

СХЕМАСФОКУСИРОВАННЫЙ ПОДХОД В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЯМИ ОТ ПАВ

Теперик Р.Ф.¹, Иванов Д.Н.²

¹ *Теперик Римма Федоровна*

кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», ул. Моховая, д. 11, стр. 9, Москва, 125009, Россия. Тел.: 8 (495) 629-37-23.

E-mail: rimmateperik@mail.ru

² *Иванов Денис Николаевич*

клинический психолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, руководитель социальных программ Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, научный сотрудник; федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Каширское ш., 34, Москва, 115522, Россия. Тел.: 8 (495) 109-03-93.

E-mail: denis.n.ivanov@gmail.com

Аннотация

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) предлагает универсальный концепт «когнитивной схемы», выступающей центральным звеном, через которое можно понять убеждения человека и то, как формируются и функционируют аддиктивные расстройства.

Согласно разработанной в 1990 г. концепции Дж. Янга, неудовлетворенные в детстве базовые эмоциональные потребности приводят к возникновению ранних дезадаптивных схем (РДС), стилей совладания с ними и режимов.

Понимание РДС важно для преодоления барьеров в психотерапии с зависимыми от ПАВ (частые отмены, пропуски сессий, «дроп-ауты»). Зная о наличии и выраженности той или иной схемы, психотерапевту становится понятно поведение пациента, в том числе в их межличностном взаимодействии.

Целью исследования было изучить когнитивные схемы, используя методы КПТ, затем изучить РДС с помощью диагностического инструментария, который предлагает схема-терапия с тем, чтобы далее сопоставить и проанализировать результаты. Исследовалось, насколько РДС множественны и выражены, а также какие эмоциональные потребности чаще всего фрустрированы у аддиктов.

Выявленные при анализе ситуаций глубинные убеждения и схемы подтвердились похожими результатами, которые были получены во второй части исследования с помощью опросника YSQ-3, что говорит о комплементарности опросника. Оказалось, что РДС у пациентов с зависимостью от ПАВ ярко выражены (выше 60%) и множественны (от 9 до 16). У 20 из 22 пациентов насчитывалось более пяти выраженных (выше 40%) схем одновременно, у 10 из них количество выраженных схем составляло от 9 до 16. Такая ситуация может выступать причиной частых и сильных внутренних психологических конфликтов, непоследовательности в мышлении, реагировании и являться маркером личностных расстройств. Наиболее частые и выраженные базисные схемы «Недоверие/ожидание жестокого обращения», «Покинутость и нестабильность» относятся к категории «Нарушенные связи и отвержение». Об опыте психологического и физического насилия рассказывали большинство респондентов. Это подтверждает гипотезу Дж. Янга о причинах формирования данного типа РДС в детстве: последствие негативного опыта, нарушений привязанности, фрустрированной потребности в безопасности и принятии. На основании этих выявленных схем доступными для понимания становятся и фрустрированные эмоциональные потребности человека. Все это служит базисом для создания и укрепления терапевтических отношений как необходимого условия для проведения психотерапии аддикций.

Ключевые слова: КПТ; схема-терапия; РДС; схема; аддикт; ПАВ; зависимость.

УДК 616.89-008.44:615.851

Библиографическая ссылка

Теперик Р.Ф., Иванов Д.Н. Схемасфокусированный подход в когнитивно-поведенческой психотерапии пациентов с зависимостями от ПАВ // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2020. – Т. 12, № 2(61) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru>

Поступила в редакцию: 31.01.2020 Прошла рецензирование: 29.02.2020 Опубликована: 24.03.2020

Введение

Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии аддикций предлагает систему, интегрирующую различные подходы в психотерапии зависимостей [17]. Интегративная модель КПТ [19] учитывает роль различных факторов — поведенческих, когнитивных, нейрохимических, аффективных [15]. В основе КПТ лежит понятие «когнитивная схема», т.е. система убеждений человека в отношении себя, мира, других или отдельной проблемы [4]. Понятие «схема» изначально ввел Ф. Бартелет [18], а затем использовал в своих работах Ж. Пиаже [26] и А. Бек, создатель КПТ. Часто понятие «схема» сравнивается с термином «личностный конструкт» Дж. Келли [24].

Схемы задают стиль когнитивным процессам (наблюдению, оценке, анализу), что, в свою очередь, приводит к эмоциональному, телесному, поведенческому реагированию. Происходят предвзятое восприятие и схематизированная обработка информации в отстаивании негативных убеждений [10]. Когнитивная модель предоставляет возможности получить доступ к этим неосознаваемым автоматизмам.

Схема представляет собой бессознательную, доступную лишь частично [25] когнитивную структуру, содержанием которой выступают глубинные убеждения [8]. А. Бек разделил негативные глубинные убеждения на две категории — беспомощности, непривлекательности [Там же], а Дж. Бек ввела третью категорию — бесполезности [4]. Чтобы совладать с этими глубинными убеждениями, формируются промежуточные убеждения в виде условий, допущений, правил; также промежуточные убеждения проявляются в виде компенсаторных или копинг-стратегий. Так зависимое поведение помогает пациенту справиться с активированным глубинным убеждением [20].

Последние исследования свидетельствуют о том, что схемы могут формироваться в любом возрасте [10]. По мнению А. Бека, формированию когнитивных схем способствуют генетическая предрасположенность и ранние события детства, вследствие чего переработанный травматический опыт приводит к негативным эмоциональным выводам [7].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) предлагает универсальный концепт «когнитивной схемы», выступающей центральным звеном, через которое можно понять, как формируются и функционируют аддиктивные расстройства. Часто психотерапевтическая работа осуществляется с чрезвычайно ригидными когнитивными схемами, когда убеждения человека о себе, мире или других воспринимаются, как будто «так оно и есть» [Там же].

У пациентов, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), часто наблюдаются симптомы, характерные для других расстройств: наряду с расстройством поведения часто присутствуют расстройства аффективного спектра, невротические расстройства и признаки тяжелой личностной психопатологии [5].

Для оказания психотерапевтической помощи чрезвычайно важно представлять систему убеждений зависимого пациента и стоящих за ними когнитивных схем.

Например, опыт отвержения в детстве пациента мог сформировать определенную схему и глубинное убеждение «Я неценный», что привело к появлению компенсаторной схемы самопожертвования [12]. Эти схемы зададут соответствующий стиль поведения и в отношениях с психотерапевтом, у которого тоже присутствуют когнитивные схемы, которые могут активироваться в процессе терапии и влиять на терапевтические отношения [23].

Таким образом, когнитивная концептуализация — это понимание психотерапевтом терапевтического случая: как у пациента появилось расстройство, как оно развивается и за счет каких дисфункциональных режимов поддерживается. Когнитивная концептуализация формулируется с первой встречи и далее уточняется в процессе психотерапии. Такой эволюционный подход помогает планировать эффективную терапию [4]. В процессе терапии пациент получает представление о своих факторах уязвимости — триггерных событиях, дисфункциональных мыслях и паттернах реагирования, а далее формирует адаптивные стратегии мышления и поведения, пополняя репертуар эффективных техник для решения проблем [11].

Материалы и методы

Работа с зависимостью от ПАВ сопряжена с выраженными трудностями, значительная часть которых относится к эмоциональной сфере пациентов [14]. Неоднократные рецидивы, низкая мотивация, проблемы с ментализацией [3], в коммуникациях, алекситимия приводят к тому, что когнитивных психотехник часто бывает недостаточно. Для реструктурирования дезадаптивных убеждений более действенными могут стать эмоциональные, экспериенциальные техники [21], которые бы активировали новые переживания и новый «эмоциональный корректирующий опыт» [16], получаемый пациентом в процессе общения с психотерапевтом.

Согласно разработанной в 1990 г. концепции Дж. Янга [9], неудовлетворенные в детстве базовые эмоциональные потребности приводят к возникновению ранних дезадаптивных схем (РДС), стилей совладания с ними и режимов [31]. Дж. Вилсон, разрабатывавший идею влияния детского опыта на формирование схем, подтверждает в своем обзоре ряда исследований зависимость схем от травм в детстве [30]. Восемнадцать РДС он сгруппировал в пять укрупненных категорий (доменов) в соответствии с неудовлетворенными потребностями развития [31]. В одном из зарубежных исследований продемонстрировано, что выраженность разного рода схем коррелирует с разными типами веществ: алкоголь — «нарушение границ», синтетические вещества — «ожидание жестокого обращения», опиоиды — «недостаточность самоконтроля» [28]. Но данные о связях схем и типа вещества представляются, на наш взгляд, не столь важными, так как современные аддикты чаще всего полизависимы [13]. Важнее понимание схем и их выраженности для создания психотерапевтического базиса — терапевтических отношений для концептуализации и преодоления барьеров в психотерапии с зависимыми от ПАВ (частые отмены, пропуски сессий, «дроп-ауты») [22].

Основные психотехники схема-терапии [1] отвечают задачам, с которыми сталкивается специалист, работая с пациентом с зависимостью от ПАВ: эмоциональная дистантность, низкая самоэффективность, слабая мотивация [2].

Нашей задачей было исследовать когнитивные схемы, используя техники КПТ, затем изучить РДС с помощью диагностического инструментария, который предлагает схема-терапия, с тем, чтобы далее сопоставить и проанализировать результаты. Нас интересовало, насколько РДС множественны и выражены, а также какие эмоциональные потребности чаще всего фрустрированы у аддиктов. Эти данные чрезвычайно важны

для построения точной когнитивной концептуализации и создания качественных терапевтических отношений.

В первой части проводилось полуструктурированное интервью и разбирались три ситуации из жизни пациента. В рамках разбора выявлялись мысли, глубинные и промежуточные убеждения, выдвигалась гипотеза о том, какие когнитивные схемы стоят за убеждениями, строилась когнитивная концептуализация пациента. Во второй части предлагался опросник схем Янга (Young Schema Questionnaire, YSQ) третьей версии — русскоязычная версия методики определения выраженности ранних дезадаптивных схем 2014 г. [6]. Далее также выстраивалась концептуализация случая. По каждому пациенту мы сравнивали результаты первой и второй частей и делали заключение о схожести выявленных схем. Понимание когнитивных схем помогает проанализировать характерные ситуации-триггеры, заранее спланировать возможные адекватные стратегии поведения. Понимание схем пациента — это «компас» для выработки «маршрутной карты»: определения стратегий построения контакта и психотерапии в целом. Знание выраженности схем также позволяет дать оценку тяжести случая для более качественного прогноза.

В исследовании приняли участие 22 пациента (4 женщины и 18 мужчин), проходящих реабилитацию в закрытых наркологических клиниках. Средний возраст — 33,27 года (среднеквадратичное отклонение — 5,19). В браке находились 11 человек, холосты (не замужем) — 9 человек, на момент исследования 3 человека были в разводе. Высшее образование было у 7 человек, у остальных — среднее и среднее специальное; 5 человек назвали себя безработными, 2 — студентами, а остальные заявили о наличии работы. В целом всех респондентов можно классифицировать как полизависимых. В качестве основного наркотика 14 человек принимали инъекционный вариант, 8 человек — неинъекционный. Средний стаж употребления по выборке составил 12,54 года (среднеквадратичное отклонение — 4,1), средний срок трезвости — 20,4 месяца (среднеквадратичное отклонение — 16,17).

Результаты исследования

Первый этап. Пациентам предлагалось сформулировать актуальные психологические проблемы и традиционным для КПТ образом разбиралось по три ситуации с каждым респондентом. В ходе разбора выявлялись типичные компенсаторные убеждения/стратегии, которые феноменологически сопоставлялись со вторичными (компенсаторными) РДС (табл. 1).

Таблица 1

Выявленные компенсаторные стратегии и запросы

Актуальные психологические проблемы	Вторичные РДС
«Чувство тревоги, много страхов»	Грандиозность, покорность
«Я себя не контролирую»	Зависимость
«Страхи, фобии... страх умереть»	Жесткие стандарты, поиск одобрения
«Эгоцентризм, упертость»	Недоверие, жесткие стандарты
«Обиды постоянно»	Грандиозность, придирчивость (жесткие стандарты)
«Обида»	Грандиозность, поиск одобрения

«Сверхконтроль»	Подавленность эмоций, жесткие стандарты
«Агрессия»	Грандиозность, придирчивость
«Ярость, агрессия, неуправляемость»	Грандиозность, жесткие стандарты
«Я к себе очень требовательный»	Жесткие стандарты, грандиозность, поиск одобрения
«Тревога, страх»	Поиск одобрения
«Обида и закрываюсь постоянно»	Жесткие стандарты
«Мой бунт, протест»	Жесткие стандарты, грандиозность
«Беспокойство, тревога при общении»	Подавленность эмоций
«Проблемы в общении! Страхи»	Жесткие стандарты, покорность
«Страх общения. Самооценка»	Поиск одобрения
«Неуверенность, страхи»	Жесткие стандарты
«Сверхтребовательность»	Поиск одобрения, жесткие стандарты, грандиозность
«Страхи, что не справлюсь»	Поиск одобрения, зависимость
«Разочарование, не реализовался»	Самопожертвование, жесткие стандарты
«Я прямой очень, требовательный»	Подавление эмоций, жесткие стандарты, поиск одобрения
«Обидки и слезливость»	Подавление эмоций, покорность

В процессе анализа ситуаций выявлялись глубинные убеждения, которые мы сопоставляли с РДС (табл. 2).

Таблица 2

Выявленные глубинные убеждения

Глубинные убеждения, выявленные в интервью	Соответствующая РДС
«Я жалкий и никчемный»	Дефективность, покинутость и нестабильность
«Я буду одинокой»	Покинутость и нестабильность, недостаточность самоконтроля
«Я неудачник»	Дефективность, покинутость и нестабильность
«Я чмо»	Дефективность, покинутость и нестабильность
«Я клоун, я лошок»	Недоверие/ожидание жестокого обращения
«Я ненужный, я неудачник»	Покинутость и нестабильность
«Я несостоятелен, я уязвим»	Недоверие/ожидание жестокого обращения
«Я ненужный»	Покинутость и нестабильность
«Я лох, я псих»	Дефективность, покинутость и нестабильность
«Я не мужчина»	Дефективность, покинутость и нестабильность
«Я неудачник»	Дефективность, покинутость и нестабильность
«Меня покинули, неудачник»	Покинутость и нестабильность, дефективность
«Меня могут предать»	Недоверие/ожидание жестокого обращения
«Я не справлюсь. Со мной что-то не так»	Беспомощность, дефективность

«Я недостаточно хороша»	Неуспешность, покинутость и нестабильность
«Я изгой, я ненужный»	Покинутость и нестабильность
«Я лентяй и бестолочь»	Дефективность, покинутость и нестабильность
«От меня могут отвернуться»	Покинутость и нестабильность
«Я не справлюсь»	Неуспешность
«Я не ценный»	Покинутость и нестабильность
«Я слабый. Я посмешище»	Неуспешность, покинутость и нестабильность
«Я ненужная, неуспешная»	Покинутость и нестабильность, неуспешность

Второй этап. Во второй части исследования с помощью опросника мы определяли наличие и выраженность РДС. Результаты показали, что у 16 человек была обнаружена схема «Недоверие/ожидание жестокого обращения», у 13 человек — «Покинутость и нестабильность» (табл. 3). Средние по выборке выраженности РДС представлены на рис. 1.

Таблица 3

Выраженность ранних дезадаптивных схем, %

Эмоциональная депривированность	44	48	44	56	16	16	40	0	0	4	0	12	52	28	4	24	8	36	60	0	8	16
Покинутость\Нестабильность	76	84	56	40	64	64	48	36	32	88	44	60	32	20	16	36	28	60	36	56	48	64
Недоверие\Ожидание жестокого обращения	72	76	76	96	84	80	56	92	36	60	52	52	68	16	36	20	20	68	44	60	24	12
Социальная отчужденность	80	44	68	60	44	48	56	36	16	40	68	52	52	24	24	4	8	36	20	4	12	24
Дефективность\Стыдливость	76	24	64	20	40	4	44	0	16	20	8	24	24	8	4	4	0	32	0	4	0	4
Неуспешность	76	40	52	40	32	28	60	8	20	28	24	12	4	16	36	24	20	28	80	32	40	56
Зависимость\Беспомощность	68	68	52	20	52	24	52	16	16	28	32	28	8	44	8	12	4	28	80	28	12	48
Уязвимость	76	68	32	80	28	44	60	44	16	76	64	28	0	8	24	24	4	44	28	0	1	16
Запутанность\Неразвитая идентичность	56	80	52	16	52	88	76	56	24	72	20	48	0	12	32	40	8	40	20	40	16	12
Покорность	76	48	68	52	60	44	64	56	12	56	20	32	8	36	44	32	32	56	40	36	60	60
Самопожертвование	20	24	36	12	56	88	36	60	24	36	28	32	24	0	8	24	24	44	20	72	40	56
Подавленность эмоций	60	68	76	44	60	48	64	20	8	4	28	36	24	40	16	32	24	20	8	28	72	40
Жесткие стандарты\Придирчивость	40	68	84	100	84	68	60	56	64	96	20	84	64	16	40	44	32	52	48	52	84	40
Привилегированность\Грандиозность	72	100	20	60	60	64	60	52	84	92	44	52	84	40	20	32	16	72	60	16	28	24
Недостаточность самоконтроля	64	96	40	44	48	24	60	40	48	68	44	48	56	44	16	20	24	60	60	24	32	56
Поиск одобрения	60	100	68	96	92	92	68	40	80	96	64	68	24	56	36	44	24	84	100	24	64	36
Негативизм\Пессимизм	52	40	80	80	68	60	48	68	64	72	68	48	24	20	24	36	16	60	40	32	48	24
Пунитивность	56	32	76	52	52	32	36	36	68	60	28	44	12	16	36	12	8	40	36	48	60	44
Сумма по всем шкалам — ΣYSQ	371	367	351	332	338	319	337	269	247	339	254	280	230	201	196	206	165	305	285	229	256	248
Среднее значение выраженности всех схем — MYSQ	4,12	4,08	3,90	3,69	3,76	3,54	3,74	2,99	2,74	3,77	2,82	3,11	2,56	2,23	2,18	2,29	1,83	3,39	3,17	2,54	2,84	2,76
Сумма всех ответов, получивших баллы 5 и 6 — ΣΣ2	38	47	30	44	34	35	19	36	22	41	14	23	24	7	3	0	1	22	26	10	23	18



Рис. 1. Выраженность усредненных РДС по всем респондентам, %

Как правило, у аддиктов страх быть отвергнутым трудно осознаваем, на поверхности лежат глубинные убеждения о себе как о недостаточно хорошем (соответствует РДС «Дефективность») и негативные глубинные убеждения о мире, о других (соответствует РДС «Недоверие/ожидание жестокого обращения»). Путем прояснения значений для личности его характерного глубинного убеждения, например «Со мной что-то не так», «Я ненужный», «Я неценный» (категория непривлекательности по Беку), мы приходили к выводу о схеме, которая за ними стоит. В итоге в ходе интервью у 17 человек прослеживалась базисная схема «Покинутость и нестабильность» (см. табл. 2).

В качестве вторичной наиболее частой была РДС «Жесткие стандарты и придирчивость» (у 15 человек). Эта же схема была самой распространенной в интервью (см. табл. 1), проявляя себя через характерные компенсаторные стратегии и правила по типу «Я должен быть лучше». Схема часто работает как компенсаторная для «Дефективности», «Покинутости и нестабильности» [6]. На втором и третьем местах по частоте среди компенсаторных схем, выявленных с помощью опросника, — «Привилегированность/грандиозность» и «Поиск одобрения» (у 14 и 16 человек соответственно). В ходе интервью выявлены те же схемы, но проявляли они себя не только через убеждения, но и через поведение в отношениях с психотерапевтом — пациенты часто занимали крайние позиции в контакте, как бы балансируя между «Мне все равно» и «Не отвергайте меня». Часто эти схемы — компенсация чувства

отверженности, социальной изолированности. У пациентов с РДС «Привилегированность и грандиозность» не была интроецирована способность выстраивать адекватные внутренние границы. Это способствует формированию трудностей в самодисциплине, низкой толерантности к фрустрациям, импульсивных действий и игнорированию правил.

Обсуждение результатов

На основании выявленных в интервью глубинных убеждений и правил нами выдвигались гипотезы о наличии той или иной РДС. Данные гипотезы нашли подтверждение с помощью опросника YSQ-3. Это может говорить о комплементарности опросника применяемым в КПТ технологиям.

Подтвердились наши изначальные гипотезы, что у пациентов с зависимостью от ПАВ схемы ярко выражены (выше 60%) и множественны. У 20 из 22 пациентов насчитывалось более пяти выраженных (выше 40%) схем одновременно, у 10 из них количество выраженных схем составляло от 9 до 16. Такая ситуация выступает причиной частых и сильных внутренних психологических конфликтов, непоследовательности в мышлении, реагировании и является маркером личностных расстройств [Там же].

Выводы

Обе выявленные нами наиболее частые и выраженные базисные схемы «Недоверие/ожидание жестокого обращения», «Покинутость и нестабильность» относятся к категории «Нарушенные связи и отвержение». Об опыте психологического и физического насилия рассказывали большинство респондентов. Это подтверждает гипотезу Дж. Янга о причинах формирования данного типа РДС в детстве: последствие негативного опыта, нарушений привязанности, фрустрированной потребности в безопасности и принятии [31].

Прояснение схем пациента открывает возможности для более глубокого понимания причин текущих психологических проблем и связанного с этим обращением к ПАВ. Зная о наличии и выраженности той или иной схемы, психотерапевту становится понятно поведение пациента, в том числе в их межличностном взаимодействии. Доступными для понимания становятся и фрустрированные эмоциональные потребности человека, все это служит базисом для создания и укрепления терапевтических отношений [29]. Опираясь на результаты проведенного исследования, можно сказать, что в работе с данной группой пациентов в психотерапевтических отношениях должен делаться акцент на валидации, эмпатичном стиле [12], отсутствии критики в вербальных и невербальных посланиях [27]. Психотерапевту важно демонстрировать такие качества, как надежность, устойчивость, предлагая тем самым новый эмоциональный опыт, где присутствуют открытость и безопасность. Таким образом, устраняются возможные триггеры для активации схем «Покинутость и нестабильность», «Недоверие/ожидание жестокого обращения».

Понимание схем, их выраженности, а также неудовлетворенных эмоциональных потребностей пациентов играет ключевую роль в создании терапевтических отношений, без которых невозможна эффективная психотерапия.

Литература

1. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / пер. с англ. – М.: Научный мир, 2016. – 320 с.
2. Бандура А. Теория социального научения. – СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.
3. Бейтман Э.У., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практ. пособие / пер. с англ. И. Кушнарева; под ред. И. Сизиковой. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014. – 250 с.

4. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. – СПб.: Питер, 2018. – 416 с.
5. Гуревич Г.Л. Коморбидные расстройства в наркологической практике. – М.: Медпрактика-М, 2007. – 120 с.
6. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. – СПб.: Политехн. университет, 2016. – 151 с.
7. Когнитивная психотерапия расстройств личности / под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
8. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо [и др.]. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
9. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств / Я. Прашко, П. Можны, М. Шлепецки [и др.]. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. – 1072 с.
10. Лихи Р. Техники когнитивной психотерапии. – СПб.: Питер, 2020. – 656 с.
11. Мак-Маллин Р. Практикум по когнитивной терапии / пер. с англ. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
12. Роджерс К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы. – М.: Институт психотерапии, 2008. – 512 с.
13. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В.Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
14. Старшенбаум Г.В. Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей. – М.: Когито-Центр, 2006. – 367 с.
15. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра: монография. – М.: Медпрактика-М, 2011. – 480 с.
16. Alexander F., French T.M. Psychoanalytic therapy: Principles and application. – N.Y.: Ronald Press, 1946. – 353 p.
17. Alford B.A., Beck A.T. The Integrative Power of Cognitive Therapy. – N.Y.: Guilford Press, 1998. – 197 p.
18. Bartlett F.C. Remembering: A study in experimental and social psychology. – Cambridge University Press, 1932.
19. Cognitive behaviour therapy: A guide for the practising clinician / ed. by G. Simos. – Routledge, 2002. – Vol. 1.
20. Cognitive therapy of substance abuse / A.T. Beck, F.D. Wright, C.F. Newman [et al.]. – N.Y.; L.: Guilford Press, 1993.
21. Farrell J.M., Reiss N., Shaw I.A. The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs. – Wiley-Blackwell, 2014. – 350 p.
22. Handbook of cognitive-behavioral therapies / ed. by K.S. Dobson. – 3rd ed. – N.Y.: Guilford Press, 2010. – 380 p.
23. Kazantzis N., Dattilio F.M., Dobson K.S. The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: a clinician's guide. – N.Y.: Guilford Press, 2017. – 288 p.
24. Kelly G.A. The psychology of personal constructs. – L.: Routledge, 1992. – Vol. 1: A theory of personality.
25. LeDoux J. Fear and the brain: Where have we been, and where are we going? // Biological Psychiatry. – 1998. – Vol. 44, № 12. – P. 1229–1238.
26. Piaget J. The early growth of logic in the child. – London: Routledge and Kegan Paul, 1964. [La genèse des structures logiques élémentaires, 1959.]
27. Psychotherapy relationships that work: Evidence-based / ed. by J.C. Norcross. – 2nd ed. – N.Y.: Oxford University Press, 2011. – 456 p.

28. The relation between early maladaptive schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders / R.C. Shorey, J. Elmquist, S. Anderson [et al.] // *Journal of Psychoactive Drugs*. – 2015. – Vol. 47, № 3. – P. 230–238.
29. The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies / ed. by P. Gilbert, R.L. Leahy. – N.Y.; L.: Routledge, 2009. – 292 p.
30. Wilson J. Attachment style and symptoms of psychopathology in children in care: An investigation of the mediating role of early maladaptive schemas: DCLinPsy thesis. – Sheffield: University of Sheffield, 2013. – 167 p.
31. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema therapy: A practitioner's guide. – N.Y.; L.: Guilford Press, 2003.

Schema-focused approach in cognitive-behavioral psychotherapy for patients with substance use

Teperik R.F.¹
E-mail: rimateperik@mail.ru

Ivanov D.N.²
E-mail: denis.n.ivanov@gmail.com

¹ *Lomonosov Moscow State University*
11/9 Mokhovaya st., Moscow, 125009, Russia
Phone: +7 (495) 629-37-23

² *Mental Health Research Center*
34 Kashirskoye shosse, Moscow, 115522, Russia
Phone: +7 (495) 109-03-93

Abstract

Cognitive-behavioral therapy (CBT) offers a universal concept of a "cognitive schema" that acts as a central link through which one can understand a person's beliefs and how addictive disorders are formed and function.

According to the concept of J. Young developed in 1990, basic emotional needs unsatisfied in childhood lead to the emergence of early maladaptive schemas (EMS), coping styles, and modes. Understanding EMS is important for overcoming barriers in psychotherapy with patients with substance use (frequent cancellations, missed sessions, drop-outs). Knowing the presence and severity of a particular schema, the psychotherapist understands the patient's behavior, including in their interpersonal interaction.

The goal was to investigate cognitive schemas using CBT methods, then study EMS using diagnostic tools offered by schema-therapy in order to further compare and analyze the results. It was investigated how EMS are multiple and pronounced, as well as what emotional needs are most often frustrated with addicts.

Core Beliefs and schemas revealed in the analysis of the situations were confirmed by similar results that were obtained in the second part of the study using the YSQ-3 questionnaire, which indicates the complementarity of the questionnaire. It turned out that EMS in patients with substance use are severe (above 60%) and multiple (from 9 to 16). In 20 of 22 patients, there were more than five acute (above 40%) schemas at the same time, in 10 of them the number of severe schemas was from 9 to 16. Such a situation can cause frequent and strong internal psychological conflicts, inconsistent thinking, response and be a marker personality disorders. The most frequent schemas "Vulnerability to harm", "Abandonment and instability" belong to the category "Disconnection and rejection". The majority of respondents spoke about the experience of psychological and physical violence. This confirms J. Young's hypothesis about the reasons for the formation of this type of RDS in childhood: the consequence of negative experience,

attachment disorders, frustrated need for security and acceptance. Based on these identified schemas, frustrated emotional needs of a person become accessible for understanding. All this serves as a basis for creating and strengthening therapeutic relationships, as a necessary condition for the psychotherapy of addictions.

Key words: CBT; schema-therapy; EMS; Schema; addiction; substance.

For citation

Teperik R.F., Ivanov D.N. Schemafocused approach in cognitive-behavioral psychotherapy for patients with substance use. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 2 [in Russian, abstract in English].