**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования**

**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ**

**МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА**

**Факультет клинической психологии**

**Кафедра клинической психологии**

**Ранние дезадаптивные схемы и схема-режимы у пациентов с депрессивными расстройствами**

Курсовая работа

**Выполнила:**

Студентка 4 курса

Карчевская Евгения

**Научный руководитель:**

**Профессор, доктор медицинских наук**

**Сирота Наталья Александровна**

**Старший преподаватель кафедры клинической психологии**

**Шарифова Алина Адилхановна**

Результаты автоматизированной проверки текста на наличие заимствований

 «Антиплагиат ВУЗ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_84%**\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Москва 2022

Оглавление

[**Введение** 4](#_Toc104490902)

[**Глава 1. Теоретические представления о депрессивных расстройствах.** 6](#_Toc104490903)

[1.1 Эпидемиология депрессивных расстройств 6](#_Toc104490904)

[1.2 Нейробиологические представления о депрессивных расстройствах 8](#_Toc104490905)

[1.3 Современные представления о депрессивных расстройствах личности с позиции когнитивных моделей 12](#_Toc104490906)

[*1.4 Трансдиагностические механизмы при депрессии* 15](#_Toc104490907)

[*1.5 Биопсихосоциоальная модель депрессии* 17](#_Toc104490908)

[**Глава 2. Смысловая структура понятия "Схема".** 19](#_Toc104490909)

[2.1 Обзор динамики концептуализации понятия "Ранняя дезадаптивная схема" 19](#_Toc104490910)

[*2.2 Представления о позитивных схемах* 26](#_Toc104490911)

[2.3 Ранние дезадаптивные схемы у лиц с депрессивными расстройствами 31](#_Toc104490912)

[**Глава 3. Представления о схема-режимах.** 34](#_Toc104490913)

[3.1 Категоризация режимов 34](#_Toc104490914)

[*3.2 Схема-режимы у лиц с депрессивными расстройствами* 38](#_Toc104490915)

[**Глава 4.** Эмпирическая часть 40](#_Toc104490916)

[4.1. Описание исследования 40](#_Toc104490917)

[4.2 Описание результатов 43](#_Toc104490918)

[*4.3 Обсуждение результатов* 48](#_Toc104490919)

[Выводы 51](#_Toc104490920)

[Заключение 52](#_Toc104490921)

[**Приложение 1.** 58](#_Toc104490922)

[**Приложение 2.** 63](#_Toc104490923)

[**Приложение 3. Таблица норм по показателям схема-режимов.** 68](#_Toc104490924)

Аннотация

Название курсовой работы: «Ранние дезадаптивные схемы и схема-режимы у пациентов с депрессивными расстройствами».

Автор: Карчевская Евгения Алексеевна, студентка 4 курса, 2 группы факультета клинической психологии.

Научный руководитель: Сирота Наталья Александровна, заведующая кафедрой клинической психологии, профессор, доктор медицинских наук и Шарифова Алина Адилхановна, старший преподаватель кафедры клинической психологии.

В работе проанализированы теоретические подходы к изучению депрессивных расстройств. Рассмотрена связь депрессивных расстройств с ранними дезадаптивными схемами и схема-режимами, посвященные данной тематике.

Также было проведено эмпирическое исследование, посвященное выявлению ранних дезадаптивных схем и схема-режимов у лиц с депрессивными расстройствами, присущей данной группе.

Работа содержит 68 страниц, выполнена с привлечением 30 источников.

# **Введение**

Данная работа направлена на изучение вопросов, лежащих в области клинической психологии и касающихся определённых расстройств. Депрессивные расстройства являются одними из самых распространённых среди клинической популяции. Возникает вопрос, какой вид психотерапевтического воздействия оказывать при выявлении психологического статуса пациентов с депрессивными расстройствами.

Хотя концепция ранних дезадаптивных схем является ценным дополнением к концепциям когнитивной теории депрессии об автоматических мыслях и дисфункциональных установках, исследования, связывающие ранние дезадаптивные схемы с депрессивными симптомами у пациентов с депрессивными расстройствами, относительно редки. У клинических психологов есть диагностические критерии, способы работы с симптоматикой, но существует мало интегрированных данных о депрессивных растройствах c позиции схема-модели. Поэтому актуальность данной курсовой работы заключается в полном практическом обзоре сущности механизмов связи депрессивных расстройств с ранними дезадаптивными схемами и схема-режимами, как способа посмотреть на поведение людей с депрессивными расстройствами с позиции гнозиса.

Объект исследования: Психологический профиль пациентов с депрессивными расстройствами.

Предмет исследования: ранние дезадаптивные схемы и схема-режимы у пациентов с депрессивными расстройствами.

Цель исследования: изучение связи ранних дезадаптивных схем и схема-режимов у пациентов с депрессивными расстройствами.

Задачи исследования:

1) Анализ научных подходов, охватывающих депрессивные расстройства;

2) Анализ научных подходов, посвященных изучению ранних дезадаптивных схем и схема-режимов;

3) Выявление взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и схема-режимов у пациентов с депрессивными расстройствами;

4) Анализ связи ранних дезадаптивных схем и схема-режимов у пациентов с депрессивными расстройствами.

Метод исследования: библиографический метод, экспериментально-психологический, статистический.

Теоретическая и практическая значимость: результаты, полученные в данной работе, могут быть использованы другими исследователями при разработке методического аппарата и проведении мониторингов, анализов. Полученные данные также могут быть учтены при разработке новых или усовершенствовании и уточнении уже существующих теоретических подходов, а также для построения мишеней психотерапевтического воздействия.

# **Глава 1. Теоретические представления о депрессивных расстройствах.**

## *Эпидемиология депрессивных расстройств*

Согласно МКБ-11, депрессивные расстройства характеризуются депрессивным настроением (например, грустным, раздражительным, опустошенным) или потерей удовольствия, сопровождающимися другими когнитивными, поведенческими или нейровегетативными симптомами, которые существенно влияют на способность индивида функционировать. Они включают в себя: единичные депрессивные расстройства, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимическое расстройство, смешанное депрессивное и тревожное расстройство.

По данным ВОЗ (2017), у 5,5% населения России диагностирована депрессия [1]. В относительно сопоставимом исследовании населения России, в котором приняли участие 16 877 человек, депрессия была обнаружена у 25,6% выборки [2]. Было показано, что качество и распространенность депрессии меняются в зависимости от возрастных групп, и это исследование является первым в своем роде, посвященным различиям между возрастными группами в рамках гериатрической выборки. В другом исследовании, проведенном в России, жители Томска, другого значительного города в Сибирском федеральном округе с еще более холодными погодными условиями, чем в Новосибирске, сообщили, что 19,5% участников показали ≥8 баллов по шкале тревоги и депрессии в больнице [2]. В других странах высоких широт, таких как Россия, депрессия среди пожилых людей в возрасте 65 лет и старше сильно варьируется: от 9% в Норвегии и 12% в Швеции до 14% в Канаде и 16% в Соединенном Королевстве. В более холодных регионах более высокий риск депрессии часто связан с меньшим количеством дневных часов в году и низкой плотностью населения [3].

Один момент, который следует отметить в отношении распространенности депрессии в целом, заключается в том, что, как известно, она чаще встречается у женщин, чем у мужчин, как показали обширные исследования. Отчёт, в котором исследовалось население в целом в 10 различных регионах Российской Федерации, показал, что распространенность депрессии у женщин составляла 28,6%, в то время как у мужчин она составляла 20,0% [2].

А вот результаты исследования, проведенного в 2020 году Джордж вон Фингерхутом и с соавторами, не подтверждают эти статистические данные, поскольку исследование не показало существенной разницы в распространенности депрессии между полами (р = 1,00) в Новосибирской области. [4]

Исследование, проведенное Е. В. Акимовой и соавторами в 2019 году под руководством Всемирной организации здравоохранения, открыло новый взгляд на гендерные различия в распространенности депрессии в более холодных регионах Российской Федерации. Возрастной диапазон эпидемиологического исследования включал группы в возрасте от 25 до 64 лет в другом городе холодного региона, Тюмени, и показал, что среди всех возрастных групп депрессия, как правило, была выше у женщин, чем у мужчин [5]. Тем не менее, после более пристального изучения старшей группы (возраст 55-64 года) распространенность депрессии была статистически незначимой [5]. Авторы обсуждают, что социальные факторы, влияющие на распространенность депрессии, различаются в разных возрастных группах, что смягчает статистическую разницу в распространенности депрессии между полами в старших возрастных группах, особенно в изученных более холодных регионах [5].

## *Нейробиологические представления о депрессивных расстройствах*

Депрессивные расстройства представляют собой сложные нейробиологические состояния, и на данном этапе времени ясно, что они связаны с широким спектром физиологических нарушений. Большое количество патологических признаков, выявленных в последние десятилетия, стимулировало разработку целого ряда (не обязательно взаимоисключающих) теорий депрессии, которые объясняют развитие клинических симптомов в терминах дисфункций на разных уровнях нейробиологического описания.

Нейрохимический уровень описания

С клинической точки зрения, наиболее влиятельными нейробиологическими открытиями, связанными с депрессией, вероятно, были нарушения, связанные с нейротрансмиттерами ("нейрохимическими"), при этом наибольшее внимание уделялось моноаминам (серотонину, норадреналину и дофамину). Ранние наблюдения за способностью трициклических антидепрессантов (а) облегчать симптомы депрессии и (б) усиливать активность серотонина и норадреналина вызвали широкий спектр нейрохимических исследований у пациентов с депрессией (П. Д. Коуэн, 2015). [6]

Хотя первые сообщения о нарушении моноаминергической функции при депрессии были довольно ограничены методологиями, на которых они основывались (например, измерения уровней нейротрансмиттеров, их предшественников или их метаболитов в плазме, спинномозговой жидкости или посмертной ткани головного мозга), в последнее время они были дополнены исследованиями с использованием улучшенных методологий, таких как визуализация мозга с использованием радиоактивно меченых рецепторных лигандов. [6] Таким образом, можно было бы показать, например, что депрессия связана со снижением связывания транспортера серотонина в среднем мозге и миндалине, снижением связывания рецептора 5-HT1A в лобной, височной и лимбической областях и увеличением плотности моноаминоксидазы А, и все эти результаты согласуются с идеей о какой-то моноаминергической дисфункции. [7]

Примечательно, что о некоторых нарушениях функции моноаминов сообщалось не только у пациентов во время острых депрессивных эпизодов, но и в период ремиссии. Это наблюдение привело некоторых авторов к предположению, что они могут фактически представлять нейробиологические корреляты некоторой уязвимости, подобной черте, или "шрамов", оставленных предыдущими депрессивными эпизодами, а не представлять маркеры острой депрессии [6].

Кроме того, исследования, изучающие эффекты экспериментальных манипуляций с активностью моноаминергического пути, например, путем ограничения доступности предшественника серотонина триптофана, сообщают, что только у тех, кто ранее страдал от депрессивных эпизодов или у кого есть семейная история депрессии, развиваются симптомы, подобные депрессии, в ответ на нарушение функции моноаминов. Неспособность вызвать депрессию у тех, кто не подвержен этому расстройству, таким образом, предполагает, что одной только активности моноаминового пути, вероятно, недостаточно, чтобы вызвать депрессивные эпизоды [6].

Несмотря на то, что в последние десятилетия основное внимание уделялось моноаминам, также накапливаются данные об изменениях в других системах нейротрансмиттеров, связанных с депрессией, в частности в системе гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) [8].

Например, в плазме и спинномозговой жидкости пациентов с депрессией неоднократно сообщалось о снижении уровня ГАМК [8]. Кроме того, поступали сообщения о снижении плотности специфических ГАМКергических интернейронов в префронтальных и затылочных областях коры головного мозга у пациентов с депрессией [9], а исследования магнитно-резонансной спектроскопии показали снижение ГАМК в затылочной коре и передней поясной извилине [6].

Аномалии глутамата в плазме, сыворотке, спинномозговой жидкости и ткани головного мозга также были описаны у пациентов с депрессией (Санакора и др., 2008), а магнитно-резонансная спектроскопия позволила получить некоторые доказательства снижения уровня глутамата, особенно в передних отделах головного мозга [6].

Изменения в головном мозге

Исследования показывают, что у людей с клинической депрессией, как правило, наблюдается уменьшение определенных областей мозга. Несмотря на то, что исследователи спорят о том, какие области мозга, по-видимому, наиболее подвержены влиянию, данные последовательно показывают связь между клинической депрессией и уменьшением в следующих областях мозга.

Гиппокамп, который играет важную роль в обучении и памяти. Гиппокамп также помогает регулировать эмоции и гормоны стресса. Когда депрессия начинает влиять на химический баланс мозга, нейроны в гиппокампе сокращаются, что может вызвать трудности с концентрацией внимания и потерей памяти. Уменьшенный гиппокамп также может затруднить выполнение знакомых задач, что может привести к безнадежности, чувству вины и беспокойству. [10]

Префронтальная кора контролирует импульсы, приспосабливается к вызовам, обрабатывает и регулирует эмоции, «мыслит» рационально и планирует. Когда эти области мозга сокращаются, люди могут становиться импульсивными и легко раздражаться, возбуждаться и расстраиваться. Они также могут испытывать ощущение «тумана в голове», проблемы с ясностью мышления, потерю памяти и трудности с принятием решений. [11]

Клиническая депрессия также может воспалять мозг. Эксперты не уверены на 100%, вызывает ли воспаление депрессию или наоборот, но исследования показали связь между количеством времени, в течение которого человек находился в депрессии, и уровнем воспаления в мозге. Клиническая депрессия, по-видимому, оказывает особое воспалительное воздействие на миндалину.

Миндалевидное тело — это миндалевидная железа, которая влияет на то, испытывают ли люди удовольствие или страх. Высокий уровень кортизола, выделяющегося во время депрессивного эпизода, воспаляет миндалину, в результате чего железа становится гиперактивной и увеличенной. Когда это происходит, люди могут испытывать нарушение режима сна, социальную тревогу, беспокойство, чувство вины, панику и самообвинение. Воспаление мозга также может привести к гибели клеток мозга. Это может привести к дальнейшему усыханию мозга и снижению функции нейротрансмиттеров. Воспаление мозга также может сделать мозг менее нейропластичным или способным к изменениям. Новые клетки мозга перестают расти. Старые клетки мозга повреждаются и умирают, в результате чего весь мозг стареет быстрее.

Воспаление мозга также замедляет обмен информацией между нейронами. Общая работа мозга замедляется. Мышление отдельных людей становится медленным и нечетким. Они чувствуют усталость и раздражительность. Их энергетические уровни становятся тусклыми, и они двигаются медленно. Воспалительные иммунные клетки, называемые цитокинами, влияют на уровень серотонина, влияя на способность людей испытывать радость. [12]

## *Современные представления о депрессивных расстройствах личности с позиции когнитивных моделей*

Значительные исследования депрессии за последние 40 лет были сосредоточены на трех вариантах когнитивных моделей депрессии — классической модели когнитивной триады А. Бека, версиях моделей когнитивного стиля беспомощности/безнадежности М. Селигмана, Л. И. Абрамсона, Дж. Тисдейла и коллег, и перспектив обработки информации Дж. Йормана.

Подход к обработке информации, когнитивной уязвимости относится к дисфункциональным когнитивным процессам, таким как нарушения внимания и памяти, а также чрезмерно обобщенному стилю мышления (Дж. Йорман). Такие предубеждения могут привести к избирательному вниманию к негативной информации и ограничению доступа к позитивным воспоминаниям, увеличивая вероятность дисфорических реакций на негативные события. [13]

Выдвигая гипотезу о том, что депрессогенные когнитивные стили приобретаются в детстве, несколько исследований показали, что негативные когнитивные стили детей связаны с общением между родителями и детьми, характеризующимся критикой и непризнанием, низким качеством отношений, а также моделированием и изучением негативного когнитивного стиля родителей. Сниженные когнитивные способности связаны с историями детского абьюза и жестокого обращения. В обзоре литературы комитета о роли генетических факторов в результатах у детей отмечается, что имеются свидетельства наследуемости депрессогенного атрибутивного стиля и других показателей когнитивной уязвимости к депрессии у молодежи (М. Селигман, Дж. Тисдейл). [14]

Теоретики когнитивно-поведенческого подхода предполагают, что депрессия является результатом неадаптивного, ошибочного или иррационального познания, принимающего форму искаженных мыслей и суждений. Депрессивные когнитивные способности могут быть изучены социально (наблюдательно), как в случае, когда дети в неблагополучной семье наблюдают, как их родители не могут успешно справиться со стрессовыми переживаниями или травмирующими событиями. Или же депрессивные когнитивные способности могут быть результатом отсутствия опыта, который способствовал бы развитию адаптивных навыков преодоления трудностей. [15]

Когнитивная теория депрессии Аарона Бека

Различные теоретики когнитивного поведения разработали свой собственный уникальный подход к когнитивному мышлению. По словам психолога А. Бека, негативные мысли, порожденные дисфункциональными убеждениями, обычно являются основной причиной депрессивных симптомов. Существует прямая зависимость между количеством и тяжестью чьих-либо негативных мыслей и тяжестью их депрессивных симптомов. Другими словами, чем больше негативных мыслей человек испытывает, тем более подавленным становится.

А. Бек также утверждает, что существуют три основные дисфункциональные темы убеждений (или "схемы"), которые доминируют в мышлении депрессивных людей: 1) Я неполноценен или неадекватен, 2) Все мои переживания приводят к поражениям или неудачам и 3) Будущее безнадежно. Вместе эти три темы описываются как Негативная когнитивная триада. Когда эти убеждения присутствуют в чьем-то сознании, очень вероятно возникновение депрессии.

Пример тем негативной когнитивной триады поможет проиллюстрировать, как работает процесс впадения в депрессию. Представьте, что вас только что уволили с работы. Если вы не находитесь во власти негативной когнитивной триады, вы можете подумать, что это событие, хотя и неудачное, больше связано с экономическим положением вашего работодателя, чем с вашей собственной работой. Возможно, вам вообще не придет в голову сомневаться в себе или думать, что это событие означает, что вы выброшены на берег и с таким же успехом можете броситься в колодец. Однако, если бы в вашем мыслительном процессе доминировала Негативная когнитивная триада, вы, скорее всего, пришли бы к выводу, что ваше увольнение было вызвано личной неудачей; что вы всегда будете терять любую работу, которую вам удастся получить; и что ваша ситуация безнадежна. На основании этих суждений вы начнете чувствовать себя подавленным. Напротив, если бы на вас не влияли негативные убеждения триады, вы бы не слишком сомневались в своей самооценке и могли бы отреагировать на увольнение тем, что «стерли пыль» со своего резюме и начали поиск работы.

Помимо негативного содержания дисфункциональных мыслей, эти убеждения также могут искажать и формировать то, на что человек обращает внимание. А. Бек утверждал, что люди в депрессии уделяют избирательное внимание аспектам своего окружения, которые подтверждают то, что они уже знают, и делают это даже тогда, когда доказательства обратного находятся прямо перед их носом. Эта неспособность уделять внимание должным образом известна как неправильная обработка информации.

Особые сбои в обработке информации очень характерны для «подавленного» ума. Например, люди, страдающие депрессией, будут склонны демонстрировать избирательное внимание к информации, которая соответствует их негативным ожиданиям, и избирательное невнимание к информации, которая противоречит этим ожиданиям. Столкнувшись с преимущественно положительной оценкой эффективности, люди с депрессивными расстройствами сумеют найти и сосредоточиться на одном негативном комментарии, который мешает обзору быть «идеальным». Они склонны преувеличивать важность и значение негативных событий и преуменьшать важность и значение позитивных событий. Все эти маневры, которые происходят совершенно бессознательно, помогают поддерживать основные негативные схемы человека с депрессивным расстройством перед лицом противоречивых свидетельств и позволяют сохранять чувство безнадежности в отношении будущего, даже когда факты свидетельствуют о том, что всё наладится. [15]

# *1.4 Трансдиагностические механизмы при депрессии*

Аффект (положительный и отрицательный) считается ключевой трансдиагностической переменной при разработке объяснительных, оценочных и терапевтических моделей депрессивных расстройств.

С точки зрения трансдиагностической теории у человека с высоким негативным аффектом может также быть высокий уровень чувствительности к тревоге и неустойчивости при неопределённости, что является ключевым аспектом в понимании депрессивных расстройств.

Говоря о трансдиагностических механизмах при депрессии важно отметить такие понятия, как: руминация и концентрация внимания.

Концентрация внимания относится к способности направлять внимание на стимулы (или от них) в зависимости от текущих целей или требований задачи. Концентрация внимания влияет на ряд связанных с ней когнитивных процессов, таких как рабочая память и торможение. Э. Костер и его коллеги предположили, что решающим фактором когнитивной уязвимости, приводящим к чрезмерной или постоянной руминации, является плохая концентрация внимания и, более конкретно, нарушение способности отвлекать своё внимание от негативных мыслей. Э. Костер предполагает, что люди с хорошей концентрацией внимания способны отключаться от негативных мыслей, что позволяет использовать различные стратегии регулирования эмоций, прекращая цикл негативного настроения и руминации. [28]

Проводив исследование, К. Дональдсон и его коллеги обнаружили, что руминация связана со смещением внимания на негативные слова, даже при контроле симптомов депрессии. [29]

Также известно, что люди с высокими показателями руминации хуже, чем люди с низкими показателями, справляются с задачами, требующими подавления невалентной информации, предполагая, что нарушения концентрации внимания, связанные с руминацией, могут быть не специфичными для валентности.

# *1.5 Биопсихосоциоальная модель депрессии*

С позиции биопсихосоциальной модели на возникновение депрессинвых расстройств влияют совокупность факторов: биологических, психологических и социальных. Они являются взаимосвязанными, но не взаимозаменяемыми.

По В. Вайтеру депрессия возникает в результате состояния генетической уязвимости. К факторам данной категории относят полиморфизм генов: вторая аллель генов, связанная с выделением кортизола.

Также повышенный уровень воспалительного процесса связан с депрессией. Различные детерминанты, такие как стресс в раннем возрасте, влияют на системное воспаление, и это может увеличить риск развития депрессии.

Психологические детерминанты депрессии включают: негативную самооценку, низкий уровень оптимизма, неадаптивное совладание (например, избегание), неадаптивный перфекционизм, чувствительность к отвержению, невротизм, руминацию, негативную эмоциональность, низкую самооценку и стыд. Когда дело доходит до тяжести расстройства, оказывается, что метаэмоции (эмоции, которые возникают в ответ на другие эмоции) играют важную роль в развитии депрессии.

Социальные детерминанты - это условия в среде, где люди рождаются, живут, учатся, работают, играют и т.д.; они влияют на психическое здоровье. Существует множество социальных детерминант, связанных с депрессией, таких как: социально-демографические факторы, социальная поддержка, неблагоприятный опыт детства. Детерминанты могут быть на индивидуальном уровне, уровне социальной сети, сообщества и общества.

Также установлено, что гендерные факторы играют важную роль в отношении психического здоровья. Гендерное неравенство может начаться на раннем этапе жизни, и, было обнаружено, что женщины в два раза чаще страдают депрессией, чем мужчины. Гендерные факторы связаны с когнитивными предубеждениями, устойчивостью и уязвимостью.

Детерминанты могут влиять на результаты в области психического здоровья с помощью вспомогательных механизмов. Например, вредоносные детерминанты могут влиять на внедрение в жизнь рискованного поведения. Рискованное для здоровья поведение, такое как малоподвижный образ жизни, злоупотребление психоактивными веществами и курение или воздействие никотина связано с депрессией.

Вредоносные детерминанты также могут оказывать влияние на рацион питания. Действительно, диетические аспекты и компоненты рациона (например, витамин D, фолиевая кислота, потребление селена, железа, витамина В12, витамина К, потребление клетчатки, цинка), а также связанный с диетой воспалительный потенциал, были связаны с исходами депрессии. Плохое питание было связано с депрессией через такой механизм, как воспалительный процесс. [27]

# **Глава 2. Смысловая структура понятия "Схема".**

## *2.1 Обзор динамики концептуализации понятия "Ранняя дезадаптивная схема"*

Упорядочивая жизненный опыт, важно правильно его истолковывать и соответствующим образом на него реагировать. Роль схем состоит в том, чтобы обрабатывать повседневные ситуации и стимулы, чтобы обеспечить смысл и, в зависимости от содержания, задействовать другие системы, такие как мотивационная, аффективная и физиологическая.

Концепция схем была первоначально предложена Ж. Пиаже, как базовая структура для организации восприятия мира. Ч. Ф. Бартлетт продемонстрировал, что культурная схема может искажать воспоминания. Дж. Келли применил понятие личностного конструкта для понимания и терапии клинических проблем.

С точки зрения когнитивной психологии, негативные схемы, или те схемы, которые теоретически играют причинно-следственную роль в развитии психических расстройств, развиваются в результате сложного процесса смещения, включающего взаимодействие генетических факторов, избирательное распределение ресурсов внимания и хранение в памяти неблагоприятных жизненных событий окружающей среды. [16]

Согласно А. Беку, схемы — это когнитивные структуры, которые используются для отбора, кодирования и интерпретации информации в окружающей среде. Поскольку считается, что схемы впервые развиваются в детстве, они закладывают основу того, как люди обрабатывают переживания и стимулы на протяжении всей своей жизни.

С позиции рассмотрения и постройки теоретического базиса понятия «схема», мы можем выделить ещё одного выдающегося психолога – Р. Лихи. Он разработал модель эмоциональных схем, которая по своей сути похожа на модель, предложенную А. Беком, но её принципиальная разница заключается в рассмотрении природы эмоций, как предиктора возникновения схем. Его модель описывает составляющие мышления и убеждений, которые характеризуют то, как человек истолковывает свои эмоции и какие представления имеет о том, как они регулируются. [17]

По Дж. Янгу ранние дезадаптивные схемы — это эмоционально-когнитивные паттерны, установленные с детства и повторяющиеся на протяжении всей жизни. Они могут состоять из эмоциональных воспоминаний о прошлых обидах, трагедиях, страхе, жестоком обращении, пренебрежении, неудовлетворенных потребностях в безопасности, брошенности или отсутствии нормальной человеческой привязанности в целом. Ранние дезадаптивные схемы могут также включать телесные ощущения, связанные с такими эмоциональными воспоминаниями. Они могут иметь различные уровни тяжести и «охвата»: чем «тяжелее» схема, тем интенсивнее негативные эмоции при срабатывании схемы, и дольше её активизация длится; чем более объемлюща схема, тем больше ситуаций, которые ее вызывают.

Считается также, что ранние дезадаптивные схемы развиваются в результате приносящих вред и травматических переживаний в детстве, особенно переживаний, связанных с семейными взаимотношениями. Эти схемы часто порождают высокий уровень негативного аффекта и саморазрушительных последствий, и они могут мешать удовлетворению потребностей в автономии и самовыражении.

Все ранние дезадаптивные схемы, независимо от того, являются ли они неадаптивными или нет, являются всепроникающими и устойчивыми, укрепляются и развиваются в подростковом и взрослом возрасте, что делает их очень устойчивыми к изменениям. Согласно Дж. Янгу и его коллегам, ранние дезадаптивные схемы могут быть активированы повседневными событиями и настроениями, особенно событиями и настроениями, которые могут вызвать эмоциональное расстройство. В свою очередь, это эмоциональное расстройство и активация схемы могут провоцировать дисфункциональные взаимодействия с другими людьми.

Дж. Янг и его коллеги описали 18 дезадаптивных схем, которые могут быть сгруппированы с позиции 5 базовых потребностей. В ответ на эти дезадаптивные схемы люди развивают ряд различных навыков совладания, чтобы помочь уменьшить негативные последствия, связанные с этими схемами. Однако, эти стили совладания, как правило, крайне дисфункциональны и дезадаптивны и часто включают избегающее поведение, включая употребление психоактивных веществ. [18]

Сочетание потребностей и схем.

**Неудовлетворенная потребность в надежной привязанности (безопасность, понимание, принятие)**

Схемы:

1) Покинутость. Эта схема включает в себя переживание реальной или предполагаемой ненадежности и нестабильности других людей для базовой связи и поддержки. Часто сопутствует убеждение, что другие не желают или не способны удовлетворить ваши потребности из-за их собственной эмоциональной нестабильности и непоследовательного присутствия. Возможно, страх быть брошенным ради кого-то “лучшего”;

2) Недоверие/жестокое обращение. Это основное убеждение в том, что другие неизбежно причинят боль, воспользуются вами, манипулируют или каким-то образом лгут вам. Часто существует мнение, что это поведение является преднамеренным или результатом детского абьюза.;

3) Эмоциональная депривация. Эта схема включает в себя общее ожидание того, что основные эмоциональные потребности останутся неудовлетворенными или незамеченными. Три основные формы эмоциональной депривации включают лишение заботы, защиты и сочувствия;

4) Дефективность. Эта схема включает в себя основное чувство неполноценности. Часто существует убеждение, что, если бы вы действительно предстали перед другими, как ваше истинное "я", вы бы обнаружили, что на самом деле вас нельзя любить. Эта эмоция может проявляться в повышенной чувствительности к критике и обвинениям, сильном самосознании, неуверенности в себе и сравнениях с другими.;

5) Социальная изоляция. Эта схема включает в себя глубокое чувство изоляции от мира, оторванности от других людей и отсутствия чувства социальной принадлежности к какой-либо группе или сообществу.

**Неудовлетворенная потребность в автономии, компетентности и чувстве идентичности**

Схемы:

6) Зависимость. Эта проблема связана с убеждением, что вы не способны справляться с повседневными обязанностями без значительной помощи со стороны других. Эти убеждения могут проявляться в неспособности позаботиться о себе, принимать правильные решения или решать повседневные проблемы, не прибегая к чрезмерной помощи извне – общее чувство беспомощности;

7) Уязвимость к ущербу. Эта схема может восприниматься как ярко выраженный страх перед надвигающейся или неминуемой катастрофой в сочетании с верой в то, что ее невозможно избежать/предотвратить. Эти страхи обычно связаны с медицинскими, эмоциональными или внешними катастрофами;

8) Неразвитая идентичность. Эта схема может ощущаться как сильная эмоциональная близость и вовлеченность со значимыми другими людьми; ценой чего часто является отказ от здорового социального развития или формирования чувства личной идентичности. Она часто включает в себя чувство подавленности или чрезмерной привязанности (слияния) с другими, а также ощущение отсутствия личного руководства или пустоты;

9) Неуспешность. Схема, как правило, выражается в том смысле, что вы потерпели неудачу, потерпите неудачу или в корне неадекватны по сравнению с другими в областях достижений. Существуют связанные с этим основные убеждения в том, что вы глупы, невежественны, бесталанны или неполноценны;

10) Негативизм/пессимизм. Эта схема относится к постоянному сосредоточению внимания на воспринимаемых негативных сторонах жизни (смерть, боль, страдания, предательство и т.д.) с одновременным стремлением свести к минимуму или избежать позитивных, оптимистичных сторон жизни. Поскольку негативные возможности преувеличены, часто возникает тенденция чрезмерно беспокоиться или жаловаться.

**Неудовлетворенная потребность свободно выражать свои чувства, переживания и нужды**

Схемы:

11) Покорности. Схема включает в себя тенденцию передавать контроль другим в попытках избежать гнева или конфликта. Вы можете отождествлять себя с этой схемой через модель подчинения своих потребностей / эмоций в сочетании с восприятием того, что ваши собственные потребности, чувства, желания или убеждения неважны для других. В результате этого текущий опыт может включать в себя чрезмерное соответствие потребностям / желаниям других, одновременно чувствуя себя в ловушке;

12) Самопожертвования. Может быть чрезмерное желание удовлетворить (реальные или воображаемые) потребности других, жертвуя при этом своим собственным удовлетворением / потребностями. Могут быть внутренние мотивы, связанные с желанием избежать причинения боли другим или чувством вины. Это чувство может перерасти в скрытое чувство, что ваши собственные потребности остаются неудовлетворенными (и, возможно, не озвучиваются другим), за которым следует растущее негодование по отношению к получателям ваших самопожертвований;

13) Поиска одобрения. Эта схема связана с приданием чрезмерного значения признанию, вниманию или одобрению со стороны других (в ущерб развитию зрелого и подлинного "я"). Самооценка может быть сильно привязана к (фактическим или предполагаемым) реакциям других людей, а не к собственному мнению. Для некоторых эта проблема проявляется в попытке удовлетворить эти глубокие потребности, чрезмерно подчеркивая деньги, внешность, статус, власть или престиж. Основное внимание здесь уделяется в основном серьезной потребности в одобрении и признании, в отличие от стремления к власти или контролю.

**Неудовлетворенная потребность в спонтанности и игре**

Схемы:

14) Подавления эмоций. Схема включает в себя чрезмерное подавление форм спонтанного эмоционального выражения, действия или общения из страха, что эти выражения эмоций приведут к стыду, неодобрению, отвержению или потере контроля над импульсами. Обычно могут предприниматься попытки подавить: гнев /агрессию, позитивные импульсы (спонтанные выражения радости/счастья) и уязвимость / открытое общение о чувствах или потребностях. Также может наблюдаться склонность к чрезмерному акцентированию внимания на рациональности при пренебрежении эмоциями;

15) Пунитивность. Данная схема соответствует наличию убеждения в том, что люди должны быть сурово наказаны за допущенные ошибки. Включает в себя тенденцию быть злым, нетерпимым, карательным и нетерпеливым по отношению к тем людям (включая самого себя), которые не соответствуют ожиданиям или стандартам. Обычно включает в себя трудности с прощением ошибок в своей жизни или других из-за нежелания учитывать смягчающие обстоятельства, допускать человеческое несовершенство или сопереживать чувствам;

16) Жесткие стандарты. Эта схема характеризуется глубоким убеждением в том, что вы должны соответствовать невероятно высоким стандартам (производительность / поведение), чтобы избежать критики. Вы можете испытывать чувство давления, замечать трудности с замедлением и чрезмерную критичность / нереально высокие стандарты к себе и другим. Эта схема может проявляться внешне как перфекционизм, чрезмерное внимание к деталям, жесткость в отношении поведенческих, моральных или этических правил /стандартов или озабоченность временем и эффективностью (в надежде добиться большего успеха).

**Неудовлетворенная потребность в реалистичных границах и самоконтроле**

Схемы:

17) Грандиозность. Схема связана с верой в ваше превосходство над другими или общей верой в то, что вы имеете право на особые привилегии, права или исключения. Часто это убеждение в том, что “нормальные” правила социальных взаимодействий к вам неприменимы, и что вы должны иметь возможность поступать так, как вам заблагорассудится, не заботясь о влиянии на других или преувеличенном внимании / необходимости быть “лучшим” в некотором роде для достижения власти / контроля (не в первую очередь связанные с вниманием/одобрением). Может наблюдаться тенденция к проявлению власти над другими, навязыванию чужой точки зрения или вообще к попыткам контролировать поведение других в корыстных целях.;

18) Недостаточность самоконтроля. Эта схема предполагает значительные трудности или отказ демонстрировать адекватный самоконтроль и терпеть разочарование/дискомфорт во имя достижения целей. Может быть сосредоточено внимание на том, чтобы избежать дискомфорта (боли, конфликта, перенапряжения, ответственности или конфронтации) с потенциальными издержками личного достижения целей или отношений.

# *2.2 Представления о позитивных схемах*

Подобно дезадаптивным схемам, позитивные схемы состоят из воспоминаний, когнитивных представлений, убеждений, телесных ощущений и нейробиологических реакций относительно себя и своих отношений с другими. Однако эти схемы состоят из позитивных функций и адаптивных поведенческих диспозиций, которые возникают в детском и подростковом возрасте, когда основные эмоциональные потребности человека адекватно удовлетворяются первичными опекунами.

Поскольку в когнитивной психологии широко признается, что схемы определяются различными переживаниями, разумно предположить, что позитивные и негативные схемы являются отдельными конструктами, которые активируются различными типами переживаний. Другими словами, вполне вероятно, что положительные схемы имеют тенденцию группироваться вместе и отрицательные схемы также группируются вместе, но и отрицательные, и положительные схемы не будут находиться в одном кластере.

Человеку может быть дана более глобальная оценка функционирования, варьирующаяся от позитивной до негативной, каждая позитивная схема предсказывается как отдельное измерение, а не просто полярные противоположности соответствующей негативной схемы. Это также означает, что уменьшение интенсивности негативной схемы не означает, что обязательно будет соответствующее увеличение позитивной схемы, тем самым признавая, что люди могут иметь множество противоречивых убеждений о себе и мире. В таком случае эмоции и поведение будут зависеть от того, какая схема активна в данный момент. Эти ожидания предполагают, что положительные и отрицательные схемы должны измеряться отдельно и что относительная сила обоих оценивается, если клиницист хочет получить целостный обзор этого человека с точки зрения тем, которые схематерапии считает важными.

На сегодняшний день Джон Филипп Льюис описал 14 позитивных схем:

1. Эмоциональная наполненность. Способность формировать близкие отношения со значимыми другими, включающие раскрытие своих потребностей, чувств и мыслей, эмпатию, взаимное тепло, доверие, любовь и опеку. Ощущение, что рядом есть те, кому не всё равно, кто действительно понимает и заботится, кто готов принять тебя таким, каков ты есть. Восприятие себя как человека, достойного любви и уважения.
2. Успех. Оценка себя точно не хуже, а где-то и лучше других людей в областях, связанных с достижениями (работа, учеба, спорт и т.п.). Ощущение себя компетентным специалистом, таким же талантливым, способным к профессиональному росту и умным, как другие.
3. Способность эмпатически учитывать позицию других людей. Человек учитывает нужды, чувства и желания других людей; спокойно принимает отказы, не принуждая следовать его мнению. Следует общепринятым правилам и запретам, не считая, что у него существуют какие-то особенные права и привилегии. Принимает во внимание существующие социальные договоренности и ограничения.
4. Базовое здоровье и безопасность / Оптимизм. Базовое ощущение, что всё в порядке, ничего не грозит, никакой катастрофы не случится. Человек чувствует себя в безопасности в толпе, вне дома. Он уверен в своей финансовой стабильности и не боится остаться без средств к существованию в будущем. Старается сохранять здоровый образ жизни, но ощущает себя физически здоровым и не задумывается о тяжелых заболеваниях, пока врачи не поставят диагноз. Принимает решения без страха за возможные катастрофические последствия ошибок. Способен оптимистично радоваться тому хорошему, что происходит в жизни, не задумываясь о возможных невзгодах.
5. Эмоциональная открытость и спонтанность. Способность свободно выражать и обсуждать возникающие эмоции; где уместно – отвечать и вести себя спонтанно, не подавляя свои чувства. Человеку комфортно демонстрировать свою симпатию и привязанность к приятным ему людям.
6. Самосострадание. Человек прощает и не корит себя за ошибки, спокойно и терпимо относится к своим неудачам и промахам, фокусируя внимание на причинах ситуации и выводах из нее на будущее, а не на собственных недостатках. Даже если к какой-то деятельности прилагаются не все возможные усилия, человек поддерживает себя и не думает, будто он непременно потерпит поражение. Люди с этой схемой считают себя хорошими и достойными, относятся к себе тепло, вне зависимости от обстоятельств.
7. Здоровые границы / Развитое Я. Человек ощущает себя самостоятельно, независимой, отдельной от родителей и партнера личностью. Он сам, по своему разумению строит свою жизнь и принимает решения, не вовлекая в неё излишне других людей и не погружаясь чрезмерно в их проблемы. Он оберегает своё личное пространство, не испытывая чувства вины за то, что не делится чем-то с родителями и близкими.
8. Социальная принадлежность. Человеку комфортно общаться с окружающими, кажется, что у него много общего с другими людьми. Он ощущает, что у него достаточно социальных связей, чувствует себя принятым в социальные группы, верит в добрые намерения и благожелательность других.
9. Здоровый самоконтроль и самодисциплина. В большинстве случаев человек способен себя дисциплинировать и мотивировать выполнять рутинные и/или скучные, не приносящие радости действия, понимая их пользу. Он достаточно настойчив в достижении своих целей, не склонен легко сдаваться, терпелив при появлении трудностей, устойчив к фрустрации, придерживается однажды принятых решений, способен отложить немедленное удовольствие ради того, что хочется получить в будущем.
10. Реалистичные ожидания. Человек здраво оценивает свои способности, ему не нужно непременно быть среди лучших для того, чтобы быть довольным собой. В его жизни есть разумное место для отдыха, расслабления и удовольствий, даже если пока сделано не всё, что необходимо. Необязательно стремиться к совершенству, можно просто быть "достаточно хорошим". Можно позволять чему-то идти так, как оно идет, не чувствуя за это чрезмерной ответственности - особенно в отношении того, что затруднительно контролировать.
11. Самостоятельность суждений. Человек чувствует, что имеет значение для других, даже если не находится в центре их внимания. Его самооценка и оценка ситуации опирается на его собственные взгляды и мало зависит от мнения других. Он не нуждается в похвалах и комплиментах или в подтверждении своего статуса (карьерного, финансового и т.д.), чтобы считать себя значимым и достойным; испытывает удовлетворение от результатов своей деятельности, вне зависимости от того, были ли они видны кому-то ещё.
12. Здоровый интерес к себе/ забота о себе.Человек заботится о близких и способен принимать их заботу и помощь, сообщать, в чем он нуждается. Понимает, что его интересы и потребности не менее важны, чем интересы и потребности других людей, старается всегда оставлять время для себя.
13. Стабильная привязанность. Способность создавать и поддерживать стабильную и предсказуемую эмоциональную привязанность, доверительные отношения с теми, кто будет рядом, когда человек в них нуждается. Уверенность в том, что близкие не оставят и не покинут, и, значит, нет необходимости за них цепляться; а даже если что-то и произойдет, человек сможет справиться сам. Если такой человек понимает, что отношения с кем-то заканчиваются или становятся менее близкими, это не вызывает у него паники или отчаяния.
14. Здоровая способность полагаться на себя/ Компетентность. Человек уверен в своих силах, полагается на себя, чувствует себя способным самостоятельно справиться с повседневными трудностями и решить возникающие проблемы. Доверяет своим собственным суждениям, считает себя обладающим здравым смыслом.

## *2.3 Ранние дезадаптивные схемы у лиц с депрессивными расстройствами*

Когнитивная теория и модель схемы Дж.Янга предполагают, что, когда люди реагируют на активацию схемы неадаптивными стратегиями преодоления, ранняя дезадаптивная схема может быть усилена. Например, у ребенка, который был лишен эмоциональной заботы и любви со стороны родителей или опекунов, может развиться схема Эмоциональная депривация.

 Если индивид поддается этому влиянию в зрелом возрасте, он может подсознательно выбрать эмоционально лишающие отношения, в которых люди избегают высказывания своих эмоциональных потребностей. Исследования показали, что взрослые, пережившие неблагоприятный опыт детства, менее склонны к развитию депрессии, если их поддерживают социально и эмоционально. [19]

По мнению Л. Хоука и М. Провенчера, пациенты с депрессией, как правило, имеют более высокие баллы по большинству или всем ранним дезадаптивным схемам. Кроме того, люди, страдающие хронической депрессией, сообщили о более высоких показателях ранних дезадаптивных схем по сравнению с лицами с нехронической депрессией. [20]

В соответствии с моделью Дж. Янга, Ф. Реннер и соавторы выяснили, что ранние дезадаптивные схемы играют центральную роль в развитии и поддержании хронической депрессии. Ф. Реннер определил, что переживания невзгод в раннем возрасте (например, жестокое обращение в детстве, стиль воспитания) являются дистальными факторами риска, в то время как ранние дезадаптивные схемы являются проксимальными факторами риска депрессии. Во взрослом возрасте ранние дезадаптивные схемы являются самоподдерживающимися, поскольку теоретически они запускают дисфункциональное совладание, что, в свою очередь, поддерживает схему. [21]

Метаанализ, проведённый Э. Бишоп и соавторами показал сильную связь депрессии со схемами: Социальная отчуждённость и Дефективность, умеренные ассоциации с Эмоциональной депривацией, Покинутость, Недоверие, Несостоятельность, Зависимость, Уязвимость к причинению вреда, Неразвитая идентичность, Недостаточный самоконтроль, Покорность, Поиск одобрения, Подавление эмоций, Негативизм/Пессимизм и Пунитивность. [22]

Это согласуется с предложением Л. Хоука и М. Провенчера, что люди с расстройствами настроения сообщают о более высоких показателях по всему спектру ранних дезадаптивных схем по сравнению с людьми без депрессии.

Результаты данного метаанализа подтверждают теорию Дж. Янга о том, что ранние дезадаптивные схемы являются когнитивными факторами риска развития психопатологии, в частности депрессии, во взрослом возрасте. Данные также подтверждают этиологическую модель хронической депрессии, разработанную Ф. Реннером, которая определяет ранние дезадаптивные схемы, как непосредственные факторы риска.

Вывод о том, что ранние дезадаптивные схемы Социальная отчуждённость и Дефективность имеют наиболее сильную связь с депрессией, предполагает, что люди, которые чувствуют себя оторванными или изолированными от других, или считают, что они в корне непривлекательны или ущербны, подвергаются более высокому риску депрессии. [22]

Стыд важен в процессе управления нашим поведением просоциальными способами, чтобы способствовать сплочению внутри группы или сообщества и предотвращать остракизм или социальную изоляцию. Когда человек испытывает чрезмерный дезадаптивный стыд, его чувство принадлежности может пострадать, и он может чувствовать себя одиноким и разъединенным. [23]

Из понимания человеческой потребности чувствовать себя принятым и желанным в сообществе или группе [24], следует, что социальная отчуждённость и чувство дефективности могут препятствовать процессу связи и принадлежности, что, в свою очередь, увеличивает риск расстройств настроения и других психических расстройств.

Взаимосвязь между депрессией и схемами Социальная отчуждённость, и Дефективность также соответствует Теории социального ранга К. Везерала. Это эволюционная теория, которая описывает, как депрессия подкрепляется чувствами поражения и «ловушки», которые возникают из-за восприятия того, что человек занимает более низкое социальное положение по сравнению с другими. Низший социальный ранг включает в себя чувство неполноценности, социальной непривлекательности и осознание того, что человек не вписывается в социальные группы [25]. Понятие низшего социального ранга явно перекликается со схемами Социальная отчуждённость и Дефективность, которые включают в себя восприятие того, что человек ущербен, неполноценен, непривлекателен и принципиально отличается от других.

Также вполне вероятно, что переживание депрессии и ее симптомов может усилить ранние дезадаптивные схемы. Например, руминация - распространенный симптом расстройств настроения, может усилить и увековечить ранее существовавшие дезадаптивные схемы [26].

Известно, что ранние дезадаптивные схемы являются самоподдерживающимися, и укрепляются с помощью соответствующих межличностных ситуаций и стратегий их преодоления. Например, человек, который одобряет идею дефективности (полагая, что он неполноценен и, следовательно, неизбежно будет восприниматься другими как ущербный), может принять стиль преодоления, изолирующий себя от социальных кругов. Это снижает возможность для корректирующего опыта принятия другими, что, в свою очередь, укрепляет убеждение человека в том, что он непривлекателен. Однако для установления причинно-следственной связи необходимы дополнительные исследования.

# **Глава 3. Представления о схема-режимах.**

## *3.1 Категоризация режимов*

Преимущества концепции схема – режимов включают прозрачность и доступность для пациентов, а также возможность быстро и гибко проводить соответствующие вмешательства в течение сеанса. При этом сложные терапевтические ситуации, такие как отсутствие соответствия или сильное поведение избегания, также могут быть хорошо концептуализированы и терапевтически обработаны. Концепция схема - режимов включает в себя четыре категории центральных режимов.

Дж. Янг выделил 4 типа копинг-режимов.

1. **Детские режимы**:

Уязвимый детский режим:

Уязвимый ребенок. Чувствует себя одиноким, изолированным, грустным, непонятым, без поддержки, ущербным, обделенным, подавленным, некомпетентным, сомневается в себе, нуждающимся, беспомощным, безнадежным, напуганным, встревоженным, обеспокоенным, жертвой, никчемным, нелюбимым, непривлекательным, потерянным, бесцельным, хрупким, слабым, побежденным, угнетенным, бессильным, обделенным, исключенным.

Агрессивные детские режимы:

Сердитый Ребенок. Испытывает сильный гнев, ярость, разочарование, потому что основные эмоциональные (или физические) потребности уязвимого ребенка не удовлетворяются. Они выплескивают свой подавленный гнев неподобающим образом. Может предъявлять требования, которые кажутся обоснованными или избалованными и которые отталкивают других.

Разгневанный ребенок. Испытывает сильное чувство гнева, которое приводит к причинению вреда или ущерба людям или предметам. Проявленный гнев выходит из-под контроля и преследует цель уничтожить что-то или кого-то, иногда в буквальном смысле.

Детские режимы, связанные с повышенной импульсивностью:

Импульсивный ребенок. Действует на основе неудовлетврённых желаний или импульсов от момента к моменту эгоистичным или неконтролируемым образом, чтобы добиться своего, не обращая внимания на возможные последствия для себя или других. Часто испытывает трудности с отсрочкой кратковременного удовлетворения и может казаться «избалованным».

Недисциплинированный ребенок. Не может заставить себя выполнять рутинные или скучные задания, быстро расстраивается и вскоре сдаётся.

**Дисфункциональные копинги**:

Капитуляция:

Послушный Капитулянт. Ведет себя пассивно, подобострастно, покорно, ищет утешения или самоуничижения по отношению к другим из страха конфликта или отвержения. Пассивно позволяет плохо обращаться с собой или не предпринимает шагов для удовлетворения здоровых потребностей. Выбирает людей или участвует в другом поведении, которое непосредственно поддерживает саморазрушительный шаблон.

Избегание:

Отстраненный Защитник. Психологически отстраняется от боли, эмоционально отстраняясь. Пациент отключает все эмоции, отключается от других и отвергает их помощь, и функционирует почти как робот. Может оставаться вполне функциональным.

Отстраненный Самоутешитель. Блокирует свои эмоции, занимаясь деятельностью, которая каким-то образом успокоит, стимулирует или отвлечёт от чувств. Такое поведение обычно вызывает привыкание или компульсивность и может включать трудоголизм, азартные игры, опасные виды спорта, беспорядочный секс или злоупотребление наркотиками. Другая группа пациентов навязчиво занимается уединенными интересами, которые скорее успокаивают, чем стимулируют, например, играют в компьютерные игры, переедают, смотрят телевизор или фантазируют.

Агрессивный задира. Наносит прямой вред другим людям контролируемым и стратегическим образом эмоционально, физически, сексуально, словесно или посредством антиобщественных или преступных действий. Мотивацией может быть чрезмерная компенсация за предотвращение жестокого обращения или унижения. Обладает садистскими свойствами.

Гиперкомпенсация:

Самовозвеличиватель. Ведет себя властно, напыщенно, оскорбительно Такие люди почти полностью погружены в себя и проявляют мало сочувствия к нуждам или чувствам других. Они демонстрируют превосходство и ожидают, что к ним будут относиться как к особенным, и не считают, что они должны следовать правилам, применимым ко всем остальным. Они жаждут восхищения и часто хвастаются или ведут себя самовозвеличивающим образом, чтобы раздуть свое самомнение.

**Дисфункциональные критикующие (родительские) режимы**:

Требовательный Критик. Постоянно подталкивает и давит на ребенка, чтобы он соответствовал чрезмерно высоким стандартам. Чувствует, что "правильный" способ быть — это быть совершенным или достигать очень высокого уровня, содержать все в порядке, стремиться к высокому статусу, быть скромным, ставить другие потребности выше своих собственных или быть эффективным или избегать пустой траты времени. Человек чувствует, что неправильно выражать чувства или действовать спонтанно.

Карающий Критик. Внутренний голос родителя, критикующего и наказывающего пациента. Они злятся на себя и чувствуют, что заслуживают наказания за то, что имеют или проявляют нормальные потребности, которые их родители не позволяли им выражать. Тон этого режима суров, критичен и неумолим. Признаки и симптомы включают ненависть к себе, самокритику, самоотречение, членовредительство, суицидальные фантазии и саморазрушительное поведение.

**Здоровые режимы**

Счастливый Ребенок. Чувствует себя умиротворенным, потому что основные эмоциональные потребности в настоящее время удовлетворены. Чувствует себя любимым, довольным, связанным, удовлетворенным, реализованным, защищенным, похваленным, достойным внимания, заботливым, ведомым, понятым, одобренным, уверенным в себе, компетентным, соответствующим образом автономным или самостоятельным, безопасным, устойчивым, сильным, контролируемым, адаптируемым, оптимистичным и спонтанным.

Здоровый Взрослый. Этот режим выполняет соответствующие функции взрослого, такие как: получение информации, оценка, решение проблем, работа, воспитание детей. Берет на себя ответственность за выбор и действия, берет на себя обязательства и выполняет их. Сбалансированным образом занимается деятельностью, которая, вероятно, принесет удовлетворение в работе, интимных и социальных отношениях, спортивных, культурных мероприятиях и мероприятиях, связанных с обслуживанием.

# *3.2 Схема-режимы у лиц с депрессивными расстройствами*

Говоря о схема-режимах, важно воспринимать их как объясняющую переменную уровня депрессии.

По иностранным данным 2018 года, известно, что депрессивным пациентам свойственен режим Уязвимого Ребенка, который воплощает те чувства одиночества, изоляции, непривлекательности и неполноценности, которые связаны со схемами Покинутости и Отчуждения и могут срабатывать в определенных ситуациях. [30]

Депрессивный индивид склонен подчиняться желаниям других людей и подавлять собственные потребности и желания. Эти психические явления могут активироваться поведенчески через соответствующий режим Послушного Капитулянта. Вместе с соответствующим требовательным родительским режимом обе переменные объясняют тяжесть депрессии. Режим требовательного родителя представляет собой интернализацию родительских сообщений, оказывающих давление на ребенка с целью достижения нереально высоких ожиданий. Когда высокие стандарты не соблюдаются, может возникнуть сильное разочарование, страдание и самокритика. Самокритика обычно участвует в развитии и поддержании депрессии и представляет собой важный фактор риска развития этого расстройства. Как следствие этого давления на достижение, депрессивный индивид может отреагировать отказом отстаивания своих границ, чтобы избежать гнева, возмездия или даже отказа. [30]

Наконец, в соответствии с моделью избегающего совладания при депрессивных симптомах Ф. Реннера можно связать представления о коппинг-режимах Дж. Янга. Избегание является распространенной стратегией совладания при депрессии. Обнаружено, что типом избегающего стиля совладания, который лучше всего определяет симптомы депрессии, является диссоциация и, в целом, внутрипсихические избегающие стратегии совладания. Диссоциативное избегание — это самая архаичная и инстинктивная стратегия преодоления страданий и психологической боли. Другие внутрипсихические стратегии включают ментальные действия, такие как пассивное блокирование расстраивающих эмоций, фантазии, мечтания наяву, отрицание воспоминаний и чрезмерная рациональность. Эти представления о диссоциативном избегании связаны с режимом Отстраненный Защитник. [30]

# **Глава 4.** Эмпирическая часть

## *4.1. Описание исследования*

В рамках настоящей курсовой целью исследования является определение ранних дезадаптивных схем и схем-режимов, способных определить депрессивные расстройства. В качестве объекта исследования выступает депрессивные расстройства, а в качестве предмета ранние дезадаптивные схемы и схема-режимы, способные определить депрессивные расстройства.

**Задачи данного исследования:**

1. Изучить ранние дезадаптивные схемы испытуемых с депрессивными расстройствами, выявляемые с помощью опросника Дж. Янга;
2. Изучить схема-режимы испытуемых с депрессивными расстройствами, выявляемые с помощью опросника Дж. Янга.

**Гипотезы:**

1) У пациентов с депрессивными расстройствами на первый план выходят высокие показатели выраженности ранних дезадаптивных схем по всем доменам;

2) Присутствие определенной совокупности схема-режимов в результатах опросника Дж. Янга, а именно: Уязвимый ребёнок, Отстраненный самоутешитель, Карающий Родитель, Требовательный родитель, Послушный капитулянт, может говорить о наличии депрессивных расстройств у испытуемого.

**Материалы и методы**

В качестве основных методов исследования выбраны: экспериментально-психологический, в рамках которого использовались следующие психодиагностические методики:

1. Диагностика Ранних дезадаптивных схем Дж. Янга, направленный на выявление самих ранних дезадаптивных схем. Опросник состоит из 90 утверждений, в каждом из которых представлены 6 вариантов ответа. Выраженность той или иной схемы смотрится в процентном соотношении с другими.
2. Диагностика Схема-режимов Дж. Янга, направленная на выявление схема-режимов. Опросник состоит из 124 утверждений, каждому из которых соответствуют 6 вариантов ответа. Выраженность того или иного режима определяется по уровням, где для каждого режима он свой.

**Характеристика выборки**

Выборка состоит из 20 лиц, страдающих депрессивными расстройствами, и в качестве контрольной группы случайным образом, но с учетом особенностей экспериментальной группы, отберутся 20 условно здоровых испытуемых.

Характеристика выборки экспериментальной группы:

Пол: женский

Средний возраст: 28 лет

Код: 6А70, 6А71

Исследование проходило на базе Центральной клинической психиатрической больницы и Психиатрической клинической больницы №4 имени П. Б. Ганнушкина.

Характеристика выборки контрольной группы:

Пол: женский

Средний возраст: 22 года

Исследование проходило на базе Московского Государственного Медико-Стоматологического Университета им. Евдокимова, факультета Клинической психологии.

**Процедура исследования**

Исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе условно здоровым испытуемым было предложено пройти опросники Ранних дезадаптивных схем и Схема-режимов Дж. Янга.

На втором этапе пациентам с депрессивными расстройствами было также предложено пройти опросники Ранних дезадаптивных схем и Схема-режимов Дж. Янга.

Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS. Составлялись таблицы рангов для критерия Манна-Уитни, где мы выявляли значимость различий ранних дезадаптивных схем и режимов на основе 2 групп сравнения – условно здоровых испытуемых и пациентов с депрессивными расстройствами, и проводился кластерный анализ дезадаптивных схем и режимов у лиц с депрессивными расстройствами.

## *4.2 Описание результатов*

По результатам проведенного исследования были получены следующие результаты по выявлению значимости различий по схема-режимам на основе 2 групп сравнения (Таблица 1).

**Таблица 1. Значимость различий по схема-режимам**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Режимы | Средние значения по эксперементальной группе | Средние значения по контрольной группе | p-уровень значимости |
| Уязвимый ребенок  | 4,05 | 1,88 | **0,000** |
| Сердитый реб-к | 3,46 | 2,20 | **0,000** |
| Яростный ребенок | 2,31 | 1,43 | **0,000** |
| Импульсивный реб-к  | 3,24 | 2,19 | **0,000** |
| Недисциплиннированный реб-к  | 3,86 | 2,68 | **0,000** |
| Счастливый реб-к\*  | 2,86 | 4,41 | **0,000** |
| Покорный капитулянт  | 3,65 | 2,32 | **0,000** |
| Отстранённый защитник  | 3,48 | 2,06 | **0,000** |
| Отстранённый самоутешитель | 3,83 | 2,50 | **0,000** |
| Самовозвеличитель | 3,12 | 2,95 | 0,698 |
| Агрессивный задира | 2,53 | 2,45 | 0.779 |
| Карающий родитель  | 3,93 | 1,43 | **0,000** |
| Требоват-й родитель  | 4,32 | 3,24 | **0,000** |
| Здоровый взрослый\* | 3,39 | 4,65 | **0,000** |

Если p<0,05, то между группами есть различия.

Исходя из полученных данных было выяснено, что значимые отличия есть у всех режимов, кроме: Самовозвеличитель, Агрессивный задира.

Далее были получены следующие результаты по выявлению значимости различий по ранним дезадаптивным схемам на основе 2 групп сравнения (Таблица 2).

**Таблица 2. Значимость различий по ранним дезадаптивным схемам**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Схемы | Средние значения по эксперементальной группе | Средние значения по контрольной группе | p-уровень значимости |
| Эмоциональная депривированность | 30,8 | 15 | 0,028 |
| Покинутость/Нестабильность | 68,35 | 33 | **0,000** |
| Недоверие/Ожидание жестокого обращения | 54,25 | 19,6 | **0,000** |
| Социальная отчуждённость | 50,75 | 18,6 | **0,000** |
| Дефективность/Стыдливость | 52,55 | 11,4 | **0,000** |
| Неуспешность | 65,4 | 21 | **0,000** |
| Зависимость/Беспомощность | 51,25 | 11,65 | **0,000** |
| Уязвимость | 63,1 | 18,6 | **0,000** |
| Спутанность/Неразвитая идентичность | 48,3 | 16,4 | **0,000** |
| Покорность | 52,9 | 21,4 | **0,000** |
| Самопожертвование | 48,2 | 26,2 | **0,000** |
| Подавление эмоций | 41 | 31,6 | 0,231 |
| Жёсткие стандарты/Придирчивость | 69,6 | 46,8 | **0,000** |
| Привилегированность/Грандиозность | 40,6 | 32 | 0,114 |
| Недостаточность самоконтроля | 63 | 27,4 | **0,000** |
| Поиск одобрения | 63,8 | 37 | **0,020** |
| Негативизм/Пессимизм | 70,2 | 23,6 | **0,000** |
| Пунитивность | 67 | 20 | **0,000** |

Если p<0,05, то между группами есть различия.

Исходя из полученных данных было выяснено, что значимые отличия есть у всех схем, кроме: Эмоциональная депривация, Подавление эмоций, Привилегированность/Грандиозность.

Далее, с помощью кластерного анализа мы выявили, какие схемы выражены конкретно у экспериментальной группы, то есть у пациентов с депрессивными расстройствами.

В результате кластерного анализа экспериментальная группа разбилась на два кластера: первый включает 10 человек, второй – 10 человек. Далее произошло сравнение двух кластеров и выявление значимых различий между схемами.

**Таблица 3. Значимые различия по ранним дезадаптивным схемам у пациентов с депрессивными расстройствами**

|  |  |
| --- | --- |
| Схемы | p-уровень значимости |
| Эмоциональная депривированность | 0,378 |
| Покинутость/Нестабильность | **0,001** |
| Недоверие/Ожидание жестокого обращения | **0,000** |
| Социальная отчуждённость | **0,000** |
| Дефективность/Стыдливость | **0,000** |
| Неуспешность | **0,018** |
| Зависимость/Беспомощность | **0,000** |
| Уязвимость | **0,036** |
| Спутанность/Неразвитая идентичность | **0,003** |
| Покорность | **0,000** |
| Самопожертвование | 0,194 |
| Подавление эмоций | 0,452 |
| Жёсткие стандарты/Придирчивость | 0,658 |
| Привилегированность/Грандиозность | **0,030** |
| Недостаточность самоконтроля | **0,000** |
| Поиск одобрения | **0,000** |
| Негативизм/Пессимизм | **0,002** |
| Пунитивность | **0,002** |

Если p<0,05, то между группами есть различия, а соответственно данные схемы являются наиболее выраженными у пациентов с депрессивными расстройствами: Покинутость\Нестабильность, Недоверие/Ожидание жестокого обращения, Социальная отчуждённость, Дефективность/Стыдливость, Неуспешность, Зависимость/Беспомощность, Уязвимость, Спутанность/Неразвитая идентичность, Покорность, Привилегированность/Грандиозность, Недостаточность самоконтроля, Поиск одобрения, Негативизм/Пессимизм, Пунитивность.

В последующем, благодаря кластерному анализу схема-режимов, экспериментальная группа разбилась на два кластера: первый включает 14 человек, и второй – 6 человек. Далее произошло сравнение двух кластеров и выявление значимых различий между режимами.

**Таблица 4. Значимые различия по схема-режимам у пациентов с депрессивными расстройствами**

|  |  |
| --- | --- |
| Режимы | p-уровень значимости |
| Уязвимый ребенок | **0,000** |
| Рассерженный ребёнок | **0,000** |
| Яростный ребенок | **0,000** |
| Импульсивный ребёнок | **0,022** |
| Недисциплиннированный ребёнок | 0,058 |
| Счастливый ребёнок\* | 0,257 |
| Покорный капитулянт | **0,000** |
| Отстранённый защитник | 0,521 |
| Отстранённый самоутешитель | **0.001** |
| Самовозвеличитель | 0,081 |
| Агрессивный задира | **0,015** |
| Карающий родитель | **0,002** |
| Требовательный родитель | **0,000** |
| Здоровый взрослый\* | 0,535 |

Если p<0,05, то между группами есть различия, а соответственно данные режимы являются наиболее выраженными у пациентов с депрессивными расстройствами: Уязвимый ребенок, Рассерженный ребёнок, Яростный ребёнок, Импульсивный ребёнок, Покорный капитулянт, Отстранённый самоутешитель, Агрессивный задира, Карающий родитель, Требовательный родитель.

# *4.3 Обсуждение результатов*

**Ранние дезадаптивные схемы**

Выявленные нами схемы имеют связь с Когнитивной триадой А. Бека. Схемы Покинутость\Нестабильность, Недоверие/Ожидание жестокого обращения, Социальная отчуждённость, присущие пациентам с депрессивными расстройствами, соответствуют их негативным установкам «о мире». Человек ожидает, что его непременно покинут, поступят с ним жестоко, из-за чего он будет чувствовать себя лишним, изолированным от окружающей действительности. Схемы Дефективность, Неуспешность, Беспомощность, Уязвимость напрямую связаны о негативных установках «о себе» и «своём будущем». Из-за активации схемы Социальная отчуждённость, человек чувствует себя «не таким, как все», что провоцирует мысли о собственной никчёмности, ненужности, о том, что что-то обязательно будет угрожать его психическому благополучию. Этот процесс взаимообратимый, присутствие одной схемы может запускать другую, и наоборот.

Наличие схемы Пессимизм\Негативизм подтверждает идею, что люди с депрессивными расстройствами сумеют найти и сосредоточиться на одном негативном комментарии, который мешает окружающей действительности быть безопасной.

Схемы: Неразвитая идентичность, Поиск одобрения и Покорность. Из-за несформировавшейся структуры своей идентичности, люди с депрессивными расстройствами могут быть склонны удерживать внешний локус контроля и ориентироваться на него. Из этого следует высокая потребность в одобрении своих поступков, а если этого не происходит, то остаётся лишь осуществлять чрезмерную передачу контроля другим, потому что человек чувствует себя вынужденным - обычно для того, чтобы избежать гнева, возмездия или заброшенности.

Интересны завышенные показатели по схеме Грандиозности. Выраженная идея собственной привилегированности может представлять собой форму сверхкомпенсации чувства неполноценности и стыда, а также социальной изоляции. Вероятнее всего, именно из-за схемы Грандиозности активируется схема Пунитивности, которая предполагает неумение допускать человеческое несовершенство или сопереживать чувствам людей, которые не подходят под жёсткие стандарты.

Неустойчивость при неопределённости, склонность к руминации могут активировать схему Недостаточность самоконтроля. Из-за патологического акцентирования внимания на негативных эмоциях, человек может довести их до пика аффективного реагирования, потери контроля над ситуацией.

Данные суждения согласуются с нашей гипотезой о том, что люди с депрессивными расстройствами сообщают о более высоких показателях по всему спектру ранних дезадаптивных схем по сравнению с людьми без депрессии.

**Режимы**

Присутствие режимов Рассерженный ребёнок, Яростный ребёнок, Импульсивный ребёнок, Агрессивный задира может быть связано с нейробиологическим компонентом развития депрессивных расстройств. Казалось бы, для депрессии более вероятно возникновение астенических эмоций, которые не связаны с проявлением импульсивности и аффективности. Но, как уже было сказано в теоретической части нашей работы, области префронтальной коры у лиц с депрессивными расстройствами сокращаются, что говорит о том, что пациенты могут становиться импульсивными и легко раздражаться, возбуждаться.

Режим Отстранённый самоутешитель перекликается с моделью избегающего совладания при депрессивных симптомах Ф. Реннера. Избегание является распространенной стратегией совладания при депрессии. Обнаружено, что типом избегающего стиля совладания, который лучше всего определяет симптомы депрессии, является диссоциация и, в целом, внутрипсихические избегающие стратегии совладания. Диссоциативное избегание — это самая архаичная и инстинктивная стратегия преодоления страданий и психологической боли. Другие внутрипсихические стратегии включают ментальные действия, такие как пассивное блокирование расстраивающих эмоций, фантазии, мечтания наяву, отрицание воспоминаний и чрезмерная рациональность.

Депрессивный индивид склонен подчиняться желаниям других людей и подавлять собственные потребности и желания. Эти психические явления могут активироваться поведенчески через соответствующий режим Послушного Капитулянта.

Присутствующие режимы Карающий родитель, Требовательный родитель представляют собой интернализацию родительских сообщений, оказывающих давление на ребенка с целью достижения нереально высоких ожиданий. Когда высокие стандарты не соблюдаются, может возникнуть сильное разочарование, страдание и самокритика, из-за чего может активироваться режим Уязвимого ребёнка.

# Выводы

1) Анализ научных подходов, охватывающих депрессивные расстройства позволил выявить основные тенденции проявления его во всех сферах личности. Нами были выявлены нейробиологические, социальные, психологические факторы развития депрессивных расстройств, что расширяет значимость проблемы диагностики с позиции гнозиса. Многостороннее изучение позволяет добиться не только глубоких теоретических разработок, но и высоких терапевтических альянсов со стороны психотерапевтов.

2) Изучение ранних дезадаптивных схем и схема-режимов способствует структурированию личностных паттернов в рамках самопознания. Их связь с ключевыми базовыми потребностями обеспечивает причинную следственность, что помогает проследить особенности личности или патологические образования с позиции дезадаптации.

3) Взаимосвязь депрессивных расстройств и дезадаптивных схем, схема-режимов прослеживается в структурном развитии компонентов психики, что доказывает влияние определённых дезадаптивных схем и режимов на развитие депрессивных расстройств.

4) При рассмотрении связи депрессивных расстройств и ранних дезадаптивных схем и режимов наблюдается тенденция к линейной систематической причинности нарушения интегративной структуры психической составляющей пациента. С помощью эмпирического исследования мы не только добились расширения взглядов на данную тематику, но и внесли дополнения в биопсихосоциальную модель.

# Заключение

В данной курсовой работе проведёно изучение депрессивных расстройств с позиции биопсихосоциальной модели, а именно: нейробилогические, нейрофизиологические, психосоциальные факторы развития. Проведён анализ научных подходов, посвященных изучению ранних дезадаптивных схем и режимов, а также выявлена взаимосвязь в их проявлении и сопутствующих депрессивных расстройств.

Дальнейшие исследования необходимы для того, чтобы лучше понять роль событий в детстве с позиции отслеживания ранних предикторов развития расстройств. Лучшее понимание этих взаимодействий может позволить выявить подверженных риску субъектов, которым можно будет помочь с помощью такого профилактического метода, как психотерапия, а также предотвратить или свести к минимуму дальнейшее прогрессирование расстройств на более поздних этапах жизни.

Исследование дезадаптивных схем и режимов показало взаимосвязь между их проявлением в психосоциальной парадигме и критериями депрессивных расстройств. Дальнейшие исследования необходимы для более полного изучения дезадаптивных схем и режимов у лиц с депрессивными расстройствами. Изучив их, мы можем модулировать негативные аффекты, минимизировать страдания, а также разработать определённые копинг-стратегии для лиц с депрессивными расстройствами.

Проведенное эмпирическое исследование предоставило ряд гипотез, эмпирическая проверка которых, станет основополагающим направлением будущего исследования:

1. Существует определенный набор дезадаптивных схем, специфичных для депрессивных расстройств, качественный анализ которых, возможно, позволит дифференцировать депрессивные расстройства.
2. Существует определенный набор схема-режимов, специфичных для депрессивных расстройств.

Подводя итоги работы, стоит упомянуть о дальнейших перспективах изучения данной проблемы. Настоящая работа будет использоваться для проведения дальнейших исследований в данной области, так как содержит обзор, необходимый для последующей деятельности в этой области. На основе данной работы планируется исследование, включающее клиническую выборку, предполагающее расширение и подтверждение выводов, выдвинутых в настоящем эмпирическом исследовании.

Необходимо более масштабное по количеству испытуемых эмпирическое исследование с математико-статистическим методом анализа данных, основанное на клинической выборке в сопоставлении с контрольной. Дальнейшая работа и исследования в этой сфере способны вывести психодиагностические и дифференциальные способности опросника Дж. Янга в области депрессивных расстройств на принципиально новый уровень.

.

Список литературы

1. Rezvy G, Andreeva E, Ryzhkova N, Yashkovich V, Sørlie T. Integrating mental health into primary care in Arkhangelsk County, Russia: the Pomor model in psychiatry. Int J Ment Health Syst. 2019. [1]
2. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. [2]
3. Cook, S., Kudryavtsev, A.V., Bobrova, N. *et al.* Prevalence of symptoms, ever having received a diagnosis and treatment of depression and anxiety, and associations with health service use amongst the general population in two Russian cities. 2020. [3]
4. Social and physical factors related to depression in the older population of Siberia, Russia: a cross-sectional study Georg von Fingerhut, Katsuyoshi Mizukami, Dorothy Yam, Konstantin Makarov, Yuriy Kim, Elena Kondyurina and Lyudmila Yakovleva. 2020. [4]
5. Akimova EV, Akimov MJ, Gakova EI, Kayumova MM, Gafarov VV, Kuznetsov VA. Levels of depression and life exhaustion in the open population of the middle urbanized Siberian city: gender differences. Ter Arkh. 2019. [5]
6. Cowen, PJ (2015) Neuroendocrine and neurochemical processes in depression. In: DeRubeis, RJ, Strunk, DR (eds) The Oxford Handbook of Mood Disorders. Oxford: Oxford University Press [6]
7. Gryglewski, G, Lanzenberger, R, Kranz, GS. (2014) Meta-analysis of molecular imaging of serotonin transporters in major depression. Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism [7]
8. Sanacora, G (2010) Cortical inhibition, gamma-aminobutyric acid, and major depression: There is plenty of smoke but is there fire? Biological Psychiatry [8]
9. Maciag, D, Hughes, J, O’Dwyer, G. (2010) Reduced density of calbindin immunoreactive GABAergic neurons in the occipital cortex in major depression: Relevance to neuroimaging studies. Biological Psychiatry [9]
10. Kim YK, Ham BJ, Han KM Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2019 [10]
11. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML, Lancet. 2012 [11]
12. Brain changes in depression. [Simona Corina Trifu](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Trifu%20SC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=33544788), [Arina Cipriana Trifu](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Trifu%20AC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=33544788), [Ecaterina Aluaş](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Alua%26%23x0015f%3B%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=33544788), [Mihai Alexandru Tătaru](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=T%26%23x00103%3Btaru%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=33544788), and [Radu Virgil Costea](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Costea%20RV%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=33544788). 2020 [12]
13. Joorman, J. (2008). Cognitive aspects of depression. In I. Gotlib, editor; and C. Hammen, editor. (Eds.), Handbook of Depression [13]
14. Seligman, M.E.P., Reivich, K., Jaycox, L., and Gillham, J. (1995). The Optimistic Child [14]
15. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Depression, Parenting Practices, and the Healthy Development of Children; England MJ, Sim LJ, editors. 2009. [15]
16. Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model, Aaron T. Beck and Emily A.P. Haigh, 2014. [16]
17. Emotional Schema Therapy, R. Leahy, 2018. [17]
18. Контекстуальная схематерапия Э. Рёдигер, 2021 [18]
19. Brinker, J., & Cheruvu, V. K. (2017). Social and emotional support as a protective factor against current depression among individuals with adverse childhood experiences. [19]
20. Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A review. Journal of Cognitive Psychotherapy [20]
21. Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. H. (2016). This article is protected by copyright. All rights reserved. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry [21]
22. Bishop, A., Pilkington, P., & Younan, R. (2020). Early maldaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. [22]
23. Herman, J. L. (2007). Shattered shame states and their repair. The John Bowlby Memorial Lecture [23]
24. Schore, A. N. (2020). Forging Connections in Group Psychotherapy Through Right Brain-to- This article is protected by copyright. All rights reserved. Right Brain Emotional Communications. Part 1: Theoretical Models of Right Brain Therapeutic Action. Part 2: Clinical Case Analyses of Group Right Brain Regressive Enactments. International Journal of Group Psychotherapy [24]
25. Wetherall, K., Robb, K. A., & O’Connor, R. C. (2019). Social rank theory of depression: A systematic review of self-perceptions of social rank and their relationship with depressive symptoms and suicide risk. Journal of Affective Disorders [25]
26. Balsamo, M., Carlucci, L., Sergi, M. R., Murdock, K. K., & Saggino, A. (2015). The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between co-rumination and depression in young adults. [26]
27. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature Olivia Remes, João Francisco Mendes and Peter Templeton, 2021 [27]
28. De Raedt R, Koster EHW. Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cogn Affect Behav Neurosci.*2010 [28]
29. Donaldson C, Lam D, Mathews A. Rumination and attention in major depression. *Behav Res Ther.*2007 [29]
30. Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. Barbara Basile, Katia Tenore, Francesco Mancini, Steven Richfield. 2018 [30]

# **Приложение 1.**

**YSQ – S3R**

Инструкция:

*Ниже перечислены утверждения, с помощью которых Вы можете описать себя. Пожалуйста, прочитайте каждое утверждение и решите, насколько точно оно Вас характеризует. Если Вы не уверены, как ответить, основывайте свой ответ на том, как Вы ЧУВСТВУЕТЕ, а не на том, что вы считаете правильным.*

*На регистрационном листе выберите подходящий вариант ответа и поставьте значок (V) напротив порядкового номера утверждения.*

1. Рядом со мной не было человека, который бы обо мне заботился, проявлял участие и искренний интерес ко всему, что происходило со мной
2. Я «цепляюсь» за близких мне людей, так как боюсь, что они меня покинут
3. Мне кажется, что другие люди меня используют
4. Я не вписываюсь ни в одну из компаний
5. Ни один мужчина (женщина), к которым я испытываю влечение, не могли бы полюбить меня, если бы узнали о моих недостатках
6. Почти всё, что я делаю на работе (в учебе) не так хорошо, как это могли бы сделать другие люди
7. Думаю, что я не способен самостоятельно справляться с повседневными делами
8. Я не могу избавиться от ощущения, что должно случиться что-то плохое
9. Я не смог «отделиться» от своих родителей в той мере, в какой это сделали мои сверстники
10. Я думаю, что если я буду делать только то, что мне хочется, это непременно приведет к неприятностям
11. В конце концов, именно мне приходится заботиться о моих близких
12. Я слишком застенчив, чтобы проявлять свою симпатию (внимание или привязанность) к другим людям
13. Я должен быть лучшим во всем, что я делаю, и не могу быть хуже других
14. Мне очень трудно принять «нет» в качестве ответа, если я чего-нибудь хочу от других людей
15. Я не могу заставить себя выполнять рутинные или скучные задания
16. Знакомство с важными людьми и наличие денег дают мне ощущение собственной значимости
17. Даже когда дела идут хорошо, у меня такое ощущение, что это ненадолго
18. Если я допущу ошибку, то должен быть наказан
19. Я не знаю таких людей, которые давали бы мне тепло, любовь и заботу
20. Я так сильно нуждаюсь в других людях, что боюсь их потерять
21. Я чувствую, что не могу ослабить свою защиту и вести себя естественно в присутствии других людей, так как они могут причинить мне боль
22. Я очень сильно отличаюсь от других людей
23. Никто, о ком я мечтаю, не захотел бы остаться рядом со мной, если бы узнал, какой я на самом деле
24. Я неспособен добиться успеха
25. В повседневной жизни я во многом завишу от других людей
26. Я полагаю, что в любой момент может произойти нечто ужасное (природная катастрофа, преступление, финансовый кризис или несчастный случай)
27. Я и мои родители склонны (были склонны) принимать излишнее участие в жизни и решении проблем друг друга
28. Я чувствую, что я должен уступать желаниям других людей, иначе они могут отвергнуть меня или как- то отомстить
29. Я - хороший человек, так как думаю о других больше, чем о себе
30. Мне неловко показывать другим свои чувства
31. Я стараюсь делать все как можно лучше и не приемлю, когда говорят «…и так уже достаточно хорошо…»
32. Я особенный человек и не обязан подчиняться многим ограничениям, установленным для других людей
33. Если мне не удается достичь цели, я легко отчаиваюсь и сдаюсь
34. Достижения имеют для меня наибольшую ценность, если их замечают другие люди
35. Когда случается что-то хорошее, я жду, что должно случиться что-то плохое
36. Если я не буду стараться изо всех сил, то у меня обязательно будут неприятности
37. Я никогда не чувствовал, что я был кем-то особенным для другого человека
38. Я опасаюсь, что мои близкие покинут или «бросят» меня
39. Думаю, что рано или поздно, кто-нибудь меня обязательно предаст
40. Я – одиночка, и не принадлежу ни к какому «кругу»
41. Я недостоин любви, внимания или уважения других людей
42. Большинство людей достигают лучших результатов в работе, чем я
43. Мне не хватает здравого смысла
44. Я боюсь, что на меня могут напасть
45. Мне всегда было очень трудно скрывать от родителей подробности личной жизни, не испытывая при этом чувства вины
46. В отношениях с другими людьми я легко соглашаюсь быть на вторых ролях
47. Я так занят делами моих близких, что у меня не остается времени для себя
48. Мне трудно быть раскованным и непосредственным с другими людьми
49. Я должен выполнять все свои обязательства
50. Я терпеть не могу, когда меня ограничивают или не дают делать то, что я хочу
51. Мне очень трудно отказывать себе в удовлетворении сиюминутных желаний ради достижения отдаленной цели
52. Когда я не получаю повышенного внимания, я чувствую себя недостаточно значимым человеком
53. Невозможно всё предусмотреть - что-нибудь обязательно пойдёт не так
54. Если я не сделаю какую-либо работу как следует, то должен буду отвечать за последствия
55. У меня никогда не было человека, который бы по-настоящему выслушивал и понимал меня или интересовался моими истинными потребностями и чувствами
56. Когда я чувствую, что близкий человек отдаляется или уходит от меня, я впадаю в отчаяние
57. Я очень подозрительно отношусь к тому, какими мотивами руководствуются другие люди
58. Я чувствую себя отчужденным или изолированным от других людей
59. Мне кажется, что меня нельзя полюбить
60. В работе я не так талантлив, как большинство других людей
61. В житейских ситуациях на мое мнение нельзя полагаться
62. Я боюсь, что потеряю все деньги или останусь без средств к существованию
63. Я чувствую, что живу не собственной жизнью, а так, как хотели бы от меня мои родители
64. Так как решения за меня всегда принимали другие, то теперь я сам не знаю, чего хочу на самом деле
65. Мне всегда приходится выслушивать проблемы других людей
66. Я так сильно контролирую себя, что меня считают неэмоциональным или бесчувственным
67. Я постоянно испытываю давление от того, что нужно что-то сделать или чего-то достичь
68. Считаю, что я не должен следовать общепринятым правилам и договоренностям, как это делают другие люди
69. Я не могу заставить себя делать то, что мне не нравится, даже если я знаю, что это нужно для моего же блага
70. Если меня знакомят с новой компанией или я кому-нибудь что-то рассказываю, то для меня очень важно получить признание и восхищение
71. Независимо от того, насколько усердно я работаю, меня беспокоит, что я могу лишиться денежных средств и остаться ни с чем
72. Не имеет значения, почему я сделал ошибку - если я сделаю что-то не так, то мне придётся за это расплачиваться
73. В моей жизни не было такого человека, который мог бы дать мне хороший совет или направить меня, когда я не знал, как поступить
74. Иногда я так боюсь, что кто-то покинет меня, что сам первый начинаю отталкивать этого человека
75. Обычно я ищу скрытые мотивы у других людей
76. Я чувствую себя посторонним в любой группе
77. У меня много неприемлемых качеств, из-за которых я не могу открываться перед другими людьми или позволять им узнавать меня получше
78. В том, что касается работы или учебы, я не такой сообразительный как большинство других людей
79. Я не уверен в своей способности справляться с повседневными проблемами, которые постоянно возникают
80. Я беспокоюсь, что у меня развивается тяжелое заболевание, хотя врачи не обнаруживают ничего серьезного
81. Я не чувствую себя целостной личностью отдельно от личности моего партнера или кого-то из родителей
82. Мне очень трудно требовать от других, чтобы они уважали мои права и считались с моими чувствами
83. Люди считают, что я делаю слишком много для других и недостаточно для себя
84. Меня считают эмоционально зажатым и напряженным
85. Мне трудно снять с себя ответственность за что-либо или дать себе право на ошибку
86. То, что я предлагаю и делаю, является более ценным, чем вклад других людей
87. Мне редко удаётся сдерживать обещания, которые я даю самому себе
88. Я чувствую себя по-настоящему ценным человеком, когда меня хвалят или осыпают комплиментами
89. Я боюсь, что любое неправильное решение может привести к катастрофе
90. Я плохой человек, который заслуживает наказания

# **Приложение 2.**

**Инструкция:**

Вам предлагается ряд утверждений, с помощью которых Вы можете охарактеризовать себя. Пожалуйста, прочтите каждое утверждение и оцените, насколько часто Вы ОБЫЧНО думаете или чувствуете себя так же, как указано в данном пункте.

На Бланке для ответов выберите подходящий вариант ответа, и поставьте значок ( V ) напротив порядкового номера утверждения.

1. Я требую уважения к себе, не позволяя другим людям помыкать мною.
2. Я чувствую, что меня любят и принимают.
3. Я отказываю себе в удовольствиях, потому что я их не заслуживаю.
4. Я считаю себя глубоко ущербным, неадекватным или “дефективным”.
5. У меня бывают порывы наказать себя, причиняя себе боль (например, уколоть, ущипнуть или порезать себя).
6. Я чувствую себя потерянным.
7. Я бываю жесток к себе.
8. Я очень стараюсь угодить другим людям, чтобы избежать конфликтов, конфронтации или отвержения.
9. Я не могу простить себя.
10. Я делаю все, чтобы привлечь к себе внимание.
11. Я раздражаюсь, когда люди не делают то, о чем я их прошу.
12. Мне трудно сдерживать свои порывы.
13. Если я не могу достичь цели, я легко разочаровываюсь и сдаюсь.
14. У меня бывают вспышки гнева.
15. Я веду себя импульсивно и выражаю эмоции так, что попадаю в неприятные ситуации или обижаю других.
16. Во всем, что происходит плохого, виноват я.
17. Я чувствую себя непринужденно и испытываю удовлетворение.
18. Я веду себя с разными людьми по-разному, приспосабливаясь к ним, потому что хочу, чтобы они относились ко мне с симпатией и одобрением.
19. Я чувствую контакт с другими людьми.
20. Когда возникают проблемы, я изо всех сил стараюсь решить их самостоятельно.
21. Я не заставляю себя выполнять рутинные или скучные задания.
22. Если я не буду сопротивляться, надо мной будут издеваться или будут меня игнорировать.
23. Я должен заботиться об окружающих.
24. Если вы позволяете другим насмехаться над вами или запугивать вас, вы - неудачник.
25. Я физически нападаю на людей, когда я злюсь на них.
26. Как только я начинаю злиться, я часто теряю самоконтроль и выхожу из себя.
27. Для меня важно быть лучшим во всем (например, самым популярным, самым успешным, самым богатым, самым сильным).
28. Я ко многому отношусь безразлично.
29. Я могу решать проблемы рационально, не поддаваясь эмоциям.
30. Бессмысленно планировать заранее то, как вести себя в различных ситуациях.
31. Меня может удовлетворить только самое лучшее.
32. Нападение – лучшая защита.
33. Я отношусь к людям холодно и бессердечно.
34. Я отстраняюсь от всего (от себя, от своих эмоций и от других людей).
35. Я слепо подчиняюсь своим эмоциям.
36. Я испытываю отчаяние.
37. Я позволяю другим людям критиковать и осуждать меня.
38. В отношениях с другими, я позволяю им главенствовать надо мной.
39. Я чувствую себя дистанцированным от других людей.
40. Я говорю, не подумав, и поэтому попадаю в неприятные ситуации или обижаю других.
41. Я напряженно работаю или занимаюсь спортом, чтобы не думать о вещах, которые меня расстраивают.
42. Я злюсь на то, что другие ограничивают мою свободу или независимость.
43. Я ничего не чувствую.
44. Я делаю то, что хочу, независимо от того, что хотят или чувствуют другие.
45. Я не позволяю себе расслабляться или развлекаться, пока полностью не сделаю то, что должен.
46. Когда я злюсь, я бросаюсь вещами.
47. Я испытываю ярость по отношению к другим людям.
48. Я могу хорошо ладить с другими людьми.
49. У меня внутри накопилось много гнева, который мне нужно выпустить наружу.
50. Я испытываю чувство одиночества.
51. Все, что я делаю, я стараюсь делать как можно лучше, «выкладываясь по полной».
52. Мне нравится делать что-нибудь увлекательное или успокаивающее, чтобы отвлечься от своих чувств (например, смотреть телевизор, заниматься работой, азартными играми, едой, покупками, сексом, …)
53. Лучше превосходить других, так как равенства не существует.
54. Когда я злюсь, я часто теряю контроль и угрожаю другим людям.
55. Я позволяю другим поступать так, как они хотят, вместо того, чтобы сказать им, чего хочу я.
56. Я считаю, что если кто-то не со мной, тот он против меня.
57. Чтобы мои мысли и чувства меня меньше беспокоили, я стараюсь найти себе какое-нибудь занятие.
58. Если я злюсь на других – значит я плохой человек.
59. Я не хочу вникать в чужие дела.
60. Я бываю так зол, что готов ранить или “убить” кого-нибудь.
61. Я считаю, что моя жизнь достаточно устойчива и безопасна.
62. Я знаю, когда выражать, а когда скрывать свои чувства.
63. Я злюсь на того, кто оставил или бросил меня.
64. Я не чувствую контакта с другими людьми.
65. Я не могу заставить себя делать то, что я считаю неприятным, даже если я знаю, что это нужно для моего же блага.
66. Я нарушаю правила, хотя потом жалею об этом.
67. Я чувствую себя униженным.
68. Я доверяю большинству людей.
69. Я сначала действую, а потом думаю.
70. Мне быстро надоедает то, что я делаю, и становится скучно.
71. Я чувствую себя одиноким даже среди людей.
72. Я не позволяю себе те удовольствия, которые позволяют себе другие, потому что я считаю себя плохим.
73. Я добиваюсь своего, но без фанатизма.
74. Я чувствую, что я особенный и лучше большинства людей.
75. Меня ничто не заботит и не волнует.
76. Меня злит, когда кто-нибудь говорит мне, ч т о я должен чувствовать или как мне вести себя.
77. Если ты не доминируешь над другими, то они будут доминировать над тобой.
78. Я говорю, что думаю, или поступаю импульсивно, не думая о последствиях.
79. Мне хочется отругать людей за то, как они со мной обращаются.
80. Я могу о себе позаботиться.
81. Я довольно критично отношусь к другим людям.
82. Я чувствую сильное давление от того, что мне постоянно нужно что-то достигать и что-то делать.
83. Я стараюсь не допускать ошибок, иначе я буду сердиться на себя.
84. Я заслуживаю наказания.
85. Я могу учиться, расти и меняться.
86. Я хочу отвлечься от грустных мыслей и чувств.
87. Я злюсь на себя.
88. Я бываю унылым.
89. Я должен быть лучшим во всем, что я делаю.
90. Я жертвую удовольствиями, радостями или здоровьем, чтобы соответствовать своим собственным стандартам.
91. Я требовательно отношусь к другим людям.
92. Если я разозлюсь, я могу так выйти из себя, что кому-то не поздоровиться.
93. Я неуязвим.
94. Я плохой человек.
95. Я чувствую себя в безопасности.
96. Я чувствую, что ко мне прислушиваются, меня понимают и ценят.
97. Я не могу контролировать свои порывы.
98. Когда я злюсь, я ломаю вещи.
99. Если доминировать над другими, то с вами все будет в порядке.
100. Я веду себя пассивно, даже если мне не нравится положение вещей.
101. Мой гнев выходит из-под контроля.
102. Я высмеиваю или задираю других.
103. Мне хочется отругать или сделать больно кому-нибудь за то, что мне сделали.
104. Я знаю, что можно делать что-нибудь «правильно» или «неправильно». Я очень стараюсь поступать правильно, иначе я буду ругать себя.
105. Я чувствую себя одиноким в этом мире.
106. Я чувствую себя слабым и беспомощным.
107. Я бываю ленивым.
108. Я могу все снести от людей, которые важны для меня.
109. Меня обманывали или обходились со мною несправедливо.
110. Если мне очень хочется что-нибудь сделать, я просто делаю это.
111. Я чувствую себя брошенным или отвергнутым.
112. Я принижаю других.
113. Я настроен оптимистично.
114. Я считаю, что правила, которым следуют другие люди, для меня необязательны.
115. В жизни я сосредоточен на том, чтобы делать все "правильно" и доводить все дела до конца.
116. Я стараюсь быть более ответственным, чем большинство других людей.
117. Я могу постоять за себя, когда чувствую, что меня несправедливо критикуют, унижают или используют в своих интересах.
118. Я не заслуживаю сочувствия, когда со мной случается что-нибудь плохое.
119. Я чувствую, что меня никто не любит.
120. Я думаю, что, в общем, я хороший человек.
121. При необходимости, я могу выполнить скучную и рутинную работу, чтобы достичь то, что для меня важно.
122. У меня хорошее, игривое настроение.
123. Я могу так разозлиться, что готов убить кого-нибудь.
124. Я хорошо понимаю, кто я и что мне нужно для счастья.

# **Приложение 3. Таблица норм по показателям схема-режимов.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Режим** | Низкий | Пониж. | Умеренный | Повышен. | Высокий | Оч. высок. |
| **Детские режимы** |  |  |  |  |  |  |
| Уязвимый ребенок | 1 | 1,47 | 1,98 | 3,36 | 4,47 | 6 |
| Рассерженный ребенок | 1 | 1,81 | 2,29 | 3,09 | 4,03 | 6 |
| Яростный ребенок | 1 | 1,20 | 1,49 | 2,05 | 2,97 | 6 |
| Импульсивный ребенок | 1 | 2,15 | 2,68 | 3,05 | 4,12 | 6 |
| Недисциплинированный ребенок | 1 | 2,27 | 2,87 | 3,47 | 3,89 | 6 |
| Счастливый ребенок (обратный счет) | 6 | 5,06 | 4,52 | 2,88 | 2,11 | 1 |
| **Избегающие режимы** |  |  |  |  |  |  |
| Покорный капитулянт | 1 | 2,51 | 3,07 | 3,63 | 4,27 | 6 |
| Отстраняющийся защитник | 1 | 1,59 | 2,11 | 2,95 | 3,89 | 6 |
| Отстраненное самоуспокоение | 1 | 1,93 | 2,58 | 3,32 | 4,30 | 6 |
| **Режимы гиперкомпенсации** |  |  |  |  |  |  |
| Самовозвеличение | 1 | 2,31 | 2,90 | 3,49 | 4,08 | 6 |
| Угрозы и нападение | 1 | 1,72 | 2,23 | 2,74 | 3,25 | 6 |
| **Родительские режимы** |  |  |  |  |  |  |
| Карающий родитель | 1 | 1,47 | 1,86 | 2,75 | 3,72 | 6 |
| Требовательный родитель | 1 | 3,06 | 3,66 | 4,26 | 4,86 | 6 |
| **Режимы здорового взрослого** |  |  |  |  |  |  |
| Здоровый взрослый (обратный счет) | 6 | 5,16 | 4,60 | 3,60 | 2,77 | 1 |
| **Режим** | Низкий | Пониж. | Умеренный | Повышен. | Высокий | Оч. высок. |
| **Детские режимы** |  |  |  |  |  |  |
| Уязвимый ребенок | 1 | 1,47 | 1,98 | 3,36 | 4,47 | 6 |
| Рассерженный ребенок | 1 | 1,81 | 2,29 | 3,09 | 4,03 | 6 |
| Яростный ребенок | 1 | 1,20 | 1,49 | 2,05 | 2,97 | 6 |
| Импульсивный ребенок | 1 | 2,15 | 2,68 | 3,05 | 4,12 | 6 |