, В.О. Клайман, О.Д. Шмонина // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*. - 2017. - №1. - С.81-88.
66. Schmidt N.B., Joiner T.E., Young J.E., Telch M.J. The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas / N.B. Schmidt, T.E. Joiner, J.E. Young, M.J. Telch // *Cognitive Therapy and Research*. - 1995. - Vol.19. - P. 295-321.
67. Lee C.W., Taylor R.G., Dunn J. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample / C.W. Lee, R.G. Taylor, J. Dunn // *Cognitive Therapy and Research*. - 1999. - Vol.23. - P. 441-451.
68. Jovev M., Jackson H.J. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals / M. Jovev, H.J. Jackson // *Journal of Personality Disorders*. 2004. - Vol.18. - P. 467-478.
69. Hawke L.D., Provencher M.D. Early maladaptive schemas among patients diagnosed with bipolar disorder / L.D. Hawke, M.D. Provencher // *Journal of Affective Disorders*. - 2012. - Vol.136. - P. 803-811.
70. Cormier A., Jourda B., Laros C., Walburg V., Callahan S. Influence between early maladaptive schemas and depression / A. Cormier, B. Jourda, C. Laros, V. Walburg, S. Callahan // *L'Encephale*. -2011. - Vol.37. -P.293-298.
71. Delattre V., Servant D., Rusinek S., Lorette G, Parquet P.J., Coudemand M., Hautekeete M. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders / V. Delattre, D. Servant, S. Rusinek, G. Lorette, P.J. Parquet, M. Coudemand, M. Hautekeete // *L'Encephale*. - 2004.
72. Newman C.F., Leahy R.L., Beck A.T., Reilly-Harrington N.A., Gyulai L. Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach / C.F. Newman, R.L. Leahy, A.T. Beck, N.A. Reilly-Harrington, L. Gyulai. - Washington: American Psychological Association. - 2002. - Vol.30. - P.255-258.
73. Bortolon C., Capdevielle D., Boulenger J.P., Gely-Nargeot M.C., Raffard S. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study / C. Bortolon, D. Capdevielle, J.P. Boulenger, M.C. Gely-Nargeot, S. Raffard // *Psychiatry Research*. - 2013.
74. Sundag J., Ascone L., Marques A.M., Moristz S., Lincoln T.M. Elucidating the role of Early Maladaptive Schemas for psychotic symptomatology / J. Sundag, L. Ascone, A.M. Marques, S. Moristz, T.M. Lincoln // *Psychiatry Research*. - 2016. - Vol.238. - P.53-59.
75. Morrison A.P., Riso L.P., du Toit P.L., Stein D.J., Young J.E. Case Formulation and Cognitive Schemas in Cognitive Therapy for Psychosis. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide / A.P. Morrison, L.P. Riso, P.L. du Toit, D.J. Stein, J.E. Young. - Washington: American Psychological Association. - 2007. - 240p. - (P.177- 197).
76. Segal Z.V. Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression / Z.V. Segal // *Psychological Bulletin*. - 1988. - Vol.103, №2. - P.147-162.
77. Труевцев Д.В. Ранние неадаптивные схемы при депрессии разной степени тяжести / Д.В. Труевцев // *25 лет Московскому психологическому обществу: Юбилейный сборник РПО: в 4-х томах. - М.: МАКС Пресс, 2011. - Том 2. - С.22-25.*
78. Юсупов П.Р. Исследование перфекционизма у лиц с тревожно-депрессивной симптоматикой в контексте психической ригидности / П.Р. Юсупов // *СПЖ. - 2012. - №43. - С.10-17.*
79. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Социальное тревожное расстройство в структуре личностно-аномального синдрома: когнитивные схемы и нарушение селективности внимания / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев // *125 лет Московскому психологическому обществу. Юбилейный сб.: в 4-х томах. - М.: МАКС Пресс, 2011. - Т.2. - С. 22-25.*
80. Труевцев Д.В., Сагалакова О.А. Руминации в контексте метакогниций, неадаптивных схем и психической ригидности / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев // *Известия Алтайского гос. ун-та. - 2011. - №2. - С.69-72.*
81. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. Характеристики когнитивной сферы игроков в многопользовательские онлайн-ролевые игры с различной степенью интернет-зависимого поведения / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Д.В. Московченко // *Медицинская психология в России электрон научн. журн. - 2013. - №1(18). - URL: http://medpsy.ru*
82. Тихомирова М.А. Психологическое благополучие и ранние дезадаптивные схемы человека: дис...магистра психологии / Тихомирова М.А. - СПб., 2014. - 120с.
83. Schmidt N.B., Joiner T.E. Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress / N.B. Schmidt, T.E. Joiner // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. - 2004. - №26. - P.65-72.
84. Tremblay P.F., Dozois D.J. Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas / P.F. Tremblay, D.J. Dozois // *Personality and Individual Differences*. - 2009. - №6. - P.569-574.
85. Rittenmyer G.J. The relationship between early maladaptive schemas and job burnout among public school teachers / G.J. Rittenmyer // *Dissertation Abstracts International*. - 1997. - №58(5-A). - P.1529.
86. Галимзянова М.В., Смышляева Е.Д. Ранние дезадаптивные схемы в связи со страхами взрослых /

- М.В. Галимзянова, Е.Д. Смышляева // Ананьевские чтения - 2015: Фундаментальные проблемы психологии: материалы научной конференции, 20-22 октября 2015г. - СПб: СПбГУ, Скифия-принт, 2015. - С.49-50.
87. Корнева А.А., Сагалакова О.А. Взаимосвязь социальной тревоги и телотофобии в контексте ранних неадаптивных схем Дж. Янга / А.А. Корнева, О.А. Сагалакова // Материалы 53-й Международной научной студенческой конференции МНСК-2015: Психология. - Новосибирск: Новосиб. гос. ун-т. - 2015. - С.93-94.
88. Бубнова А.В. Психологические особенности застенчивости на этапе подростничества / А.В. Бубнова // Неделя науки СПбГПУ: материалы научно-практической конференции с международным участием. Институт гуманитарного образования СПбГПУ. - СПб: Изд-во политехн. ун-та. - 2014. - С.258-260.
89. Слепцова А.Н. Взаимосвязь ранних дезадаптивных схем и самооношения у подростков / А.Н. Слепцова // Психология XXI века: российская психология в контексте мировой науки. Материалы международной научной конференции молодых ученых. - СПб.: Скифия-принт, 2016. - С.106-107.
90. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Медицинская помощь. - 1994.- №3.- С.15-19.
91. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // Психологический журнал. - 2002. - Том 23. - № 6. - С.5-17.
92. Холмогорова А.Б. Работа с убеждениями: основные принципы (по А. Беку) / А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. - 2001. - №4. - С.87-109.
93. Young J.E., Brown G. Young Schema Questionnaire (3rd ed.). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach / J.E. Young, G. Brown; Inj. E. Young. - Sarasota, FL: Professional Resource Press, 1999. - P.63-76.
94. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Психология социального тревожного расстройства: монография / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев. - Томск: Изд-во Томск. ун-та, 2014. - 248с.
95. Frank E., Anderson B., Stewart B.D., Dancu C., Hughes C. & West D. Efficacy of cognitive-behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma / E. Frank, B. Anderson, B.D. Stewart, C. Dancu, C. Hughes & D. West // Behavior therapy. - 1988. - №19. - P.403-420.
96. Туркингтон Д., Тай С., Браун С, Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: доказательства эффективности и основные техники работы с галлюцинациями и бредом / Д. Туркингтон, С. Тай, С. Браун, А.Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. - 2011. - №1. - С.25-32.
97. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт / А.Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. - 2007. - №4. - С.14-20.
98. Рычкова О.В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией / О.В. Рычкова // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. - Т.17. - №4. - С.91-105.
99. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. Hove (UK). Lawrence Erlbaum / A. Wells, G. Matthews // Clinical Psychology & Psychotherapy. - 1994. - Vol.2. - P.134.
100. Barker V., Gumley A., Schwannauer M., Lawrie S.M. An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis / V. Barker, A. Gumley, M. Schwannauer, S.M. Lawrie // The British Journal of Psychiatry. - 2015. - №206. - P.177- 180.
101. Вайсс Д. Как работает психотерапия: процесс и техника / Д. Вайсс. - М.: «Независимая фирма «Класс», 1998. - 240с.
102. Beck A.T. & Emery G. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective / A.T. Beck & G. Emery. - New York: Basic Books.
103. Widiger T.A. The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative / T.A. Widiger // Psychological Inquiry. - 1993. - №4(2). - P.75-90.
104. Costa P.I. & Widiger T.A. Personality disorders and the five-factor model of personality: (2nd ed.). / P.I. Costa & T.A. Widiger. - Washington, DC: American Psychological Association. - 2001.
105. Samuel D.B. & Widiger T.A. A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM personally disorders: A facet level analysis / D.B. Samuel & T.A. Widiger // Clinical Psychology Review. - 2008. - №28(8). - P.1326-1342.
106. Nur U., Tyrer P., Merson S. & Johnson T. Relationship between clinical symptoms, personality disturbance and social function: a statistical enquiry / U. Nur, P. Tyrer, S. Merson & T. Johnson // Irish Journal of Psychological Medicine. - 2004. - №21. - P.19- 22
107. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus. - New York: McGraw-Hill, 1966.
108. Lang P.J. A bio-informational theory of emotional imagery / P.J. Lang // Psychophysiology. - 1979. -№ 16. - P.495-510.
109. Lang P.J., Melamed B.G. & Hart J. A psycho physiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure / P.J. Lang, B.G. Melamed & J. Hart // Journal of Abnormal Psychology. - 1970. - №76. - P.220-234.
110. Chemtob C., Roitblat H.L., Hamada R., Carlson J.G., Twentyman C.T. A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder / C. Chemtob, H.L. Roitblat, R. Hamada, J.G. Carlson, C.T. Twentyman // Journal of Anxiety Disorders. - 1988. - Vol.2. - P.253 275.

Поступила в редакцию 11.04.2017