ПРЛ, часть 2: схема-терапия и сравнение подходов

Схема-терапия Янга при ПРЛ и что данные говорят о DBT, схема-терапии, MBT, TFP, STEPPS, КПТ-РЛ и GPM

ЧЕРНОВИК текст ещё не утверждён автором и может измениться.

17 глав ~42 мин чтения

Насколько надёжен каждый факт

Доказано исследованиями | Клинический консенсус | Со слов автора | Трактовка / спорно | Документальный факт | Не проверено

Коротко: главное

- **Для ПРЛ придумано необычно много психотерапий.** Кокрейновский обзор 2020 года нашёл 75 рандомизированных испытаний, больше 4500 участников и больше 16 видов терапии.
- **Схема-терапия выросла из когнитивной терапии.** Её автор Джеффри Янг хотел помочь людям с хроническими, давними паттернами, которым классическая КПТ помогала мало. Она объясняет ПРЛ через неудовлетворённые в детстве потребности, 18 «схем» и быстро сменяющиеся «модусы».
- **Её главные инструменты необычны для КПТ:** «ограниченное перевоспитание», то есть тёплая, активная позиция терапевта; рескриптинг воспоминаний в воображении; работа со стульями. Это профессиональные техники, а не самопомощь.
- **Лучший формат схема-терапии — индивидуальная работа вместе с групповой.** В крупнейшем испытании (495 человек, 5 стран) комбинация дала большой эффект, а вариант «в основном группа» не отличился от обычного лечения.
- **Схема-терапию и DBT сравнили напрямую дважды, в 2024 и 2026 годах.** Оба раза значимой разницы по главному показателю не нашли. «Не нашли разницы» не равно «доказано, что одинаковы».
- **Победителя среди брендов нет.** Метаанализы: психотерапия при ПРЛ лучше обычного лечения, но преимущество скромное, а одна специализированная терапия не доказала превосходства над другой. Хорошо организованное «общее» ведение (GPM) в испытании не уступило DBT.

- **ПРЛ — не приговор.** За 10 лет наблюдения стойкая ремиссия симптомов была у 86% бывших пациентов стационара, но полное восстановление, включая работу и отношения, — примерно у половины.
- **Название метода значит меньше, чем кажется.** Общие черты работающих подходов: понятная модель, структура, достаточная длительность, обученный специалист с супервизией.

Хронология

Главные события на одной ленте: от первых книг о когнитивной терапии расстройств личности до прямых сравнений 2020-х годов.

1990

Бек, Фриман и коллеги выпускают книгу «Когнитивная терапия расстройств личности»

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1993

Марша Линехан публикует руководство по DBT (подробно — в выпуске 11)

ТРЕТЬЯ ВОЛНА

1995

В Университете Айовы создана групповая программа STEPPS

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

1999

Бейтман и Фонаги: первое испытание будущей MBT, 38 человек

ДАННЫЕ

2003

Янг, Клоско и Вайсхаар: «Схема-терапия. Практическое руководство»

КОГНИТИВНАЯ ЛИНИЯ

2006

Испытания Гизен-Блоо (схема-терапия против TFP) и BOSCOT (КПТ при ПРЛ)

ДАННЫЕ

2009 — Рекомендации NICE по ПРЛ; испытание DBT против GPM в Торонто
ДАННЫЕ

2014 — Схема-терапию проверяют при других расстройствах личности (323 человека)
ДАННЫЕ

2017–2020 — Метаанализы Кристеа (2017), Ауд (2018) и Кокрейновский обзор (2020)
ДАННЫЕ

2022 — Крупнейшее испытание схема-терапии: 495 человек, 5 стран
ДАННЫЕ

2024 — Первое прямое сравнение схема-терапии и DBT (Германия); новые рекомендации APA
ДАННЫЕ

2026 — Второе прямое сравнение, BOOTS (Нидерланды)
ДАННЫЕ

Что значат линии. «Когнитивная линия» здесь — подходы, выросшие из когнитивной терапии Бека; «Третья волна» — DBT; «Данные» — испытания, метаанализы и рекомендации. MBT и TFP — психодинамические подходы, на ленте они отмечены только своими испытаниями. Относить ли схема-терапию к третьей волне или к «второй», когнитивной, — вопрос спорный **источники расходятся; см. выпуск 1**.

Как читать: метки надёжности

Каждый факт здесь помечен: метка показывает, насколько твёрдо на нём можно стоять.

Метка	Что она значит
Доказано исследованиями	Рандомизированные испытания (участников по жребию делят на группы и сравнивают результат) или метаанализы (сводки многих испытаний)
Клинический консенсус	Клинические рекомендации (NICE, Американская психиатрическая ассоциация)
Со слов автора	Так описывает метод его создатель, его ассоциация или институт; независимо не проверялось
Трактовка	Прочтение фактов или вопрос, который ещё обсуждается
Документальный факт	Даты, публикации, учреждения
Источники расходятся	Надёжные источники дают разные цифры; приводим обе версии
Не проверено	Первоисточник открыть не удалось; относитесь с осторожностью

Метка стоит в скобках первой, за ней источник: например, **доказано исследованиями; Storebø et al., 2020**. Почти все испытания, о которых пойдёт речь, проводили группы самих разработчиков методов; об этом отдельно в главе «Так кто победил?».

> **Важно** Это просвещение, а не терапия и не диагностика. В тексте упоминаются самоповреждение и суицидальное поведение — только как показатели в исследованиях. Если вам нужна поддержка прямо сейчас, откройте раздел «Если нужна помощь прямо сейчас» в конце страницы. Узнать себя в описании модусов не значит иметь ПРЛ: диагноз ставит специалист после обследования.

Что такое ПРЛ и почему для него столько терапий

Короткое напоминание о диагнозе и о том, почему вокруг него выросло целое «поле соревнований».

Пограничное расстройство личности (ПРЛ; по-английски borderline personality disorder, BPD) — это устойчивый паттерн нестабильности: в эмоциях, в образе себя, в

отношениях, с импульсивными поступками. Подробно о самом диагнозе и о DBT Марши Линехан — в выпуске 11. Здесь важно одно: ПРЛ долго считали почти не поддающимся лечению, и именно поэтому вокруг него появилось так много специализированных подходов.

Масштаб виден по цифрам. Кокрейновский обзор 2020 года собрал 75 рандомизированных испытаний с 4507 участниками, и в них проверяли больше 16 видов психотерапии; чаще всего — DBT и MBT **документальный факт; Storebø et al., 2020**.

Эти подходы удобно разделить на три семейства **трактовка; по Choi-Kain et al., 2017**:

Семейство	Подходы	Главная идея в одной фразе
Когнитивно-поведенческое	DBT, схема-терапия, КПТ для расстройств личности (КПТ-РЛ), STEPPS	Менять мысли, убеждения, навыки и поведение
Психодинамическое	MBT (терапия, основанная на ментализации), TFP (психотерапия, сфокусированная на переносе)	Понимать внутренние состояния и отношения, в том числе с терапевтом
Общее (генералистское) ведение	GPM («хорошее психиатрическое ведение»), SCM (структурированное клиническое ведение)	Понятное, структурированное лечение без особой «марки»

Одна деталь о диагнозе. В МКБ-11, которая вступила в силу в 2022 году, расстройство личности описывается по тяжести (лёгкое, умеренное, тяжёлое) и по выраженным чертам; «пограничный паттерн» сохранён как дополнительное уточнение **документальный факт; Psychiatric News, 2021**. Британский NICE в 2022 году отметил, что из-за этого пересматривает свои рекомендации по ПРЛ **документальный факт; NICE, 2009, обновление 2022**. Почти все исследования ниже проведены по старым критериям, DSM-IV и DSM-5.

Схема-терапия: ученик Бека и «трудные» клиенты

Откуда взялся метод и почему его считают и частью КПТ, и отдельной школой.

Автор схема-терапии — американский психолог Джеффри Янг. Он получил научную степень в Пенсильванском университете и прошёл постдокторантуру в его Центре когнитивной терапии — центре Аарона Бека, основателя когнитивной терапии **документальный факт; биография Янга на сайте PESI; Wikipedia**. Позже Янг основал Институт схема-терапии в Нью-Йорке **документальный факт; Young et al., 2003, сведения издателя**.

Повод для нового метода Янг и его последователи описывают так. Есть клиенты, которым классическая когнитивная терапия помогает быстро: нашли мысль, проверили, стало легче. А есть люди, у которых проблема не в одной мысли, а в устройстве всей жизни: одни и те же отношения, одна и та же боль, одни и те же выборы. Для них стандартный курс давал мало, и для них Янг строил свой подход **со слов автора; Young et al., 2003, по Wikipedia: Schema therapy**.

Основная книга — «Схема-терапия. Практическое руководство» Янга, Клоско и Вайсхаар (2003); с 2020 года она есть на русском **документальный факт; Young et al., 2003; Янг и др., 2020**.

КПТ или нет?

Ответ зависит от того, на что смотреть **трактовка**.

- **За «это КПТ»:** метод вырос из когнитивной терапии, работает с глубинными убеждениями (о них — в выпуске 2), использует когнитивные и поведенческие техники. Обзор Джейкоб и Арнтца (2013) называет схема-терапию крупным развитием КПТ для расстройств личности **со слов автора; Jacob & Arntz, 2013**.
- **За «это отдельная школа»:** в ней есть элементы теории привязанности, гештальта и психодинамики, своя модель «модусов», техники работы с образами и стульями, своя ассоциация (ISST) и своя сертификация **документальный факт; ISST**.

Классическая КПТ в основном работает с тем, что происходит сейчас. Схема-терапия гораздо больше внимания уделяет детству и чувствам в моменте сессии.

Ранние дезадаптивные схемы: 18 тем о себе и других

Что такое схема, как её узнать в жизни и что о модели говорят данные.

Ранняя дезадаптивная схема — это, по определению Международного общества схема-терапии, широкая, всепроникающая тема о себе и об отношениях с другими, которая складывается в детстве **со слов автора; ISST**. Схема возникает, когда темперамент ребёнка встречается с болезненным опытом в семье или со сверстниками. Потом она кажется привычной и «правильной», человек может бессознательно искажать события так, чтобы схема подтверждалась, а может долго «спать», пока её не разбудит подходящая ситуация **со слов автора; ISST**.

Пример из жизни. Партнёр не ответил на сообщение два часа. У одного человека мысль «наверное, занят». У другого за минуту разворачивается: «он уходит, меня всегда бросают». Если такая реакция повторяется годами в разных отношениях, в языке схема-терапии это похоже на схему «покинутость».

Цель терапии по Янгу — помочь человеку научиться удовлетворять свои базовые эмоциональные потребности **со слов автора; ISST**. В книге 2003 года таких групп потребностей пять: надёжная привязанность к другим; автономия, компетентность и чувство идентичности; свобода выражать потребности и эмоции; спонтанность и игра; реалистичные границы и самоконтроль **со слов автора; Young et al., 2003**.

18 схем в 5 доменах

Домен — группа схем, связанных с одной неудовлетворённой потребностью **со слов автора; ISST**. Русские названия схем в переводах различаются; ниже — рабочие варианты и английский оригинал.

Домен	Схемы	Как это может звучать изнутри
Отчуждение и отвержение (Disconnection & Rejection)	Покинутость; недоверие/ожидание жестокости; эмоциональная депривация; дефективность/стыд; социальная изоляция	«Меня всё равно бросят», «со мной что-то фундаментально не так»
Нарушение автономии и достижений (Impaired Autonomy & Performance)	Зависимость/некомпетентность; уязвимость к вреду или болезни; спутанность/неразвитое «я»; неуспешность	«Я не справлюсь сама», «вот-вот случится что-то страшное»
Нарушение границ (Impaired Limits)	Привилегированность/грандиозность; недостаточный самоконтроль	«Правила не для меня», «не могу себя заставить»
Направленность на других (Other-Directedness)	Покорность; самопожертвование; поиск одобрения	«Мои желания не важны», «главное — понравиться»
Сверхбдительность и подавление (Overvigilance & Inhibition)	Негативизм/пессимизм; эмоциональная скованность; жёсткие стандарты; пунитивность (склонность наказывать)	«Нельзя показывать чувства», «ошибка заслуживает наказания»

Состав доменов и схем — по ISST **со слов автора; ISST**. Фразы в третьем столбце — наши иллюстрации, а не пункты опросника.

Миф и как на самом деле **Миф:** «тест на схемы Янга» из интернета покажет, что со мной не так. **Как на самом деле:** опросник схем Янга (YSQ) защищён авторским правом, воспроизводить его без письменного согласия автора запрещено **документальный факт; Young, 1999, пометка правообладателя**, поэтому копии в соцсетях нелегальны. И главное: опросник не ставит диагноз. Он помогает терапевту в концептуализации, а не заменяет её.

Что говорят данные о самой модели

Модель — это рабочая карта, а не окончательно доказанная схема психики **трактовка**. В 2018 году Бах, Локвуд и сам Янг проанализировали ответы более чем тысячи взрослых в Дании, клинической и неклинической выборок. Данные лучше описывались не пятью, а четырьмя доменами: отчуждение и отвержение; нарушение автономии и достижений; чрезмерная ответственность и стандарты; нарушение границ. Авторы просят повторных исследований **доказано исследованиями, одно исследование; Bach, Lockwood & Young, 2018**. Психометрия короткой формы опросника тоже показывает очень тесные связи между некоторыми схемами: часть из них, возможно, частично дублирует друг друга **доказано исследованиями; Bach et al., 2017**.

Три способа справляться со схемой

Когда схема «включается», человек как-то с ней справляется. Янг описывает три копинг-стиля (копинг — способ справляться) **со слов автора; Young et al., 2003; ISST**:

Стиль	Что человек делает	Пример со схемой «я неудачница»
Подчинение (surrender)	Живёт так, будто схема права	Не берётся за сложное, соглашается на работу ниже своих возможностей
Избегание (avoidance)	Обходит ситуации, которые задевают схему, глушит переживание	Откладывает, прокрастинирует, не идёт на собеседование
Гиперкомпенсация (overcompensation)	Делает противоположное, «воюет» со схемой	Перфекционизм и работа на износ, чтобы всем доказать обратное

Снаружи эти стратегии выглядят противоположными: прокрастинация и перфекционизм. По модели, они могут быть ответами на одну и ту же схему, и все три в долгосрочной перспективе её поддерживают **со слов автора; Young et al., 2003**. Это клиническое наблюдение авторов, а не закон, проверенный в эксперименте **трактовка**.

Модусы: почему при ПРЛ понадобились «режимы»

Схема — это устойчивая тема; модус — то, что происходит с человеком прямо сейчас.

У человека с выраженным расстройством личности активны не одна-две схемы, а много сразу, и состояние может меняться за минуты. Разбирать 18 схем по очереди здесь непрактично. Поэтому появилась модель модусов **со слов автора; Jacob & Arntz, 2013**.

Модус (режим, schema mode) — это состояние «здесь и сейчас»: эмоция плюс способ с ней справиться, который включается от «эмоциональной кнопки» и ведёт к слишком сильной или слишком слабой реакции **со слов автора; ISST**. Первая модель модусов была создана именно для ПРЛ, позже такие модели описали и для большинства других расстройств личности **со слов автора; Jacob & Arntz, 2013**.

Пять модусов при ПРЛ

По модели Келлогга и Янга (2006), при ПРЛ чаще всего встречаются пять модусов **со слов автора; Kellogg & Young, 2006; Young et al., 2003**:

Модус	Что в нём происходит	Как может звучать
Покинутый (уязвимый) ребёнок	Одиночество, страх, стыд, чувство дефектности	«Я никому не нужна»
Сердитый и импульсивный ребёнок	Ярость, чувство несправедливости, резкие поступки ради облегчения прямо сейчас	Резкое сообщение партнёру ночью
Отстранённый защитник	Отключение чувств, онемение, уход, чтобы не было больно	«Мне всё равно»
Карающий родитель	Внутренний голос, который требует наказания за ошибки и «плохость»	«Ты это заслужила»
Здоровый взрослый	Зрелая забота о себе и границы	Пауза, звонок другу вместо импульса

По модели, у людей с ПРЛ здоровый взрослый модус развит слабо, и терапия его выращивает **со слов автора; Kellogg & Young, 2006**.

Пример **Один вечер (собирательный пример).** Подруга отменила встречу в последний момент. Сначала накрывает пустота и страх: «я никому не нужна» (уязвимый ребёнок). Через полчаса — злость и длинное обидное сообщение (сердитый ребёнок). Потом — стыд и голос «ты всё испортила, ты ужасный человек» (карающий родитель). Ближе к ночи — онемение и бесконечная лента в телефоне, лишь бы ничего не чувствовать (отстранённый защитник). В схема-терапии такой вечер разбирают как смену модусов и ищут, что каждой «части» было нужно и что сделал бы здоровый взрослый.

Для измерения модусов есть опросник — Schema Mode Inventory (SMI): 118 пунктов, 14 модусов; его проверяли на 863 участниках, надёжность шкал хорошая **доказано исследованиями; Lobbestael et al., 2010**. Опросник защищён правами авторов, пункты не воспроизводим.

Пример **Минута наблюдения: «Кто сейчас говорит?»** Вспомните ситуацию за неделю, где вы отреагировали сильнее, чем хотелось. Три вопроса: какая часть меня говорила — испуганная, сердитая, отключённая или строгая? Что ей было нужно на самом деле? Что сделал бы мой спокойный, взрослый и добрый к себе человек? Это способ заметить, опирающийся на язык модусов (Young et al., 2003; Kellogg & Young, 2006), а не терапия и не диагностика. Если вам трудно уже долго, стоит обратиться к психиатру или психотерапевту, который работает с расстройствами личности. Если есть мысли навредить себе — сначала раздел «Если нужна помощь прямо сейчас».

Что делают в кабинете схема-терапевта

Как так работают в терапии: позиция терапевта, техники и их цена. Это описание для понимания, а не инструкция.

Келлогг и Янг описывают лечение ПРЛ в три фазы: привязанность и эмоциональная регуляция; изменение модусов; развитие автономии. Механизмов изменения четыре: ограниченное перевоспитание, экспериенциальная работа (с образами и диалогами), когнитивная работа и психообразование, разрыв поведенческих паттернов **со слов автора; Kellogg & Young, 2006**.

Ограниченное перевоспитание

Ограниченное перевоспитание (limited reparenting) ISST называет сердцем схема-терапии: терапевт создаёт надёжную привязанность и в пределах профессиональных отношений частично удовлетворяет базовые потребности клиента, которые не были удовлетворены в детстве **со слов автора; ISST: Limited Reparenting**. На практике это тепло, предсказуемость, явная забота и защита от «карающего родителя», и одновременно границы для тех модусов, которые разрушают терапию. Слово «ограниченное» здесь главное: речь о профессиональных рамках, а не о замене родителя.

Это заметно отличается от образа сдержанного, нейтрального психотерапевта: схема-терапевт открыто показывает, что ему не всё равно. Проверить вклад этой позиции отдельно от остальной терапии пока не удалось **трактовка; Jacob & Arntz, 2013**.

Одна проверка всё же была. В испытании Надорт и коллег (62 человека) половине терапевтов случайным образом поручили быть доступными по телефону вне рабочего

времени. Это ничего не добавило к результату; после полутора лет схема-терапии ПРЛ не было уже у 42% участников **доказано исследованиями; Nadort et al., 2009**.

Эмпатическая конфронтация

Эмпатическая конфронтация — тепло и твёрдость одновременно **со слов автора; ISST**. Терапевт признаёт, откуда взялся паттерн и как он когда-то помогал, и прямо называет, чего он стоит сейчас. Например: «Понимаю, почему отключаться было единственным способом выдержать то, что было тогда. И вижу, что сейчас, когда вы отключаетесь, мы теряем возможность помочь той части вас, которой больно» (собирательный пример).

Рескриптинг в воображении

Рескриптинг в воображении (imagery rescripting) — техника, в которой меняют смысл трудного воспоминания, а не просто заново его переживают. В обновлённом протоколе Арнтца (2025) логика такая: воспоминание вызывают до самого трудного момента, но дальше не проживают все детали, а спрашивают, что человеку тогда было нужно. На ранних сессиях в образ «входит» терапевт и защищает ребёнка; позже это делает сам клиент из позиции взрослого **со слов автора; Arntz, 2025**.

У протокола есть правила безопасности: контроль над угрозой в образе — центральная задача; есть способы вернуть человека в «здесь и сейчас», если он начинает отключаться; терапевт не подсказывает детали и не подтверждает и не опровергает, было ли событие на самом деле **со слов автора; Arntz, 2025**.

Что известно о пользе. При посттравматическом расстройстве (о нём — в выпуске 9) рескриптинг как отдельный метод подтверждён метаанализами, но не показал превосходства над другими доказательными методами **доказано исследованиями; по обзору в Arntz, 2025**. Вклад рескриптинга именно внутри схема-терапии ПРЛ пока не выделен **трактовка; Jacob & Arntz, 2013**. В небольшом исследовании Виртман и Арнтца (21 человек с расстройствами личности) 24 сессии работы с детскими воспоминаниями дали результат, сопоставимый с 24 сессиями работы с настоящим **доказано исследованиями, малая выборка; Weertman & Arntz, 2007**.

Как это переживают сами пациенты: в немецком качественном исследовании 21 человек с ПРЛ рассказали, что сначала были сильные эмоции и истощение, а позже — лучшее понимание своих схем, стабильность, облегчение. Мешали недоверие, быстрый темп и нехватка времени после упражнения; помогали понятная структура, подготовка, начало с несложных воспоминаний и стоп-сигнал **доказано исследованиями, качественное исследование; Schaich et al., 2020**.

Работа со стульями

Работа со стульями (chairwork) пришла из гештальта и психодрамы: модусы «рассаживают» по разным стульям, и человек говорит из каждого. Типичный вариант —

диалог с карающим родителем, где с другого стула ему наконец отвечает здоровый взрослый **со слов автора; Young et al., 2003, по Wikipedia: Schema therapy**. В качественном исследовании 29 человек с ПРЛ поначалу часто чувствовали скепсис, стыд и неловкость, на коротком отрезке — боль и усталость; в долгосрочной перспективе все участники говорили о лучшем понимании своих модусов и менее карательном отношении к себе **доказано исследованиями, качественное исследование; Josek et al., 2023**.

Привычные для КПТ инструменты

В схема-терапии есть и знакомые по КПТ техники: плюсы и минусы схемы, проверка «доказательств» схемы, диалог схемы и здоровой стороны, карточки-напоминания на трудные ситуации, дневник схем, ролевые игры и поведенческие задания между сессиями **со слов автора; Young et al., 2003**.

> **Важно** Рескриптинг и работа со стульями с травматическим материалом — профессиональные техники с протоколом безопасности. Они временно усиливают боль, поэтому их проводят с обученным терапевтом, с подготовкой и временем на завершение сессии, а не самостоятельно по видео **со слов автора; Arntz, 2025; Schaich et al., 2020**.

Работает ли схема-терапия: главные исследования

От первого испытания 2006 года до крупнейшего международного 2022-го — что показали данные и где у них слабые места.

Три года, два раза в неделю: схема-терапия против TFP

В 2006 году в Нидерландах 88 человек с ПРЛ в четырёх центрах случайным образом распределили на схема-терапию или психотерапию, сфокусированную на переносе (TFP, психодинамический подход Кернберга). Обе терапии шли два раза в неделю три года **документальный факт; Giesen-Bloo et al., 2006**.

Обе дали значимые улучшения. Но через три года критериев выздоровления по интервью тяжести ПРЛ достигли 45,5% в группе схема-терапии против 23,8% в группе TFP; относительный риск выздоровления — 2,18. Надёжное клиническое улучшение — 65,9% против 42,9%. Риск прекратить лечение был выше в TFP **доказано исследованиями, одно испытание; Giesen-Bloo et al., 2006**.

Деньги: за четыре года схема-терапия обошлась примерно в €37 800 на человека против €46 800 у TFP **доказано исследованиями; van Asselt et al., 2008**. Интенсивная терапия оказалась дешевле не сама по себе, а в сравнении с другой интенсивной терапией и с учётом всех расходов на помощь.

Ограничение: это сравнение двух активных терапий, а не с обычным лечением, и исследование вела группа разработчиков схема-терапии **трактовка**.

Групповая схема-терапия как добавка

В небольшом американском испытании Фаррелл и коллег (32 человека) к обычной индивидуальной терапии добавили 30 групповых сессий схема-терапии за восемь месяцев **документальный факт; Farrell et al., 2009**. По пресс-релизу ISST, отсев составил 0% против 25%, а к концу лечения критериям ПРЛ не соответствовали 94% против 16% **со слов автора; пресс-релиз ISST, 2009 — с таблицами статьи не сверено**. Выборка крошечная, цифры требуют осторожности.

Самое крупное испытание: 495 человек, 5 стран

В 2022 году вышло крупнейшее испытание схема-терапии: 495 человек, 15 центров в Австралии, Германии, Греции, Нидерландах и Великобритании, два года лечения **документальный факт; Arntz et al., 2022**. Сравнивали три варианта:

Вариант	Как устроен	Результат против обычного лечения
Комбинированная схема-терапия (индивидуально + группа)	В первый год — индивидуальная и групповая сессия каждую неделю, во второй — всё реже	Большой эффект, d = 1,14
Преимущественно групповая	Две группы в неделю + до 12 индивидуальных встреч в первый год	d = 0,30, различие незначимо
«Оптимальное обычное лечение»	Лучшее, что было доступно в центре; чаще всего DBT	—

доказано исследованиями; Arntz et al., 2022

Как читать d. Это стандартизированная разница между группами: около 0,2 считают малой, 0,5 — средней, 0,8 и выше — большой. Обе формы схема-терапии вместе превзошли обычное лечение с d = 0,73, а комбинированная превзошла преимущественно групповую с d = 0,84. В лечении за два года остались 74% в комбинированной группе, 62% в групповой и 64% при обычном лечении **доказано исследованиями; Arntz et al., 2022**.

Неочевидный вывод: группа сама по себе не оказалась «экономичной заменой». Работала именно комбинация группы и личной работы.

И честная сторона: в этом испытании умерли от суицида три человека, по одному в каждой группе **документальный факт; Arntz et al., 2022**. Даже лучшие терапии не гарантируют безопасности, поэтому план кризисной помощи нужен всегда.

Не только ПРЛ

Схема-терапию проверяли и при других расстройствах личности: избегающем, зависимом, обсессивно-компульсивном, параноидном, истерическом и нарциссическом. В Нидерландах в 2006–2011 годах 323 человека в 12 центрах распределили на схема-терапию, обычное лечение или терапию, ориентированную на прояснение. Через три года в группе схема-терапии выздоровели больше людей и реже бросали лечение **доказано исследованиями; Bamelis et al., 2014**. Точные доли источники приводят по-разному: около 80% против примерно 50–60% (источники расходятся; пресс-релиз 2014 года через ScienceDaily: около 80%, 60% и 50%; комментарий Markowitz, 2015: 81%, 52% и 51%). Различия были видны в интервью, но не в самоотчётах участников **доказано исследованиями; Bamelis et al., 2014**.

Факт **Обучение терапевта — не формальность.** В том же испытании терапевты, которых учили через упражнения и ролевые игры с обратной связью, получали лучшие результаты, чем те, кого учили в основном лекциями и чтением **доказано исследованиями; Bamelis et al., 2014**.

Другие дороги: КПТ-РЛ, STEPPS, MBT, TFP и GPM

Короче, дешевле, в группе, через ментализацию или через отношения с терапевтом: что предлагают остальные подходы и что о них известно.

КПТ для расстройств личности (Дэвидсон): 16 встреч в реальной системе

Ещё в 1990 году Бек, Фриман и коллеги описали когнитивную терапию расстройств личности: у каждого расстройства свой профиль глубинных убеждений и «переразвитых» и «недоразвитых» способов поведения **документальный факт; Beck, Freeman et al., 1990**. На этой основе шотландский психолог Кейт Дэвидсон построила КПТ для расстройств личности кластера B, пограничного и антисоциального. Метод остаётся в рамках классической когнитивной модели: совместная формулировка случая, работа с глубинными убеждениями о себе и других, развитие новых стратегий **со слов автора; Davidson et al., 2006**. Что такое формулировка, или концептуализация, — в выпуске 4.

Её вопрос был практическим: можно ли помочь людям с ПРЛ в обычной государственной системе, без трёх лет по две сессии в неделю? Испытание BOSCOT (Глазго, Лондон, Эйршир) включило 106 человек; им предлагали до 30 сессий за год, в среднем пришли на 16 **документальный факт; Davidson et al., 2006**.

Результат скромный и честный **доказано исследованиями; Davidson et al., 2006; Davidson et al., 2010**:

- Доля людей хотя бы с одним эпизодом суицидального поведения за два года в группах не различалась (43% против 54%), но в среднем таких эпизодов в группе КПТ было примерно вдвое меньше.
- Через шесть лет разница сохранилась только как тенденция, без статистической значимости; госпитализации в группе КПТ в среднем были короче.
- Депрессия, социальное функционирование и качество жизни заметно не изменились; качество жизни оставалось низким в обеих группах.

Авторы просили не преувеличивать результат и одновременно отметили, что КПТ может дать клинически важные изменения за сравнительно небольшое число сессий в реальных условиях **со слов автора; Davidson et al., 2006**.

STEPPS: когда в лечение приходят близкие

STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving, «системное обучение эмоциональной предсказуемости и решению проблем») создан в 1995 году в Университете Айовы; разработчик — Нэнси Блюм с коллегами **документальный факт; University of Iowa, 2017**. Логика программы: ПРЛ затрагивает не одного человека, а всю систему его отношений **со слов автора; Ness, 2009**.

Как это устроено **со слов автора; Ness, 2009; NHS Education for Scotland**:

- 20 еженедельных групповых встреч примерно по два часа, два ведущих.
- Каждая встреча начинается с короткой самооценки, и человек видит свой прогресс на графике.
- Участники учатся замечать, как нарастает эмоция по пяти уровням, и осваивают навыки управления эмоциями и поведением: отвлечение, оспаривание негативных мыслей, решение повседневных задач, сон, питание, отказ от веществ.
- **«Группа подкрепления»** (reinforcement team): человек сам выбирает близких, друзей и специалистов, которые учат тот же язык программы. В трудный момент они не спорят и не спасают, а помогают вспомнить, какой навык подойдёт.
- STEPPS задуман как дополнение к текущему лечению, а не как замена.

Деталь от разработчиков: сначала уровни эмоции описывали через образ торнадо, но при внедрении в Нидерландах выяснилось, что в нидерландском нет своего слова для

торнадо, и образ заменили на кастрюлю на огне — от холодной воды до кипения **со слов автора; University of Iowa, 2017**. По данным того же университета, в Нидерландах программу прошли больше 25 000 человек и обучено около 900 терапевтов **со слов автора; University of Iowa, 2017**.

Данные. В испытании Блюм и коллег (165 человек) добавка STEPPS дала больше улучшений по общим симптомам ПРЛ, импульсивности, настроению и функционированию и меньше обращений в неотложную помощь; по самоповреждению, суицидальным попыткам и госпитализациям различий не было **доказано исследованиями; Blum et al., 2008; NIMH, 2008**. В Кокрейновском обзоре STEPPS лучше обычного лечения в конце курса (SMD −0,39 по трём испытаниям), но на катамнезе эффект не подтвердился **доказано исследованиями; Storebø et al., 2020**. Систематический обзор 2023 года (20 исследований, из них 3 рандомизированных) называет результаты многообещающими, но рано делать твёрдые выводы **доказано исследованиями; Ekiz et al., 2023**.

MBT: научиться понимать состояния — свои и чужие

MBT (mentalization-based treatment) — британская разработка Энтони Бейтмана и Питера Фонаги, по происхождению психодинамическая. **Ментализация** — способность понимать себя и других через психические состояния, стоящие за поведением **со слов автора; Bateman & Fonagy, 2016**. Не «он не ответил, значит, ему всё равно», а «он не ответил — может, устал, может, обиделся, может, не увидел». По модели авторов, при ПРЛ эта способность «выключается» именно в стрессе близких отношений **со слов автора; Bateman & Fonagy, 2016**. В поздней версии теории авторы говорят об **эпистемическом доверии** — способности доверять другим и учиться у них **трактовка; Bateman et al., 2018**.

Данные **доказано исследованиями**:

- Первое испытание в 1999 году было маленьким: 38 человек, дневной стационар (Bateman & Fonagy, 1999). Через восемь лет после начала суицидальное поведение было у 23% против 74% в группе сравнения, а диагноз ПРЛ сохранялся у 13% против 87%; но выборка — 41 человек, и общее социальное функционирование оставалось нарушенным (Bateman & Fonagy, 2008).
- Амбулаторная MBT против структурированного клинического ведения (SCM), 134 человека, 18 месяцев: обе группы существенно улучшились, у MBT сильнее снизились кризисы и госпитализации (Bateman & Fonagy, 2009).
- В независимом нидерландском испытании (95 человек) дневной стационар MBT не превзошёл специализированное обычное лечение ни по одному показателю, хотя рано из MBT уходили реже: 9% против 34% (Laurenssen et al., 2018).
- Кокрейновский обзор: против обычного лечения MBT снижала самоповреждение (относительный риск 0,62) и суицидальность (0,10), уверенность в данных низкая

(Storebø et al., 2020).

TFP: понять себя через отношения с терапевтом

TFP (transference-focused psychotherapy) — психотерапия, сфокусированная на переносе, по модели Отто Кернберга. По этой модели при ПРЛ представления о себе и других раздроблены («диффузия идентичности»), а главная защита — **расщепление**: люди и сам человек видятся то «целиком хорошими», то «целиком плохими». Работа идёт через то, как эти представления разворачиваются в отношениях с терапевтом, в жёсткой рамке и по контракту **со слов автора; Levy, Draijer & Yeomans, 2017**.

Данные. В испытании Кларкина и коллег (90 человек, год) TFP, DBT и поддерживающая терапия дали в целом сопоставимые результаты **доказано исследованиями, малая мощность; Clarkin et al., 2007**. Против лечения у опытных психотерапевтов сообщества TFP дала меньше отсева и больше людей, переставших соответствовать критериям ПРЛ, хотя сессий в TFP было больше **доказано исследованиями; Doering et al., 2010, в изложении Evidence-Based Mental Health**. Против схема-терапии TFP уступила (Giesen-Bloo et al., 2006).

GPM: «тёмная лошадка» без экзотики

GPM (good psychiatric management, «хорошее психиатрическое ведение») описал американский психиатр Джон Гандерсон. Никаких особых техник: не больше одной встречи в неделю, честный разговор о диагнозе и о том, как он обычно протекает, внимание к работе и повседневной жизни, осторожность с лекарствами **со слов автора; Gunderson & Links, 2014; Choi-Kain et al., 2017**. Терапевт, по описанию Гандерсона, должен быть тёплым, надёжным, заинтересованным и «не запуганным» **со слов автора; Gunderson & Links, 2014**.

В Торонто 180 человек с ПРЛ и повторяющимся самоповреждением случайным образом распределили на год DBT или год GPM. Обе группы значимо улучшились, разницы между ними не нашли **доказано исследованиями; McMain et al., 2009**. Через два года после окончания — тоже: около двух третей участников достигли диагностической ремиссии **доказано исследованиями; McMain et al., 2012**.

Поэтому обзор исследователей из Гарварда называет такие модели «достаточно хорошими» и предлагает ступенчатую помощь: начинать с хорошо организованного общего ведения, а тех, кому этого мало, переводить в интенсивную специализированную программу **трактовка; Choi-Kain et al., 2017**. Это позиция авторов обзора, а не единогласное решение научного сообщества, но опирается она на данные.

Семь подходов рядом: сравнительная таблица

Модель, механизм, формат и сила доказательств в одном месте. Столбец «кому может подойти» — гипотеза, а не правило.

Подход	Модель проблемы	Главный механизм	Формат и длительность в
DBT (Линехан; выпуск 11)	Эмоциональная дисрегуляция	Навыки, баланс принятия и изменения	Индивидуально + группа телефонные консультации терапевтов, обычно около
Схема-терапия (Янг; Арнтц)	Неудовлетворённые детские потребности → схемы → модусы	Ограниченное перевоспитание, рескриптинг, стулья, когнитивная и поведенческая работа	1–2 раза в неделю, 1,5–3 год — индивидуально + групп
MBT (Бейтман, Фонаги)	Ментализация «выключается» в стрессе привязанности	Восстановить способность понимать состояния, свои и чужие	Индивидуально + группа, месяцев
TFP (Кернберг)	Диффузия идентичности, расщепление	Работа через перенос, контракт и рамка	Индивидуально 2 раза в н больше
STEPPS (Блюм, Блэк)	Эмоциональная интенсивность, затрагивающая всю систему отношений	Навыки в группе + «группа подкрепления» из близких	20 недель группы, как доб
КПТ-РЛ (Дэвидсон)	Глубинные убеждения и «переразвитые» стратегии	Формулировка, изменение убеждений, новые стратегии	До 30 сессий за год (в сре 16)

Подход	Модель проблемы	Главный механизм	Формат и длительность в
GPM (Гандерсон)	Межличностная гиперчувствительность	Психообразование, ведение случая, фокус на жизни вне терапии	Не чаще раза в неделю

Источники строк: DBT — Storebø et al., 2020; NICE, 2009; Choi-Kain et al., 2017. Схема-терапия — Kellogg & Young, 2006; Giesen-Bloo et al., 2006; Arntz et al., 2022; Assmann et al., 2024; Wibbelink et al., 2026. MBT — Bateman & Fonagy, 2009; Laurenssen et al., 2018. TFP — Levy, Draijer & Yeomans, 2017; Clarkin et al., 2007. STEPPS — Blum et al., 2008; Ekiz et al., 2023. КПТ-РЛ — Davidson et al., 2006. GPM — McMain et al., 2009, 2012; Choi-Kain et al., 2017. Столбец «кому может подойти» — наша трактовка по этим источникам; данных, позволяющих заранее подобрать метод под конкретного человека, пока нет **трактовка; Oud et al., 2018**.

Что стоит дешевле. Обзор 30 экономических оценок показал: доказательная психотерапия ПРЛ в среднем экономила около 1551 доллара США в год на человека по сравнению с обычным лечением, данные при этом сильно неоднородны **доказано исследованиями; Meuldijk et al., 2017**. DBT требует обучения целой команды; GPM осваивают быстрее, однодневные семинары улучшали отношение специалистов к лечению ПРЛ **трактовка; Choi-Kain et al., 2017**.

Так кто победил? Прямые сравнения и метаанализы

Что происходит, когда сильнейшие подходы встречаются лицом к лицу, и что видно, если собрать все испытания вместе.

Схема-терапия против DBT: две «ничьи»

- **Германия, 2024 (PRO*BPD).** 164 человека, один центр, полтора года: еженедельно одна индивидуальная сессия и одна группа. Через год после окончания значимой разницы по тяжести ПРЛ не было; по гневу результат был лучше у DBT **доказано исследованиями; Assmann et al., 2024**.
- **Нидерланды, 2026 (BOOTS).** 204 человека (95 в DBT, 109 в схема-терапии), девять центров, два года лечения, главная оценка через 36 месяцев. Разница по тяжести ПРЛ незначима: d = 0,15 (95% ДИ от −0,17 до 0,47), p = 0,27; обе группы существенно улучшились. Из лечения за два года выбыли 52% в DBT и 46% в схема-терапии, различие незначимо

доказано исследованиями; Wibbelink et al., 2026, по пересказам аннотации ReachMD и Medical Dialogues

.

Оба исследования проверяли, лучше ли один метод другого, а не доказывали их равенство. Авторы BOOTS прямо пишут, что ни одна терапия не показала превосходства, и предлагают дальше изучать, кому какая подходит
со слов автора; Wibbelink et al., 2026, по ReachMD.

Миф и как на самом деле **Миф:** при ПРЛ помогает только DBT. **Как на самом деле:** у DBT больше всего испытаний, но в прямых сравнениях со схема-терапией (дважды) и с GPM значимой разницы не нашли
доказано исследованиями; Assmann et al., 2024; Wibbelink et al., 2026; McMain et al., 2009.
Обратный миф — «схема-терапия самая эффективная» — тоже не подтверждается.

Что показывают метаанализы

Обзор	Что собрали	Главный вывод
Кристеа и др., 2017	33 испытания, 2256 человек	Психотерапии лучше контроля (g = 0,32–0,40), но эффекты, по словам авторов, «малые, завышены риском систематической ошибки и публикационным смещением и особенно нестабильны на катамнезе». На катамнезе лучше контроля оказались только DBT (g = 0,34) и психодинамические подходы (g = 0,41)
Ауд и др., 2018	20 испытаний, 1375 человек (DBT, MBT, TFP, схема-терапия)	Против обычного лечения — лучше; против протоколизированного общего ведения — в основном неубедительно; нет ясных доказательств, что одна специализированная терапия лучше другой
Кокрейн (Сторебё и др.), 2020	75 испытаний, 4507 человек	Против обычного лечения: тяжесть ПРЛ SMD −0,52 (умеренная уверенность) — единственный показатель, где эффект достиг клинически значимого уровня; самоповреждение −0,32, суицидальные исходы −0,34, функционирование −0,45 (низкая уверенность), депрессия −0,39 (очень низкая)

доказано исследованиями; Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018; Storebø et al., 2020. SMD и g — та же логика, что у d: стандартизированная разница между группами.

Что говорят рекомендации

- **Американская психиатрическая ассоциация (декабрь 2024):** рекомендует лечить ПРЛ структурированной психотерапией (сила рекомендации 1B); «ни одна терапия не стала "золотым стандартом"»; доказательств, что какое-либо лекарство лечит основные симптомы расстройства, не найдено; если лекарства назначают, то на ограниченный срок клинический консенсус; APA, 2024, пресс-релиз.
- **NICE (2009):** рассмотреть комплексную программу DBT для женщин, у которых приоритет — снизить повторное самоповреждение; не использовать короткие, меньше трёх месяцев, психологические вмешательства вне службы с ясной моделью и супервизией; не назначать лекарства специально для лечения ПРЛ клинический консенсус; NICE, 2009.

Почему к этим данным стоит относиться осторожно

- **Аллегиантность** — так называют приверженность исследователей своему методу. Большинство испытаний схема-терапии проведены с участием Арнтца и коллег-разработчиков, MBT — Бейтмана и Фонаги, TFP — группы Кларкина и Кернберга. В независимом испытании MBT разница оказалась меньше трактовка; Laurenssen et al., 2018.
- **«Обычное лечение» везде разное:** от минимальной помощи до DBT, как в испытании 2022 года. Чем лучше контроль, тем меньше разница трактовка; Oud et al., 2018.
- **Часов терапии часто больше** в специализированной группе, чем в контрольной трактовка; Doering et al., 2010; Arntz et al., 2022.
- **Отсев высокий:** в BOOTS за два года выбыли около половины участников доказано исследованиями; Wibbelink et al., 2026.

Так кто выиграл?

Честный ответ: ни один бренд. Специализированная психотерапия при ПРЛ работает лучше обычного лечения, но преимущество скромное, а победителя среди названий нет трактовка; Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018; Storebø et al., 2020. Работающие подходы похожи не названием, а общими чертами: понятная модель, которую понимают и команда, и клиент; структура и предсказуемость; психообразование; план безопасности; обученный специалист с супервизией; достаточная длительность трактовка; Choi-Kain et al., 2017; Bateman et al., 2018; NICE, 2009. Подробнее о том, как вообще читать такие данные и в чём их пределы, — в выпуске 14.

Жизнь после симптомов

ПРЛ меняется со временем, но симптомы уходят быстрее, чем восстанавливается жизнь.

ПРЛ часто подают как приговор. Данные этого не подтверждают. В десятилетнем наблюдении за 290 бывшими пациентами стационара ремиссия симптомов длиной хотя бы два года была у 93%, хотя бы четыре года — у 86%. Полного восстановления — ремиссии плюс хорошего социального и профессионального функционирования в течение двух лет — достигли 50%; около трети из них позже это восстановление теряли **доказано исследованиями, когортное наблюдение; Zanarini et al., 2010**.

Но функционирование отстаёт от симптомов. Через два года после года DBT или GPM около двух третей участников были в диагностической ремиссии, но 53% не работали и не учились, а 39% получали пособие по инвалидности **доказано исследованиями; McMain et al., 2012**. Через шесть лет после КПТ-РЛ качество жизни оставалось низким в обеих группах **доказано исследованиями; Davidson et al., 2010**.

Отсюда вывод: вопрос «какая терапия лучше» важен, но не менее важен другой — как вернуться к работе, учёбе и отношениям, которые человек ценит **трактовка; McMain et al., 2012**.

> Миф и как на самом деле **Миф:** ПРЛ не лечится. **Как на самом деле:** психотерапия при ПРЛ лучше обычного лечения (Storebø et al., 2020), а за 10 лет у большинства людей наступает стойкая ремиссия симптомов (Zanarini et al., 2010). Сложнее и медленнее восстанавливаются работа и социальная жизнь.

Как выбирать и что говорит о хорошем лечении

Вопросы, которые можно задать себе и специалисту. Это не инструкция по самолечению: выбирать формат лучше вместе со специалистом, который знает ваш случай.

1. **Что сейчас главное?** Если это повторяющиеся опасные кризисы и самоповреждение, нужен подход с явной системой кризисной поддержки и планом безопасности; NICE для этой задачи у женщин называет DBT **клинический консенсус; NICE, 2009**. Если острых кризисов нет, а главное — хронические паттерны в отношениях, самокритика и стыд, обсудите со специалистом подходы, которые работают с этим глубже **трактовка**.
2. **Что реально доступно рядом?** Хорошо проведённое доступное лечение лучше идеального, которого нет; структурированное общее ведение в испытании не уступило DBT **доказано исследованиями; McMain et al., 2009**.

3. **Сколько времени и сил есть?** В исследованиях STEPPS длился 20 недель, КПТ-РЛ — до года, МВТ — около 18 месяцев, схема-терапия — от полутора до трёх лет **документальный факт; по испытаниям выше**.
4. **Группа или индивидуально?** В схема-терапии лучший результат дала комбинация; только группа не превзошла обычное лечение **доказано исследованиями; Arntz et al., 2022**.
5. **Обучен ли специалист методу и есть ли у него супервизия?** Способ обучения влиял на результат (Bamelis et al., 2014); NICE требует супервизию **клинический консенсус; NICE, 2009**.
6. **Объяснили ли вам модель лечения?** Если вам понятно, как будет устроено лечение и почему, это признак структурированного подхода **клинический консенсус; NICE, 2009**.

Красные флажки:

- обещания «вылечим за месяц»: NICE не рекомендует вмешательства короче трёх месяцев вне структурированной службы **клинический консенсус; NICE, 2009**;
- лекарства как основное лечение ПРЛ: по APA и NICE лекарства не лечат ядро расстройства **клинический консенсус; APA, 2024; NICE, 2009**;
- «тест на схемы» из интернета как диагноз;
- специалист не может объяснить, каким методом работает.

Важно Если у вас есть мысли о самоповреждении или суициде, сначала — кризисная помощь, а выбор метода потом: см. раздел «Если нужна помощь прямо сейчас». Психиатр нужен при остром риске, психотических эпизодах, тяжёлых сопутствующих расстройствах и для решения о лекарствах **клинический консенсус; NICE, 2009; APA, 2024**.

Проверьте себя

1. **Чем схема отличается от модуса?** Схема — устойчивая тема о себе и других, сложившаяся в детстве; модус — текущее состояние, эмоция плюс реакция, которое может смениться за минуты.
2. **Какие три копинг-стиля описывает Янг?** Подчинение, избегание и гиперкомпенсация; по модели, все три в итоге поддерживают схему.
3. **Что такое ограниченное перевоспитание?** Позиция терапевта, при которой он в пределах профессиональных отношений частично удовлетворяет базовые потребности клиента: тепло, предсказуемость, защита и границы.
4. **Какой формат схема-терапии сработал лучше всего в испытании 2022 года?** Комбинация индивидуальной и групповой работы (d = 1,14 против обычного лечения); преимущественно групповой формат не отличился от обычного лечения.

5. **Что нашли два прямых сравнения схема-терапии и DBT?** Значимой разницы по главному показателю нет. Это не доказательство равенства.
6. **Чем важно испытание GPM?** Простое структурированное ведение — не чаще раза в неделю — не уступило году DBT ни сразу, ни через два года.

Что запомнить

- Схема-терапия — интегративная ветвь КПТ: 18 схем, три копинг-стиля, модусы, тёплая активная позиция терапевта и экспериенциальные техники.
- Модель полезна как язык, но её структура подтверждается данными не полностью, а вклад отдельных техник не выделен.
- У схема-терапии есть хорошие испытания, включая крупное международное; лучше всего работает индивидуальная работа вместе с групповой.
- Ни DBT, ни схема-терапия, ни другие бренды не доказали превосходства друг над другом; хорошо организованное общее ведение близко к ним.
- Почти все испытания проведены разработчиками методов, эффекты скромные, отсев высокий.
- ПРЛ лечится и со временем у многих уходит в ремиссию; восстановление жизни идёт медленнее симптомов.
- При выборе важнее всего доступность, структура, длительность, обученный специалист с супервизией и понятная модель.

Источники

1. American Psychiatric Association (2024). Updated Borderline Personality Disorder Guideline (пресс-релиз, 10.12.2024). https://www.psychiatry.org/News-room/News-Releases/Updated-Borderline-Personality-Disorder-Guideline
2. Arntz, A. (2025). Imagery Rescripting: an update of the treatment protocol. *Behaviour Research and Therapy, 195*, 104913. https://pure.uva.nl/ws/files/302328587/Imagery_Rescripting.pdf
3. Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., et al. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 79*(4), 287–299. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010
4. Assmann, N., Schaich, A., Arntz, A., et al. (2024). The effectiveness of dialectical behavior therapy compared to schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 93*(4), 249–263. https://doi.org/10.1159/000538404

5. Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(4), 328–349. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566
6. Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., & Kriston, L. (2017). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment, 33*(2), 134–143. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000272
7. Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 171*(3), 305–322. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518
8. Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1563–1569.
9. Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry, 165*(5), 631–638.
10. Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1355–1364. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539
11. Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press.
12. Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology, 21*, 44–49. https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1572371/
13. Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford Press (3-е изд.: Beck, Davis & Freeman, 2015).
14. Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., et al. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 165*(4), 468–478.
15. Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports, 4*(1), 21–30. https://dash.harvard.edu/server/api/core/bitstreams/7312037e-1c87-6bd4-e053-0100007fdf3b/content
16. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 922–928.

17. Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 74*(4), 319–328. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287

18. Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., et al. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the BOSCOT trial. *Journal of Personality Disorders, 20*(5), 450–465. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1852259

19. Davidson, K. M., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S. J., & Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *British Journal of Psychiatry, 197*, 456–462. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074286

20. Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 196*, 389–395; комментарий: *Evidence-Based Mental Health, 13*(4), 119. https://mentalhealth.bmj.com/content/13/4/119

21. Ekiz, E., van Alphen, S. P. J., Ouwens, M. A., van de Paar, J., & Videler, A. C. (2023). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder: a systematic review. *Personality and Mental Health, 17*(1), 20–39. https://doi.org/10.1002/pmh.1558

22. Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*(2), 317–328. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002 ; пресс-релиз ISST (2009): https://www.eurekalert.org/news-releases/559343

23. Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63*, 649–658. https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/13110

24. Gunderson, J. G., with Links, P. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Publishing.

25. International Society of Schema Therapy (ISST). Schema Therapy. https://schematherapysociety.org/Schema-Therapy ; Limited Reparenting. https://schematherapysociety.org/Limited-Reparenting

26. Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders — a review. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*(2), 171–185.

27. Josek, A. K., Schaich, A., Braakmann, D., et al. (2023). Chairwork in schema therapy for patients with borderline personality disorder — a qualitative study of patients' perceptions. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1180839. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1180839

28. Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 445–458.

29. Laurenssen, E. M. P., Luyten, P., Kikkert, M. J., et al. (2018). Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. https://repub.eur.nl/pub/104948

30. Levy, K. N., Draijer, N., & Yeomans, F. E. (2017). Transference-focused psychotherapy. In A. Wenzel (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*. SAGE.

31. Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*(4), 437–458. https://doi.org/10.1017/S1352465810000226

32. Markowitz, J. C. (2015). Is psychotherapy for personality disorders worth it? *Journal of Clinical Psychiatry, 76*(11), e1472–e1473. https://www.psychiatrist.com/jcp/is-psychotherapy-personality-disorders-worth/

33. McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., et al. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1365–1374.

34. McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 169*(6), 650–661. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091416

35. Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS ONE, 12*(3), e0171592. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171592

36. Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., et al. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 961–973. https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/publications/implementation-of-outpatient-schema-therapy-for-borderline-person/

37. Ness, T. M. (2009). STEPPS: viable supplement for treatment of borderline personality disorder. *Psychiatric Times*. https://www.psychiatrictimes.com/view/stepps-viable-supplement-treatment-borderline-personality-disorder

38. NHS Education for Scotland. The Matrix: STEPPS. https://www.matrix.nhs.scot/explore-the-recommended-interventions-therapies/system-training-for-emotional-predictability-and-problem-solving-for-borderline-personality-disorder-stepps/

39. NICE (2009, обновления 2018 и 2022). *Borderline personality disorder: recognition and management* (CG78). https://www.nice.org.uk/guidance/cg78

40. NIMH (2008). Group therapy program offers meaningful gains for people with borderline personality disorder. https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2008/group-therapy-program-offers-meaningful-gains-for-people-with-borderline-personality-disorder

41. Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L. M., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and

meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 52*(10), 949–961. https://pure.uva.nl/ws/files/32354883/0004867418791257.pdf

12. Psychiatric News (2021). Dimensional model of personality disorder incorporated into ICD-11. https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.pn.2021.10.33

13. Schaich, A., Braakmann, D., Richter, A., et al. (2020). Experiences of patients with borderline personality disorder with imagery rescripting in the context of schema therapy — a qualitative study. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 550833. https://pure.uva.nl/ws/files/55180033/fpsyt_11_550833.pdf

14. ScienceDaily (2014, 10 февраля). Schema therapy for personality disorders proven effective (пресс-релиз Маастрихтского университета). https://www.sciencedaily.com/releases/2014/02/140210101955.htm

15. Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., et al. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD012955.pub2. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2

16. University of Iowa, Department of Psychiatry (2017). New book: UI group treatment for borderline personality disorder goes global. https://psychiatry.medicine.uiowa.edu/news/2017/01/new-book-ui-group-treatment-borderline-personality-disorder-goes-global

17. van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., et al. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry, 192*(6), 450–457.

18. Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2133–2143.

19. Wibbelink, C. J. M., Kamphuis, J. H., Sinnaeve, R., et al. (2026). Dialectical behavior therapy vs schema therapy for patients with borderline personality disorder. *JAMA Psychiatry* (онлайн, апрель 2026). https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2026.0418 ; пересказы аннотации: https://reachmd.com/news/dialectical-behavior-therapy-vs-schema-therapy-for-borderline-personality-disorder/2487840/ · https://medicaldialogues.in/psychiatry/news/dialectical-behavior-therapy-and-schema-therapy-show-comparable-effectiveness-in-borderline-personality-disorder-jama-169867

20. Wikipedia. Jeffrey Young (psychologist); Schema therapy. https://en.wikipedia.org/wiki/Jeffrey_Young_(psychologist) · https://en.wikipedia.org/wiki/Schema_therapy (вторичный источник) · PESI. Jeffrey Young, PhD — биография спикера. https://www.pesi.com/speaker/jeffrey-young-7021

21. Young, J. E. (1999). Young Schema Questionnaire: Long Form (2nd ed.), пометка правообладателя. https://schematherapy.com/id115.htm

22. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press. Рус. пер.: Янг, Дж., Клоско, Дж., Вайсхаар, М. (2020). *Схема-терапия. Практическое руководство*. М.: Диалектика.

53. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 167*, 663–667. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10030308

Если нужна помощь прямо сейчас

Если жизни угрожает опасность, звоните в экстренную службу: 112 в большинстве стран, 911 в США и Канаде, 999 в Великобритании, 000 в Австралии. Линии поддержки по странам — на странице **Помощь**.

Источники изображений

На этой странице нет чужих изображений.